Organizadores:
Luciana Coelho Carvalho Oliveira
Thâmara Silva Ribeiro Ramos
Angela Gabriela de Araújo Costa Moura
Heloísa Maria Lima Gonçalves
Edgar Pinheiro Castro

2023

Enfermagem

Ciência e arte na construção de saberes

vol 4

Pascal
Editora

LUCIANA COELHO CARVALHO OLIVEIRA
THÂMARA SILVA RIBEIRO RAMOS
ANGELA GABRIELA DE ARAÚJO COSTA MOURA
HELOÍSA MARIA LIMA GONÇALVES
EDGAR PINHEIRO CASTRO
(Organizadores)

ENFERMAGEM

CIÊNCIA E ARTE NA CONSTRUÇÃO DE SABERES

VOLUME 4

EDITORA PASCAL
2023

2023 - Copyright© da Editora Pascal

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Drª. Samantha Ariadne Alves de Freitas
Drª. Anna Christina Sanazario de Oliveira
Dr. Glauber Túlio Fonseca Coelho
Drª. Eliane Rosa da Silva Dilkin
Drª. Priscila Xavier de Araújo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O48c

Coletânea Enfermagem: ciência e arte na construção de saberes/ Luciana Coelho Carvalho Oliveira, Thâmara Silva Ribeiro Ramos, Angela Gabriela de Araújo Costa Moura, Heloísa Maria Lima Gonçalves, Edgar Pinheiro Castro (Orgs.). — São Luís: Editora Pascal, 2023.

391 f. : il.: (Enfermagem; v. 4)
Formato: PDF
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-80751-72-3
D.O.I.: 10.29327/5204812

1. Enfermagem. 2. Pesquisa. 3. Atenção à saúde. 4. Miscelânea. I. Oliveira, Luciana Coelho Carvalho. II. Ramos, Thâmara Silva Ribeiro. III. Moura, Angela Gabriela de Araújo Costa. IV. Gonçalves, Heloísa Maria Lima. V. Castro, Edgar Pinheiro. VI. Título.

CDU: 614.253.5

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2023

www.editorapascal.com.br

contato@editorapascal.com.br

APRESENTAÇÃO

O livro “Enfermagem: Ciência e arte na construção dos saberes” - volume 4 apresenta 34 temas abordados por alunos e professores orientadores, na pesquisa, elaboração, planejamento e execução de projetos do ensino superior na área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Os capítulos abordam temas e conceitos desenvolvidos em projeto de pesquisa e orientações metodológicas, operacionais e estrutura textual, além de sugestões de busca eletrônica dos dados e exemplos bibliográficos de pesquisa.

Os diversos temas abordados nos capítulos tem maior detalhamento de referenciais teóricos, conceituais e metodológicos utilizados, com acréscimo de exemplos de pesquisas atualizadas. Além disso, o livro conta com capítulos sobre temas diversos e capítulos distintos relacionados a atuação da Enfermagem junto a saúde, com o objetivo de expandir os horizontes da pesquisa com a contextualização teórica e prática clínica.

Sabendo-se da importância da expansão na divulgação cientifica, destacamos a relevância da Editora Pascal em ofertar uma experiência prazerosa aos pesquisadores e consultores de dados atuais em experiências atualizadas na área da Enfermagem.

Por fim agradecemos a todos os autores e contribuintes na confecção desta obra, ampliando o conhecimento, práticas e a abordagem científica nos processos e interfaces da Enfermagem atual e incentivando a busca por novas pesquisas.

ORGANIZADORES

Luciana Coelho Carvalho Oliveira

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2002). Coordenadora e professora do curso de enfermagem da Faculdade Pitágoras São Luís e Pitágoras Maranhão (MA). Especialista em enfermagem oncológica e mestre em administração pública e privada de empresas .Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem oncológica, atuando principalmente como gestora de serviços de enfermagem e gestora acadêmica.

Thâmara Silva Ribeiro Ramos

Possui graduação em enfermagem pela FACULDADE PITAGORAS SLZ ,2013. Especialista em Urgência e Emergência pela CEDECON, 2015. Graduanda do Curso de Estética e Cosmética da Faculdade Santa Terezinha - CEST. Pós Graduanda do Curso Estética e Cosmetologia da Faculdades Integradas Norte do Paraná - UNOPAR. Atualmente Supervisora Docente e Professora do Ensino Superior do Curso de Enfermagem - Faculdade Pitágoras SLZ-MA. Atuou como enfermeira assistencial no setor de Urgência e Emergência e na supervisão assistencial do Centro Cirúrgico no Hospital São Domingos. Titulo de socorrista - Curso ACLS (Advanced Cardiac Life Support) pela American Heart Association (AHA). 1º Lugar na sessão de temas livres no 15º Congresso Científico Internacional de Estética e Cosmetologia da Beauty Fair, São Paulo-Brasil. (20 a 23 de novembro de 2021) Recebeu menções honrosas, 1ª lugar no AVALIAR 2018 e 2019 da Faculdade Pitágoras, pelo engajamento e comprometimento com os alunos e com a instituição.

Angela Gabriela de Araújo Costa Moura

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Atualmente é mestre em Saúde Coletiva e Servidora Municipal com Vínculo Efetivo na Área de Enfermagem com Especialidade em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS de São Luís e docente do curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras/FAMA. Tem experiência na Área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica, Enfermagem em Saúde da Família, urgência e emergência e Docência do Ensino Superior em Enfermagem.

Heloísa Maria Lima Gonçalves

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2004), Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS, Mestrado em Saúde da Família pela UFMA/FIOCRUZ. Atualmente é enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, Coordenadora do Curso de Biomedicina da Faculdade Pitágoras e Supervisora de Estágio do curso de Enfermagem. Tem experiência na área de Saúde da Família, Docência em Ensino Superior, Gestão de Unidades e Programas de Saúde, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública.

Edgar Pinheiro Castro

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2004). Atualmente é coordenador de enfermagem na UPA-Unidade de Pronto Atendimento da Cidade Operária.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 ..... **14**
A IMPORTANCIA DA EDUACAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA
Talilson de Castro Moreira
Ione Sousa Duarte
Ellian Rodrigues Ferreira
Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

CAPÍTULO 2 ..... **22**
ABUSO OBSTÉTRICO QUAL PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DESSA SITUAÇÃO
Pedro Henrique Silva de Sousa
Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura
Thaís Gomes Oliveira

CAPÍTULO 3 ..... **36**
A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE GESTANTE EM ALTO RISCO
Francilene Tinoco da Silva
Érica Patrícia Campos Rocha
Maria Elda Vieira da Silva
Matheus Vinícus de Queiroz Martins Brandão
Tassia Kelen Cabral Santos

CAPÍTULO 4 ..... **45**
O PAPEL E AS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DIANTE O PARTO HUMANIZADO
Andrielle Sousa da Silva Mendes
Tamires Carvalho Sousa Rodrigues
Erika Patrícia Campos Rocha
Hirllannya Santos Lopes
Iaila Bianca Fernandes Lima
Jennifan Carla Sanches Moreira
Luana França Borges Pereira
Maria Jordânia Novais Araujo
Nathalia Marinho Pereira
Rayanne Assunção Magalhães

CAPÍTULO 5 ..... **58**
O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO AUTISTA
Flavia Costa Dos Santos
Daniele Medeiros Diniz
Ana Beatriz Saraiva
Silvia Cristina Dutra Lopes Espírito Santo

CAPÍTULO 6 ..... **68**
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTETRICA
Alysse Victoria da Silva Maciel
Vanessa Lorena Pereira Viegas
Lorena Bianca Silveira de Sousa Muniz
Luana da Silva Nunes
Felipe Santos Oliveira
Antonia Taís Castro Lima Silva
Jéssica Pimentel Meirelles

CAPÍTULO 7 ..... **84**
HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Francialda Costa Leal
Thaís Gomes Oliveira

CAPÍTULO 8 ..... **98**
A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CASO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
Maiane de Oliveira Diniz

CAPÍTULO 9 ..... **109**
A EFICIÊNCIA DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) COMO MÉTODO CONTRA-CEPTIVO
Rosa Maria Ferreira

CAPÍTULO 10 ..... **126**
OS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA
Nathalia Marinho Pereira
Andrielle Sousa da Silva Mendes
Ângela Gabriela de Araujo Costa
Iaila Bianca Fernandes Lima
Jennifan Carla Sanches Moreira
Karla Danielle Ribeiro Melo
Maria Jorndânia Novais Araujo
Rayanne Assunção Magalhães
Suzane Tamires Silva Menezes
Thácylla Cynara da Rocha Silva

CAPÍTULO 11 137

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NO ALOJAMENTO CONJUNTO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Maria Jordânia Novais Araujo
Ângela Gabriela de Araujo Costa
Andrielle Sousa da Silva Mendes
Jennifan Carla Sanches Moreira
Hirllannya Santos Lopes
Karla Danielle Ribeiro Melo
Nathalia Marinho Pereira
Rayanne Assunção Magalhães
Rubivaldo do Nascimento Reis

CAPÍTULO 12 149

EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM: CAMPOS DE ATUAÇÃO PARA O ENFERMEIRO EMPREENDEDOR

Rayanne Assunção Magalhães
Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura
Andrielle Sousa da Silva Mendes
Jennifan Carla Sanches Moreira
Karla Danielle Ribeiro Melo
Maria Jordânia Novais Araujo
Nathalia Marinho Pereira

CAPÍTULO 13 159

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO INCENTIVO DO ALEITAMENTO MATERNO

Loudiane Duarte Lindoso
Thâmara Silva Ribeiro Ramos

CAPÍTULO 14 171

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO HUMANIZADO

Letícia Araújo Rodrigues

CAPÍTULO 15 184

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO USO CONTÍNUO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS NA JUVENTUDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Karoline Sousa Da Rocha Cerqueira
Angela Gabriela de Araujo Costa Moura
Thaís Gomes Oliveira

CAPÍTULO 16 ..... **197**
A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO
Mariana Saphyra Soares de Lacerda

CAPÍTULO 17 ..... **205**
A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO CÂNCER DE MAMA
Jennifan Carla Sanches Moreira
Andrielle Sousa da Silva Mendes
Iaila Bianca Fernandes Lima
Hirllannya Santos Lopes
Karla Danielle Ribeiro Melo
Nathalia Marinho Pereira
Rayanne Assunção Magalhães
Suzane Tamires Silva Menezes
Thácylla Cynara da Rocha Silva

CAPÍTULO 18 ..... **213**
A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO
Iaila Bianca Fernandes Lima
Andrielle Sousa da Silva Mendes
Érika Patrícia Campos Rocha
Hirllannya Santos Lopes
Jennifan Carla Sanches Moreira
Karla Danielle Ribeiro Melo
Maria Caroline Silva Costa
Nathalia Marinho Pereira
Suzane Tamires Silva Menezes

CAPÍTULO 19 ..... **222**
O ALEITAMNETO MATERNO COMO FATOR DE PROTEÇÃO CONTRA A OBESIDADE INFANTIL
Denise Souza Silva
Tatiana dos Santos Ferreira
Emanuelle Carlene Bezerra de Sousa
Débora dos Santos e Santos
Andreia Conceição da Silva Moura
Evylla Soares Campos
Jeanderson Marinho Sousa
Kamanda Freitas Dourado
Josuelem Sousa Louzeiro
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

CAPÍTULO 20 ..... **232**

GESTÃO EM SAÚDE: OS PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS POR CONTA DAS MUDANÇAS TECNOLÓGICAS

Larissa Mendonça Trancoso

CAPÍTULO 21 ..... **247**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À HANSENIASE NA ATENÇÃO BÁSICA

Kamanda Freitas Dourado
Karliane Fajardo dos Santos
Marcos Renan Brito dos Santos
Thaís Oliveira Alves
Denise Souza Silva
Evylla Soares Campos

CAPÍTULO 22 ..... **258**

RECEPÇÃO E CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DA ONCOPEDIÁTRIA

Gabriele Muniz Silva
Josuelem Sousa Louzeiro
Geovanna Pinto Frazão Nogueira
Jeanderson Marinho Sousa
Evylla Soares Campos
Emanuelle Carlene Bezerra de Sousa
Larissa Mendonça Trancoso

CAPÍTULO 23 ..... **267**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA LITERATURA

Vitória de Maria Cunha Carvalho

CAPÍTULO 24 ..... **282**

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ESTÍMULO DO ALEITAMENTO MATERNO

Maria Thayná Silva Dos Santos
Bruna Larissa Barros costa de Oliveira
Fabiana Rodrigues Cantanhede
Márcia Bruna Damasceno Santos

CAPÍTULO 25 ..... **291**

A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA CRIAÇÃO DO VÍNCULO MÃE E RN

Luana Tavares Alves
Gleison Ribeiro Reis
Jadilson Silva Neto
Paloma Rayane Silva Jansen

CAPÍTULO 26 ..... **299**

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE O CUIDADO À MULHER COM DEPRESSÃO PUERPERAL

Maria Caroline Silva Costa
Ângela Gabriela Araújo Costa Moura
Luciana Coelho Carvalho Oliveira
Iaila Bianca Fernandes Lima

CAPÍTULO 27 ..... **307**

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PELO HPV

Marcela de Fátima de Carvalho

CAPÍTULO 28 ..... **317**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Fabiana Rodrigues Cantanhede
Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura
Bruna Larissa Barros Costa de Oliveira
Gleison Ribeiro Reis
Karliene Fonseca Farjado
Mácia Bruna Dasmaceno Santos
Maria Thayná Silva dos Santos
Melissa Ohanna da Silva Barros
Maxwell do Nascimento Silva
Wllington Jorge dos Santos

CAPÍTULO 29 ..... **326**

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM VOLTADA À MULHER NO PARTO E PUERPÉRIO

Denise Evelyn Maciel Pinheiro

CAPÍTULO 30 ..... **339**

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE INFLUENCIAM AO DESMAME PRECOCE

Geovanna Pinto Frazão Nogueira
Fernando Lucas de Carvalho Miranda
Daiane Pinheiro Meireles
Evylla Soares Campos
Emanuelle Carlene Bezerra de Sousa
Gabriele Muniz Silva
Jeanderson Marinho Sousa
Josuelem Sousa Louzeiro
Gleison Ribeiro Reis

CAPÍTULO 31 ..... **350**

A ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Maria Nathália Mendes Ferreira Mota
Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura
João Adão Ferreira

CAPÍTULO 32 ..... **359**

CUIDADOS PALIATIVOS COM IDOSOS EM AMBIENTE DOMICILIAR

Rayline Conceição Oliveira
Thâmara Silva Ribeiro Ramos
Thayse Nayane Moura da Silva Oliveira

CAPÍTULO 33 ..... **373**

A TROMBOFILIA NA GESTAÇÃO

Hirllannya Santos Lopes
Andrielle Sousa da Silva Mendes
Iaila Bianca Fernandes Lima
Jennifan Carla Sanches Moreira
Maria Jordânia Novais Araujo
Suzane Tamires Silva Menezes

CAPÍTULO 34 ..... **382**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS GESTANTES COM TROMBOFILIA

Amanda Cristina Ferreira Amorim
Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

Pascal
Editora

1

A IMPORTANCIA DA EDUACAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

THE IMPORTANCE OF SEX EDUCATION IN ADOLESCENCE

Talilson de Castro Moreira

Ione Sousa Duarte

Ellian Rodrigues Ferreira

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

Resumo

O desenvolvimento sexual (puberdade) é uma parte importante da saúde, semelhante a outras medidas de crescimento físico, como altura e peso. O comportamento sexual, que está relacionado ao desenvolvimento sexual, tem implicações importantes para a saúde de todos, especialmente dos adolescentes. É importante estar bem-informado sobre sexo e saúde sexual, ser capaz de separar o fato do mito e se capacitar com o conhecimento para que o adolescente possa tomar decisões informadas de forma responsável e positiva justificando assim a necessidade da educação sexual para os adolescentes. Tal objetivo foi alcançado por meio de uma revisão integrativa de literatura de estudos selecionados nas bases de dados MEDLINE e Up to Date. Após pesquisa nas bases de dados, aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão, em dois momentos. Os resultados encontrados nesse estudo permitem afirmar que a educação sexual para adolescentes pode acarretar benefícios como prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas e autoconhecimento quanto ao seu corpo diminuindo assim problemas psicológicos. A educação sexual ainda persiste em um grande tabu para sua implementação nas escolas. Apesar das melhorias decorrentes da facilidade de informação com a internet, a educação sexual ainda não é bem disseminada entre o público adolescente. A Educação sexual se enfatizada na Atenção Primária a Saúde pode trazer um ônus econômico para o serviço de saúde além de poder proporcionar melhor qualidade de vida no desenvolvimento do adolescente.

Palavras-chave: Adolescência; Orientação Sexual; Parâmetros Curriculares Nacionais, Sexualidade do Adolescente.

Abstract

Sexual development (puberty) is an important part of health, like other measures of physical growth, such as height and weight. Sexual behavior, which is related to sexual development, has important implications for the health of all, especially adolescents. It is important to be well informed about sex and sexual health, to be able to separate the fact from the myth and to train with knowledge so that adolescents can make informed decisions in a responsible and positive way, thus justifying the need for sexual education for adolescents. This objective was achieved through an integrative literature review of selected studies in medline and up to date databases. After searching the databases, the inclusion and exclusion criteria were applied in two moments. The results found in this study allow us to affirm that sexual education for adolescents can bring benefits such as prevention of sexually transmitted infections, unwanted pregnancies and self-knowledge about their body thus reducing psychological problems. Sex education persists in a major taboo for its implementation in schools. Despite the improvements resulting from the ease of information with the Internet, sex education is still not well disseminated among the adolescent public. Sexual education, if emphasized in Primary Health Care, can bring an economic burden to the health service, besides being able to provide a better quality of life in adolescent development.

Keywords: Adolescence; Sexual Orientation; National Curriculum Parameters, Adolescent Sexuality

1. INTRODUÇÃO

A educação sexual engloba uma série de conhecimentos sobre saúde, corpo humano, identidade, sentimentos, bem-estar, consentimento, responsabilidade, autoproteção e tipos de toques que os outros estão autorizados ou não em relação ao corpo da criança e do adolescente, como forma de prevenção à violência sexual. A adolescência pode ser definida de diferentes formas. Trata-se de uma etapa de crescimento/desenvolvimento, marcada por transformações físicas, psíquicas e sociais (ROCHA, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde delimitam adolescência como a faixa dos 10 aos 19 anos de idade. Nessa etapa da vida, os indivíduos assumem comportamentos para os quais não estão preparados, como início precoce da vida sexual e propiciando assim à ansiedade de viver de maneira rápida e intensa, razão pela qual não refletem sobre suas atitudes (ANDRADE, 2013).

Destacamos que o exercício da sexualidade acarreta implicações no processo reprodutivo e na própria saúde do adolescente. A sexualidade precoce aumenta a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST), à gravidez na adolescência e outros riscos que interferem em suas metas de vida. Dada sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade às ações e fragilidade de controle, as IST devem ser priorizadas e sua assistência deve ser feita de forma integrada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e serviços de referência regionalizados (FONSECA, 2010). Com o início da vida sexual cada vez mais precoce, justifica-se a importância de educar os adolescentes acerca do início da vida sexual, orientando assim sobre autoconhecimento e métodos contraceptivos para prevenção de IST's e gestação indesejada.

Segundo dados da OMS (2015), as IST são consideradas um dos problemas de saúde pública mais comum em todo o mundo e, no Brasil, suas estimativas de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa segundo o Ministério da Saúde (2014), a cada ano, são: sífilis: 937 mil casos; gonorreia: 1.541.800; clamídia: 1.967.200; herpes genital: 640.900; e HPV: 685.400. Portanto, visto que as IST são um problema de saúde pública e o início da vida sexual precoce propicia o aumento no número de casos de IST, gestação indesejada e abortos clandestinos; que estratégias a equipe de enfermagem pode traçar para que a educação sexual na adolescência deixe de ser um tabu e se torne um método de informação e prevenção?

Diante desse contexto, o presente estudo tem por objetivo compreender e conhecer a importância que tem a educação sexual na adolescência, apresentando atividades de pesquisa que tratem da temática atualmente. Mais especificamente iremos ressaltar e incentivar a cerca da importância da educação sexual na adolescência; destacar a importância de se aprender sobre educação sexual nas escolas desde o ensino fundamental; compreender a relevância do papel da enfermagem na educação sexual do adolescente; orientar os adolescentes quanto a métodos contraceptivos de barreira e orientar os adolescentes quanto a incidência e prevalência das principais IST's.

Portanto, este estudo se propôs a analisar a educação sexual na adolescência no Brasil. A condução do presente estudo percorreu as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, busca dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários, análise e síntese dos resultados e apresentação. Trata-se de uma revisão integrativa a partir de um estudo retrospectivo e documental, realizado com o levantamento das produções científicas publicadas no período de 2012 a 2022 selecionados nas bases de dados MEDLINE e Up to Date. Após pesquisa nas bases de dados, aplicar-se-á os cri-

térios de inclusão (estudos que tratavam sobre Orientação Sexual; artigos que tratavam sobre a prevalência de IST; artigos que relatam sobre estratégias de educação sexual, artigos publicados em português e disponíveis para Download) e de exclusão (artigos sem resumo disponível para leitura; artigos não escritos em português; artigos de revisão e relatos de caso ou comentários). Foi utilizado como técnicas de pesquisa as seguintes palavras-chave: Adolescência; Orientação Sexual; Parâmetros Curriculares Nacionais, Sexualidade do Adolescente; Educação Sexual Escola e Família; Contracepção e Gestação.

2. DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) o desenvolvimento geral do adolescente pode ser dividido em três estágios baseados na idade cronológica e no nível de funcionamento. São estes estágios adolescência inicial, intermediária e final. Uma das tarefas para o desenvolvimento saudável do adolescente é a aquisição de uma identidade sexual madura e responsável, incluindo tanto a expressão de comportamentos sexuais quanto a capacidade de relacionamentos íntimos significativos.

2.2. Puberdade

Nos primeiros anos da puberdade é normal que o adolescente sinta o impulso de experimentar a atividade sexual. Esses desejos podem surgir antes que um adolescente esteja completamente ciente de como essa atividade pode afetá-lo ou a outras pessoas. À medida que o ser humano continua a crescer e amadurecer, desenvolverá um discernimento mais forte de seus impulsos, desejos e preferências e estará mais bem preparado para tornar a atividade sexual uma parte saudável e positiva de sua vida. O adolescente também será mais capaz de fazer escolhas informadas sobre intimidade e relacionamentos enquanto entende os possíveis riscos (MOORE, 2017).

As alterações físicas que acontecem durante a puberdade podem ser difíceis para adolescentes transgêneros ou não-binários. Estes podem estar associados a ansiedade ou sintomas de depressão. Ao identificar um indivíduo que está lutando com isso, é preciso orientar encontrar um adulto de confiança ou outra pessoa na qual se sinta à vontade para conversar. Há também recursos que podem ajudar (MARROM, 2000).

2.3. Atividade Sexual

Existem muitas maneiras onde se pode expressar intimidade. Dentre elas passar parte do tempo com outra pessoa, dar as mãos e beijar são formas de demonstrar afeto e começar a explorar a intimidade física. À medida que desenvolve atração por outros indivíduos, é provável que este adolescente desejará explorar esses e outros tipos de intimidade física.

Quando as pessoas abordam sobre sexo, costumeiramente estão discutindo acerca de relações sexuais vaginais, mas também existem outros tipos de relações sexuais. A seguir encontram-se os tipos de relações sexuais (RAIÇA, 2015):

- Relação vaginal – É quando uma pessoa coloca o pênis na vagina do parceiro. Durante a relação sexual vaginal, a gravidez pode ocorrer se o esperma (contido no sêmen) fertilizar um óvulo (liberado pelo ovário). Existem diferentes métodos de

controle de natalidade que podem ser usados para prevenir a gravidez

- Tocar ou "acariciar" o corpo ou genitais do seu parceiro – Os genitais são os órgãos sexuais externos que podem ser estimulados pelo toque. Eles incluem o pênis e o escroto, que contém os testículos, e a vulva, o clitóris e a abertura para a vagina. Os seios também são sensíveis à estimulação.
- Sexo oral – Isso envolve usar a boca ou a língua nos genitais de outra pessoa.
- Sexo anal – Isso envolve colocar o pênis ou outro objeto no ânus de outra pessoa.
- Masturbação – Esta é a palavra para tocar seus próprios genitais com a mão ou outro objeto (como um vibrador ou brinquedo sexual).

3. EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

A população brasileira de adolescentes vem crescendo em um ritmo acelerado nas últimas décadas, segundo o último censo em 2010 há no Brasil 51,3 milhões de jovens, equivalente a um quarto da população brasileira. Este crescimento também vem acompanhado de preocupações quanto à saúde sexual e reprodutiva, a gravidez precoce, o aborto inseguro, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a infecção por HIV; que acometem este público (IBGE, 2011).

A sexualidade é compreendida como um conceito amplo que abrange as práticas sexuais, sentimentos afetivos, identidades etc., que tem representações sociais e históricas. É um conceito abrangente que extrapola a genitalidade na medida em que se refere aos sentimentos, emoções, afetividade e às relações sexuais, e todas essas expressões têm sentidos diversos dependendo da cultura e do momento histórico em que elas ocorrem (ANDERSON, 2000; MAIA, 2010; VILAÇA, 2017).

Quando se aborda a sexualidade com adolescentes observa-se uma infinidade de ideias, perturbações, expectativas e dúvidas que são manifestadas ao longo desta etapa de vida. Entretanto, é justamente neste período da vida que a educação sexual deve ser praticada, não de forma superficial e confusa, mas de forma harmônica e saudável (CHARBONNEAU et al., 2010).

É nesta fase que muitas famílias podem sentir-se despreparadas para atender as exigências dos filhos por sentirem-se incapazes intelectual e emocionalmente para orientar, conduzir, informar e direcioná-los sobre sexualidade em suas várias dimensões (SIERRA et al., 2012).

Mudanças nas concepções de sexualidade ao longo da história, para Carvalho e Pinto (2013), provocaram o abandono de velhos padrões. Estes, por sua vez, não foram substituídos por novos padrões norteadores da conduta sexual, acarretando conflitos, angústias e dúvidas.

O mesmo autor afirma que apesar dos avanços ocorridos no campo das ciências sociais e humanas quanto ao estudo da sexualidade, está ainda é um tabu em nossa sociedade. Muitos pais veem dificuldade em abordar o tema com seus filhos. Portanto, o diálogo aberto é fundamental para o exercício pleno, seguro e responsável da sexualidade, pelos jovens.

Durante a adolescência é comum os filhos ficarem distantes dos pais, dificultando o relacionamento entre ambos. Por inúmeras vezes os pais sentem-se incompetentes para estabelecer relações com seus filhos à medida que vão crescendo, temendo em alguns casos, deparar-se com o despertar da sexualidade (TIBA, 2005)

3.1 Educação Sexual nas Escolas

A educação sexual na adolescência é prevista nas escolas desde 1928, pautada em uma concepção higienista, controladora e repressora da sexualidade, marcada por valores morais e religiosos, que perduraram fortemente até a década de 1950 (BORGES; MEYER, 2008; NARDI; QUARTIERO, 2012). Questões sociais como o movimento feminista nas décadas de 1960 e 1970 e os índices de vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre a população jovem na década de 1980 influenciaram os projetos de educação sexual, norteando suas características, como a predominância da abordagem de conteúdos mais vinculados a métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em práticas mais preventivistas (BRASIL, 1997; NARDI; QUARTIERO, 2012).

A escola tem papel fundamental que é de educar, não só de educar como ela nos prepara para diversos temas, a escola por sua vez prepara jovens e adolescentes para o amanhã, com informações importantes que serão utilizadas no futuro. Com isso nada, mas inteligente, por parte da educação escolar, educá-los também na parte sexual, preparando-os para o amanhã.

Em 2004 surgiu o movimento "Escola sem Partido", aproximadamente 60 projetos de lei tramitam ou tramitam no Congresso Nacional e casas legislativas objetivando impedir a doutrinação política e ideológica de alunos por parte de professores nas escolas. Dentre as solicitações, encontra-se a exclusão dos termos orientação sexual e gênero do Plano Nacional da Educação (PNE) e Base Nacional Comum Curricular (BNCC) (BRASIL, 2017), esta última homo - logada em 22 de dezembro de 2017. Tal atitude tem sido repudiada pelo Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) por meio da resolução n. 7/2017, da Lei n. 13.005/2014 (BRASIL, 2014) e dos Projetos de Lei n. 7180/2014 (SANTANA, 2014) e n. 867/2015 (FERREIRA, 2015).

4. PAPEL DA ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO SEXUAL DO ADOLESCENTE

A sexualidade é tema que envolve diretamente a Enfermagem, uma vez que as práticas do cuidado remetem ao contato com os corpos, com a intimidade e com o erótico. Nos domínios da promoção e da educação para a saúde, não há como desconsiderar o lugar que ocupam hoje as discussões acerca dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos inalienáveis de homens e mulheres. Apesar disso, estudos recentes, especialmente na Enfermagem, têm mostrado que, muitas vezes, a sexualidade fica escamoteada na interface com o cuidado na formação dos enfermeiros (OLIVEIRA, 2018).

O profissional de enfermagem que atua na atenção básica necessita incorporar em sua prática, conceitos aplicáveis ao processo de trabalho na saúde, que incluam desde a promoção e a prevenção em saúde até a reabilitação, contemplando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, quando se relaciona a educação sexual, entende-se que é um ponto essencial para a formação da pessoa. Sendo necessário, compreender as interfaces que norteiam as relações dos adolescentes com o tema, a fim de propiciar a construção da sexualidade (FELIZARI, 2013).

Segundo (CORREA 2000), a atuação do profissional junto ao grupo vem se configurando como objeto da assistência de Enfermagem somente nas últimas décadas. Desde então, a Enfermagem vem atuando através de práticas assistenciais e educativas, junto a outros profissionais de saúde e educação no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, controle das IST's, prevenção de gravidez indesejada, entre outras necessidades do grupo.

O enfermeiro está apto e pode ministrar aulas, em um trabalho interdisciplinar ou multiprofissional. Ele reúne conhecimentos específicos para o atendimento das questões de saúde e isto deve ser articulado junto aos professores servindo de apoio 19 para que eles possam futuramente com segurança assumir tal posicionamento. Sua ação educativa tem o propósito de orientar os adolescentes acerca das mudanças que ocorrem no seu corpo, ressaltar aspectos preventivos e curativos das doenças as quais estão expostos, neutralizar nos adolescentes os fatores de ordem social e cultural que contribuem nocivamente para o alastramento de doenças, orientando-os acerca de métodos contraceptivos e outros (FERRIANI, 1997; FERREIRA, 2000).

4.1 Vitimização

Violência no namoro entre adolescentes — A violência no namoro entre adolescentes (TDV), incluindo agressão psicológica, física e sexual, é comum em relacionamentos de namoro entre adolescentes. O TDV é mais comum em adolescentes sexualmente minorizados e com diversidade de gênero e adolescentes envolvidos em outras atividades de risco (por exemplo, uso de drogas e álcool). Os profissionais de saúde que não discutem rotineiramente o TDV em adolescentes perdem oportunidades de educação e intervenção (ENDERLE, 2011).

Jovens sexualmente minorizados — Há pesquisas substanciais documentando comportamentos de risco aumentados, vitimização e resultados adversos à saúde entre jovens de gênero diverso e sexualmente minorizados. Os riscos à saúde e os resultados adversos incluem abuso infantil, bullying, assédio sexual, TDV, problemas de saúde mental (depressão, ansiedade, suicídio, alimentação desordenada e imagem corporal), uso de substâncias e sexo desprotegido com riscos para DSTs e gravidez (OLIVEIRA, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é um período do desenvolvimento humano bastante complexo, onde ao mesmo tempo que estamos evoluindo apresentamos uma necessidade que é imposta pelo mundo para que tracemos todos os nossos passos para o futuro. Existe uma pressão social para que o adolescente apresente suas escolhas que irão determinar o trajeto de suas vidas. Em grande maioria das vezes essa pressão também se dá na sexualidade, na qual a sociedade provoca nos adolescentes uma necessidade de definição de sua existência através da sexualidade, principalmente da expressão de gênero e orientação sexual.

Quando os adolescentes não possuem o suporte necessário da família, da escola ou de profissionais de saúde, podem transformar o desenvolvimento e as descobertas em um problema. Por isso, devemos auxiliar, enquanto profissionais de saúde de forma direta e indireta, estimulando levar conhecimento até as famílias e a escola, culminando assim em um instrumento de diminuição do preconceito e violência. A saúde comunitária é o caminho! Ela apresenta em seu campo de trabalho no território, sendo estratégico para as concepções de competência necessária a instrumentação do saber sobre sexualidade e sobre as dúvidas dos adolescentes sobre sexo e satisfação sexual. É importante que possamos tratar o tema de forma ampla e para isso precisamos construir nos territórios, espaços capazes de acolher tais demandas.

Por tanto, podemos enquanto profissionais de saúde construir espaços na escola da comunidade e nas unidades de saúde, acerca da importância da educação sexual. É im-

portante também estender estas informações ao domicílio e a espaço mais comunitários, respeitando sempre as questões culturais e religiosas. Atualmente temos muitas informações na internet, mas educação sexual é uma construção de conhecimento que pode alcançar maiores benefícios por meio do diálogo. Deve-se discutir sobre as descobertas do corpo, do sexo e das consequências, não favorecendo um discurso de culpabilidade ou punibilidade, mas de trocas que possam solidificar conhecimento e evitar adoecimento sexual e psicológico. Para isso, é essencial que esses assuntos sejam abordados sem tabus por todos os atores envolvidos.

Referências

ACKERMAN, Nathan W**. Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

AS DIRETRIZES para Educação Abrangente em Sexualidade: Séries K-12. Conselho de Informação e Educação sobre Sexualidade dos Estados Unidos. www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf (Acessado em 15 de julho de 2022).

CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. **Escola Secundária YRB. Juventude Online**. https://nccd.cdc.gov/Youthonline/App/Default.aspx (Acessado em 03 de setembro de 2022).

CHAUI, Marilena**. Repressão sexual:** essa nossa desconhecida. São Paulo: Brasiliense, 1984.

COSTA LHR, Coelho ECA. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].** 2011 [acesso em: 10 fev. 2014]; 19(3): [10 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/ pt_24. Pdf

D'ANDREA, Flavio Fortes. **Desenvolvimento da personalidade**. São Paulo: Difel, 1996.

ENDERLE, Carmen. **Psicologia da adolescência**: uma abordagem pluridimensional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

FELIZARI, Gessi Maria Cardoso. **Enfermagem escolar e educação sexual para adolescentes**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

FOUCAULT, Michel**. História da sexualidade**: a vontade de saber. 15.ed. São Paulo: Graal, 2003.

FREITAS, K. R.; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Texto e Contexto** – Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 2, p.351-357, jun. 2010. Disponível em: . Acesso em: 16 abril. 2014.

GUIRADO, Marlene. Sexualidade, isto é, intimidade: redefinindo limites e alcances para a escola. In: AQUINO, Julio Groppa. **Sexualidade na escola**: alternativas teóricas e práticas. 3.ed. São Paulo: Summus Editorial, 2017. [Cap.2, p.25-42].

MAROLA CAG, SANCHES CSM, CARDOSO LM. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. **Psicol. Educ.** 2014; 33: 95-118.

Marrom RT. **Sexualidade do adolescente no alvorecer do século XXI**. Adolesc Med 2000.

Moore RE**. Infância normal e sexualidade precoce da adolescência**. Perspectiva de um psicólogo. Semin Adolesc Med 2017.

MURAKAMI JK, Petrilli JF Jr, Telles PCP Jr. Conversando sobre sexualidade, IST e Aids com adolescentes pobres. **Rev. LatinoAm. Enferm.** 2007; 15Esp1: 864-6

OLIVEIRA TC, Carvalho LP, Silva MA**.** O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.** 2018.

RAIÇA, Darcy; FERNANDEZ, Senira Anie**. O adolescente e o sexo**. São Paulo: Edicon, 2015.

RIBEIRO, Cláudia**. A fala da criança sobre sexualidade humana: o dito, o explícito e o oculto**. São Paulo: Mercado de Letras, 2016.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Educação sexual além da informação**. São Paulo: EPU, 2009.

ROCHA. Gabriela L. Haack da. **Adolescência e sexualidade:** algumas reflexões. 1994.

2

ABUSO OBSTÉTRICO QUAL PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DESSA SITUAÇÃO

OBSTETRIC ABUSE WHAT ROLE OF NURSING IN THIS SITUATION

Pedro Henrique Silva de Sousa

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

Thaís Gomes Oliveira

Resumo

A violência obstétrica ocorre nomeadamente durante o trabalho de parto, sendo um tratamento abusivo que contravém com os direitos humanos. Esta mesma traz consigo a capacidade negativa de influência na evolução deste processo de parto, trazendo temor às mulheres na procura por cuidados. Vale ressaltar que esse tipo de violência é considerado de ordem estrutural o que deixa a mulher frágil, ansiosa e temerosa sobre a morte. Sendo assim o objetivo da pesquisa foi conhecer o papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. Tendo como respaldo metodológico uma revisão integrativa tendo como as bases de dados: SCIELO, LILACS e PUBMED dentro da faixa temporal de 2015 a 2021. Identificou-se a necessidade de trabalhar mais a temática de violência obstétrica, sobretudo no que diz respeito o respeito aos direitos humanos, a oferta de um cuidado baseado em ênfases cientificas e que assegurem a fisiologia do parto e o protagonismo da mulher, a fim de tornar os graduandos de enfermagem profissionais críticos, reflexivos e humanísticos. Capazes de ofertar um cuidado de excelência desde gestação parto e puerpério. Além de desenvolver uma consciência de cidadania, procurando estimular a sua clientela na busca por seus direitos em relação a uma assistência segura e livre de danos.

Palavras-chave: Violência. Enfermagem. Parto.

Abstract

Obstetric violence occurs in particular during labor, being an abusive treatment that contravenes human rights. This same brings with it the negative ability to influence the evolution of this birth process, bringing fear to women in the search for care. It is worth mentioning that this type of violence is considered of a structural nature, which makes women fragile, anxious and fearful about death. Thus, the objective of the research was to know the role of nurses in the face of obstetric violence. Having as methodological support an integrative review having the following databases: SCIELO, LILACS and PUBMED within the time range from 2015 to 2021. It was identified the need to work more on the theme of obstetric violence, especially with regard to respect for human rights, the provision of care based on scientific emphases and that ensure the physiology of childbirth and the role of women, in order to make nursing students critical, reflective and humanistic professionals. Capable of offering excellent care from pregnancy, childbirth and puerperium. In addition to developing an awareness of citizenship, seeking to stimulate its clientele in the search for their rights in relation to safe and harm-free assistance.

Keywords: Violence. Nursing. childbirth.

1. INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje muito ouvimos falar sobre violência e abusos, todos somos propícios a ser vítima de um certo tipo de violência, uma das violências que ocorre diariamente e que tem ganhado uma repercussão muito grande é a violência obstétrica.

A violência ou abuso obstétrica como é chamado é uma agressão que a mulher sofre durante seu período gestacional onde pode ocasionar traumas, depressão e medos a essa mulher deixando a com inseguranças, também ocorre durante seu trabalha de parto onde a mulher pode sofrer e ouvir coisas desagraváveis, passar por procedimentos desnecessários.

É muito importante não só para a mulher, mas para todos saber sobre o que é o abuso obstétrico assim que todos saberem e perceberem que a gestante está passando por esse tipo de violência, denunciarem, pois, é um tipo de crime e existe várias leis a favor da mulher, você mulher é dona do seu corpo e dona de si, tem todo o direito de escolher como e qual o procedimento que deseja realizar na hora do parto.

A obstetrícia é a parte da especialização médica responsável por monitorar o período de gestação de uma mulher desde o início ao final que é o parto. Tem como principal foco o cuidado e o bem-estar da cliente.

Infelizmente vivemos em um mundo onde a realidade é bem diferente, fatos e relatos comprovados onde clientes obstétricas as gestantes sofrem certos tipos de abusos no decorrer do seu período gestacional e na hora do parto. Esse tipo de falta de ética do profissional da saúde é chamado de abuso ou violência obstétrica. A enfermagem tem um papel superimportante nesse âmbito e pode evitar vários tipos de abusos que a gestante possa vim a sofrer, mas afinal o que caracteriza uma violência obstétrica e como a enfermagem pode intervir para que isso não aconteça?

Sendo assim o objetivo geral que norteou a pesquisa foi: Compreender a função da enfermagem diante o abuso "violência" obstétrica. E os objetivos específicos: compreender o que é a violência obstétrica; demonstrar a atitude da enfermagem diante dessa situação e apontar como a cliente se sente tendo que lidar com o quadro de abuso obstétrico.

Violência obstétrica é um ocorrido onde a mulher durante sua jornada como gestante pode sofrer certos tipos de abusos, a mulher é dona do seu corpo e por si ela tem o direito de escolher, escolher como deve ser tratada e qual o procedimento que a faça bem, a enfermagem por sua vez tem um papel muito importante e pode ajudar a combater o abuso obstétrico orientando a mulher sobre seus direitos e de forma humanizada tentar a todo custo evitar com que aconteça o ato de violência.

Esse estudo tem como relevância fazer com que mulheres em sua fase gestacional entenda seus direitos e as de alguma forma essa mulher sofrer abusos durante essa fase, existe profissionais onde ela possa está recorrendo e pedindo ajuda para entender o que deve ser feito.

Um tema bastante curioso, a violência obstétrica deve ser comentada com mais amplitude pois é de suma importância, mas não só as mulheres devem conhecer e entender sobre isso e sim um todo, todos precisam saber o que é essa violência e que ela existe, para que por meios de informações, pesquisas possa evitar que isso aconteça.

Trabalho científico para afins de entender como a enfermagem lida com a situação de abuso obstétrico, trata se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa onde foi utilizando,

livros, artigos e sites com base científica. Foi utilizando sites como o google acadêmico, site do conselho nacional de saúde e capes para afins de obter resultados para a pesquisa científica, os artigos, livros e sites lidos e citados no referencial teórico foram todos publicados em um período de datas que vão de 2018 a 2020.

Para levantamento de dados e texto levando assim o leitor a entender sobre obstetrícia e o abuso que as mulheres em seu período gestacional podem sofrer, palavras chaves utilizadas para embasamento dessa pesquisa foram, violência obstétrica, enfermagem, gestante.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica é ponderada como um acontecimento de ordem complicado na extensão da Saúde da Mulher. Isso bem como sua atenção solicita de expressivas e significativas modificações em exercícios secundários durante o ciclo gravídico-puerperal, com o desígnio de diminuir interferências médicas dispensáveis, que podem ser danosas à saúde física e emocional das mulheres (SOUZA, 2014).

É algo que advém, nomeadamente durante o trabalho de parto, um tratamento abusivo que contravém com os direitos humanos, tendo a capacidade negativa de trazer uma influência para os desenlaces desses procedimentos e trazer temor as mulheres na procura por cuidados vindouros. Vale ressaltar que esse tipo de violência é considerada de ordem estrutural o que deixa a mulher frágil, ansiosa e temerosa sobre a morte (ANDRADE et al., 2016)).

São múltiplas as atuações nos prontos-socorros, clínicas e hospitais que podem ser ponderadas como violência obstétrica, tais como: Submeter a gestante a um aceleramento do parto sem necessidade nenhuma; coibir a mulher do comparecimento de quem a acompanha, sendo esse um direito atualmente afiançado pela Lei nº 11.108/2005; receitar jejum a grávida; privar a grávida de escolher os procedimentos correspondentes para o bem-estar da dor (WARMLING et al., 2018).

Sendo assim o papel do enfermeiro frente à violência obstétrica implantado nos estabelecimentos de saúde podem congregar em seus métodos de cuidado, atuações de enfrentamento e de precaução dos agravos nas circunstâncias de violência obstétrica. Promover um modelo de atenção à saúde das mulheres que acolha, identifique, requeira a saúde e realize prevenção das consequências da violência. Os profissionais de enfermagem podem aceitar a maneira de educadores que partilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (ZANARDO et a., 2017).

A violência obstétrica surge distinguida pelas consequentes probabilidades: negligência, ataques verbais (por meio de emprego de apelidos, palavras de baixo calão e piadinhas de mau gosto) ou ataques físicos, psicológicos (pressão apra ter o bebê, crítica ao estilo de parto, humilhação) (MADEIRO et al., 2017).

Além dessas probabilidades, pode-se ainda mencionar que há uma relação bem tênue com: a péssima qualidade do atendimento, as advertências de acompanhante no parto, o desamparo, as técnicas e hábitos unificados não fundamentados em ênfases científicas, as analogias hierarquizadas como cultura de atendimento do serviço, a lentidão e falta de agilidade no atendimento, disposição improvável do trabalho, igualmente figuram a violência no domínio do serviço, que pode ir além do momento de vivência da violência perpetrada (CARLOS et al., 2019).

No Brasil a violência obstétrica é elevada e há vários relatos de mulheres que denun-

ciam maus-tratos na hora do parto. Ressalta-se ainda que além do descomedimento de interferências inúteis e a carência expressiva de um amparo fundamentado em técnicas apropriadas, como por exemplo: parto em posição vertical, contrassenso na hora da alimentação e da movimentação durante o trabalho de parto e comparecimento do acompanhante (WARMLING et al., 2018).

Para os autores citados anteriormente a segurança à saúde materna e perinatal, bem como a técnica da precaução quaternária é indispensável ao que diz respeito ao cuidado aperfeiçoado em destaques científicos, da humanização do parto e do combate à violência, que deve ser enfrentada como tema prioritário, podendo até conceber um tipo de desumanização da atenção e o perpetuamento do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde (MARRERO; BRÜGGEMANN, 2018).

A equipe de enfermagem é um elemento extraordinariíssimo para que toda a técnica advenha com sucesso, entretanto não está sujeito somente a equipe, mas a todos, enfim, aborda-se sobre algo em que toda equipe multiprofissional precisa cooperar, isso porque essas demandas são, nada obstante, de modo óbvio, coletivas a equipe, por isso é indispensável o empenho e conhecimento de todos para garantir os direitos intrínsecos a gestante e suas particularidades. (CAMILO et al., 2016).

De acordo com Santos et al. (2018) muitas mulheres desconhecem os direitos que possuem quanto à assistência por ocasião do parto, deixam de vivenciar uma experiência mais digna e prazerosa durante os seus partos.

Contudo, quando vivida adequadamente, esta experiência enriquece muito a mulher e a relação com seu filho, e a equipe de enfermagem ao ser inserida no cenário do nascimento, assume métodos com atitudes diferenciadas contribuindo para um equilíbrio emocional, com uma assistência priorizada e com equidade, buscando realizar ações educativas, dando a estas mulheres um acompanhamento adequado.

O que corrobora com os estudos de Amorim e Oliveira (2019) que afirmam que a violência obstétrica ainda é avaliada como um desafio constante para a equipe de saúde, e é um fator considerado muito relevante à educação continuada, para que de forma precoce possa evitar danos irreversíveis as parturientes.

Lembrando que os cuidados e prevenção utilizados de forma adequada garantem ao profissional prestar uma assistência humanizada e de qualidade, pautando sempre no bom senso e bem-estar da parturiente, isso reduz as causas que predispõem como a depressão pós-parto, o medo e a um procedimento mais invasivo, com isso utilizando métodos que reduz o período do parto e complicações futuras.

Acrescenta ainda os autores Nunes e Abílio (2019) os hospitais brasileiros necessitam se ajustar no que diz respeito aos direitos humanos da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e repudiar todo e qualquer arcabouço clássico e desatualizado, de tal modo a criar uma atmosfera mais favorável para a atuação geral dos profissionais, a fim de avaliar um cuidado mais digno à puérpera e ao recém-nascido. Uma boa alternativa para aprimorar esse desfecho é a construção de Centros de Parto Normal, tendo em vista que seus históricos de atuação proporciona as melhores consequências perinatais para partos normais, fisiológicos e de risco.

E de acordo com Silva et al. (2020) a formação dos profissionais Enfermeiros na temática da violência obstétrica deve ser mais ampla, pois eles são coadjuvantes dessas experiências, e nelas desempenham importante papel ao oferecer a qualidade de atendimento de saúde que as mulheres necessitam e merecem enquanto cidadãs de direito.

Vale ressaltar que, quando a mulher é orientada adequadamente, tem menos chance

de sofrer violência obstétrica. Assim, o papel do Enfermeiro em formação é fundamental no que se refere à violência obstétrica, uma vez que esse profissional tem a possibilidade de reduzir os índices desse agravo e mudar a realidade social.

Sendo que para Ortega et al. (2020) a violência aludida é composta por interferências que são danosas à integridade física e mental das mulheres em instituições de saúde e por profissionais que prestam assistência a elas, além disso, desrespeitam sua autonomia, situação que ocorre quando o obstetra determina o uso de tratamentos decompondo o procedimento fisiológico do parto em eventos médicos a fim de acelerar a expulsão do bebê. Do mesmo modo, percebe-se que a violência obstétrica é reconhecida como um tipo de violência de gênero, que é acendida pelo poder detido pelos profissionais de saúde.

Em consonância com essas afirmações Oliveira, Elias e Oliveira (2020) asseveram que é um desafio para as equipes da Atenção Básica, prestar uma assistência adequada e humanizada na hora do parto. A assistência prestada a gestante deve e inserir práticas educativas e métodos com atitudes diferenciadas, com a finalidade de buscar métodos eficazes para a educação e saúde, nos seus atendimentos.

Ainda acrescenta Melo et al. (2020) torna-se imprescindível a explicação do que está acontecendo e do que irá acontecer com a parturiente, este ato deve partir da equipe de enfermagem em sua assistência, visto que a mesma quem está mais presente com a mulher no momento de seu parto, o enfermeiro não deve criticar os atos cometidos por elas, visto que cada mulher é única e age de forma diferente no ato do parto, dar apoio nesse momento único na vida dela é fundamental.

Gomes et al. (2020) relata que as condutas como amniotomia precoce, ruptura de membrana, Kristeller, e até toques vaginais desnecessários foram referenciados pelos profissionais como condutas ainda realizadas na prática hospitalar. No entanto, muitos já se sentem sensibilizados e enfatizam que a orientação e treinamentos são importantes para que essa violência não se concretize.

No que se refere as ações educativas e assistenciais do enfermeiro no pré-natal, devem ser caracterizadas por ações positivas e que atua como importante ferramenta de auxílio para uma assistência de enfermagem de qualidade,

As práticas educativas criam um momento acolhedor pela equipe de enfermagem, ideal para desenvolver ações com grupos de gestantes, dando-lhe prioridade na sala de espera ou individualmente. Permite ainda que o profissional enfermeiro proporcione confiança na relação profissional-gestante, tornando-a mais harmoniosa, reduzindo a subordinação e favorecendo o protagonismo da gestante. Ações devem ser positivas e, atuam como uma importante ferramenta de auxílio para uma assistência de enfermagem de qualidade, de modo que possamos identificar que estas ações educativas melhoram o quadro emocional da gestante e há uma maior valorização do momento vivenciado; na parte assistencial, deve ser o conjunto de procedimentos clínicos educativos cujo objetivo consiste em acompanhar a evolução da gravidez, promover a saúde da gestante.

3. A ATITUDE DA ENFERMAGEM DIANTE DESSA SITUAÇÃO

Ao longo dos séculos a enfermagem esteve presente na história das civilizações, exercendo função crucial como uma profissão que tenta aliar não só um atendimento humanizado, isto é, respeitando a dignidade humana, unicidade e liberdade, sem fazer juízo de valor, como também uma assistência calcada em conhecimentos técnicos e científicos. Atributos indispensáveis na promoção, prevenção de enfermidades, na recuperação

da saúde e nas limitações e incapacidades do ser humano (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

De acordo Morais, Silva e Guedes (2008), diversas são as atuações e consultas realizadas pelo enfermeiro, sendo a assistência no parto normal umas delas, não devendo, portanto este ser somente um momento que envolva habilidades científicas e técnicas no processo biológico, mas também de estabelecimento de vínculo, acolhimento, confiança e segurança, facilitando o relacionamento do profissional com a cliente.

Pensando na qualificação dos profissionais e no atendimento aos usuários dos serviços de saúde pública, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), o que representa uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, no sentido de oferecer serviços de saúde humanizados (BRASIL, 2013).

A proposta ético-estética é um projeto de sociedade baseada na equidade, em que o acesso aos serviços de saúde com humanização e qualidade reflete a garantia da cidadania em uma sociedade democrática. Tal percepção poderia ser compreendida pelos (as) profissionais de Enfermagem, e demais profissionais de saúde, como oportunidade de exercerem sua prática com maior sensibilidade para com os sujeitos sob seus cuidados. Isso certamente resultaria em uma assistência mais humanizada, atenta às demandas efetivas das usuárias, maior respeito à diversidade, distanciando-se de uma postura de enfrentamento e de prepotência diante do falso poder que o saber técnico lhes confere (RATTNER, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Com base neste entendimento a OMS recomenda uma maior participação do Enfermeiro Obstetra (EO) na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (OMS, 2014).

Em junho de 2011 o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) (4), visando a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de "fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses".

O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Sendo que essa assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição e garante às mulheres vivenciar a experiência do parto e do nascimento com segurança e dignidade (BRASIL, 2014).

Conforme Diniz (2005), a assistência humanizada ao parto normal é de extrema importância, pois implica principalmente que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, promova a saúde e ofereça o suporte emocional necessário à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

O parto normal humanizado possui inúmeras vantagens em relação ao parto cesariano, tendo em vista que o corpo da mulher é preparado fisiologicamente para esse evento,

recuperação é mais rápida, há menores riscos de formações de hematomas e de contrair infecções, reduzindo de forma considerável riscos para mãe e bebê. Entretanto, tem-se observado que nos últimos anos houve um aumento descontrolado de partos cirúrgicos, no Brasil (BRASIL, 2014)

Martins (2009) acredita ser necessário o reconhecimento do parto como um processo de envolvimento com o cuidado do outro, e desse modo seja compreendido e respeitada a sua autonomia, suas escolhas, princípios, desejos e afetividades. E que a parturiente se sinta aconchegada por meio de uma palavra, de um toque e de um sentimento; e que a humanização se mostre de forma mais efetiva, mais complexa e mais presente. Onde o grande foco do parto normal é o resgate do nascimento, através da sua simplicidade e mudança de comportamento dos profissionais envolvidos.

De acordo com Santos et al. (2012) o parto é momento muito importante na vida da mulher no qual ela espera ansiosamente pela chegada do seu filho. Sendo necessário que este evento seja momento tranquilo e prazeroso para a parturiente para que seja marcado positivamente em sua memória. A assistência humanizada no trabalho de parto serve justamente para que seja descartado o uso indevido de procedimentos e medicações desnecessárias atrapalhando o transcorrer natural do parto.

Os Enfermeiros Obstetras que acompanham as parturientes durante o processo de parto devem entender a importância da comunicação em sua prática, sabendo ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que podem influenciar de modo significativo sua vivência no parto, promovendo assim o vínculo entre a equipe multiprofissional e a parturiente.

E para os autores Oliveira e Souza (2021) o que ocorre são inúmeras agressões que discriminam gênero, classe, etnia, condição social e excluem o empoderamento da mulher em uma sociedade que se modernizou, mas permanece com ações que excluem a mulher do seio social de "ser gente". Os hospitais, ao invés de acolher, se tornaram espaços onde a mulher é somente paciente e não tem controle nem mesmo do seu corpo, de forma desumanizada, sem liberdade de escolha, sem autonomia e protagonismo.

E para concluir os autores Coimbra, Santos e Santos (2021) respaldam que para instituir uma assistência humanizada visando reduzir ou até mesmo eliminar as complicações que as intervenções podem ocasionar nas mulheres, é necessário um trabalho em conjunto dos gestores e profissionais de saúde para oferecer um atendimento digno as gestantes, e proporcionar informações sobre o referido tema para que as pessoas saibam diferenciar o que é um procedimento necessário de um ato violento, podendo assim intervir e não deixar os seus direitos ofuscados e mascarados pela relevância em um achismo de que é normal.

É importante destacar ainda a realização de uma educação continuada desses profissionais de saúde, proporcionando debates e inovações das técnicas utilizadas na medicina obstétrica, bem como suas consequências na vida da mulher. Entende-se que a temática possui poucos estudos, sendo assim, faz-se necessário primeiramente o aprimoramento de estudos sobre a violência obstétrica bem como o despertar do poder público para regulamentar em lei a definição desse problema social. O aprofundamento do estudo é fundamental para romper essa violência, em um momento que deveria ser tão especial na vida da mulher.

Assim, a Enfermagem Obstétrica pode fazer uma grande diferença na assistência atual que se perpetua desde o início do século XX, onde o parto foi institucionalizado, pois segundo a Organização Mundial da Saúde e reafirmado pelo Ministério da Saúde por meio

de seu programa atual de humanização da Rede Cegonha, é a categoria profissional mais preparada para a mudança deste histórico brasileiro e consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento.

Gonçalves et al. (2011) descreve que mulher que opta pelo parto normal espera por cuidado humanizado, pois sabe que o processo de parturição pode provocar experiências negativas; contudo, para que esta impressão seja revertida, o modelo assistencial deve proporcionar um cuidado direcionado às suas necessidades e este cuidado deve ser aplicado também às rotinas e protocolos preestabelecidos do local do parto e aos profissionais diretamente ligados à assistência ao parto.

4. O QUADRO DE ABUSO OBSTÉTRICO

Segundo Tesseret et al. (2015), no Brasil a violência na atenção obstétrica é alta e muitas mulheres relatam terem sofrido maus-tratos durante o atendimento ao parto. Além do excesso de intervenções desnecessárias e a privação de uma assistência baseada em boas práticas, tais como parto em posição vertical, impossibilidade de se alimentar e de se movimentar durante o trabalho de parto e presença de um acompanhante. Para o autor a garantia à saúde materna e perinatal a prática da prevenção quaternária é indissociável do cuidado baseado em evidências científicas, da humanização do parto e do combate à violência, que deve ser encarada como questão prioritária, podendo até representar a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde.

Além dessa relação direta da violência, a má qualidade do atendimento, as restrições de acompanhante no parto, o abandono, as práticas e rotinas padronizadas não baseadas em evidências científicas, as relações hierarquizadas como cultura de atendimento do serviço, a morosidade no atendimento, organização precária do trabalho, também figuram a violência no âmbito do serviço, que pode ir além do momento de vivência da violência praticada (JUÁREZ et al., 2012; SOUZA, 2014).

As práticas prejudiciais ao parto ainda continuam a serem conduzidas com relação às parturientes, sendo demonstradas como forma de facilitação no momento do parto, e que os autoritarismos utilizados pelos profissionais muitas vezes são usados como forma de opressão aos sentimentos de desconhecer os procedimentos a serem realizados, porém sabedores da importância que o momento exige.

Carvalho et al. (2012) relata ainda, que muitos dos procedimentos são realizados sem o consentimento e o conhecimento da parturiente, sem levar em consideração a opinião das mesmas, para que seja a protagonista da sua história.

Nascimento et al. (2012) percebe a mudança nos atendimentos à parturiente, sendo irrefutável a melhoria que os estudos e as descobertas científicas proporcionaram ao campo da obstetrícia, e após a mudança do ambiente familiar para o âmbito hospitalar acarretou diversas técnicas, que distorcidas nem sempre propiciam para o binômio mãe-bebê a segurança e o bem-estar a que foram destinadas.

Para Santos et al. (2012) a promoção da assistência humanizada dependerá das medidas necessárias que incluem a realização de práticas benéficas, que evitem procedimentos intervencionistas, que por consequência prejudicariam o trabalho de parto. E que a enfermagem é peça fundamental na prevenção destas práticas que dificultam este momento tão esperado, pois no momento do nascimento deve ser observado e assistência todo o conjunto e não apenas considerar um ato fisiológico.

Carvalho et al. (2012) percebeu-se que alguns trabalhadores da saúde não levam em consideração as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, pois a experiência e a prática diária proporcionam que os mesmos tomem as medidas cabíveis relacionados a cada caso. E para que os profissionais da assistência o trabalho de parto, como regulamentam as diretrizes impostas pelas políticas nacionais de humanização seriam necessários investimento e fiscalização da instituição no comportamento de cada trabalhador, realizando medidas de orientação e até mesmo custeando cursos de educação permanente para que estas condutas possam ser cumpridas.

Ao investir na capacitação destes profissionais, consequentemente a qualidade da assistência terá um grande avanço, reduzindo os riscos materno-fetais. Segundo Nascimento et al. (2010), quando a parturiente está na presença de um acompanhante de sua escolha, propicia para mesma maior tranquilidade, onde o medo e a ansiedade reduzem durante o trabalho de parto, e quando as práticas assistenciais são implementadas de forma adequada, promovem uma sensação de liberdade e de coragem, mostrando para a equipe de saúde como as mulheres podem ser sujeitas ativas deste evento.

De acordo com Martins et al. (2009) o processo de parto compreendido como trabalho de parto e parto é considerado complexo e envolve a equipe de saúde com a mulher e sua família, compreende-se por cuidado o estar próximo da pessoa assistida, correspondendo as suas necessidades, respeitando suas particularidades. Para que a independência das escolhas da parturiente seja respeitada, a interação entre a equipe e a mulher no processo desde a gestação necessita se fundamentar no diálogo, sensibilizando o prazer de promover o bem-estar físico, espiritual, mental e social.

Segundo Frello e Carraro (2010) os profissionais podem se mostrar prestativos na assistência ao parto, encorajando a parturiente, esclarecendo todo procedimento a ser realizado, observando suas respostas de acordo com o manejo das práticas aplicadas, pois esse vínculo de confiança permitirá um melhor desempenho da parturiente diante do momento do parto. O psicológico da parturiente afeta diretamente o trabalho de parto e parto, necessitando de um amparo no cuidado para que ela o vivencie de maneira tranquila.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de existir muitas mudanças no período gestacional é preciso que os profissionais de enfermagem compreendam este cenário da mulher, buscando uma assistência prestada com qualidade, e um atendimento digno, com todas as informações do momento que ela se encontra, oferecendo-lhe apoio e práticas assistenciais efetivas, voltadas a responder seus anseios e duvidas, amenizando sua ansiedade, e acrescentando a elas, através de ações educativas, mais conhecimento sobre a evolução da gestação e mudanças ocorridas.

Enfim, a assistência é de grande importância para a mulher, onde se disponibiliza a atender as reais necessidades da gestante de forma digna e com qualidade, prestando-lhe um acompanhamento humanizado e acolhedor contribuindo com a educação em saúde e socializando com seus devidos conhecimentos.

Com a análise dos artigos pode-se observar a importância desta temática, que deve nos levar a refletir as atitudes a serem tomadas para inserir a melhor maneira na assistência na hora do parto, pois é preciso mudar a forma de agir e pensar a respeito do atendimento prestado, para que possamos conscientizar a categoria de enfermagem, na figura do profissional enfermeiro, que uma assistência melhor na unidade básica de saúde.

É relevante ressaltar que a capacitação dos profissionais que seguem desde o pré-natal é de suma relevância no acompanhamento à gestante, essas atuações visam seu bem-estar físico e mental, preparando-as para a maternidade, porquanto uma assistência humanizada é efetivo durante todo o procedimento de pré-parto e puerpério.

Por conclusão, faz-se imprescindível o desenvolvimento de campanhas e cursos de aperfeiçoamento profissional, que apontem o combate à violência obstétrica. É conciso que atue uma reforma na assistência prestada, fundamentada especialmente na humanização, poupando a autonomia da mulher para que a mesma se sinta protagonista desse período.

Referências

AMORIM, Amanda Christina Oliveira; OLIVEIRA, Stéfani Silva de. **Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais da saúde**: revisão integrativa. Orientador: Gabriela da Silva Pires. 2019. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://dspace.uniceplac..edu.br/handle/123456789/271. Acesso em: 03 maio de 2022.

AMORIM, Amanda Christina Oliveira; OLIVEIRA, Stéfani Silva de. **Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais da saúde**: revisão integrativa. Orientador: Gabriela da Silva Pires. 2019. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://dspace.uniceplac..edu.br/handle/123456789/271. Acesso em: 03 maio de 2022.

ANDRADE, P. O. N.; SILVA, J. Q. P.; DINIZ, C. M. M.; CAMINHA, M. F. C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,** Recife , v. 16, n. 1, p. 29-37, Mar. 2016.

BARRÍA, R.M. Implementing evidence-based practice: a challenge for the nursing practice.**Investimento Educacional na Enfermagem**, v. 32, n. 2, 2016

BIANCHI WM, NOBRE MR, JATENE FB. Evidence-based clinical practice. Part II—Searching evidence databases. **Rev Assoc Med Bras** 2016 J

CAMILO BS, NIETSCHE EA, SALBEGO C, CASSENOTE LG, OSTO DS, BOCK A. Ações de educação em saúde na atenção básica à gestante e puérpera: revisão integrativa. **Rev Enferm** UFPE On Line. 2016

CARLOS GA, MATOZINHOS FP, CARMO JM, MANZO BF, DUARTE ED, SOUZA KV, et al. Profile of the participants of an advanced course in obstetric nursing. **Rev Min Enferm.** 2019

COIMBRA, H.; SANTOS, L. F. dos; SANTOS, M. V. F. A humanização do parto e a equipe multiprofissional como instrumento para o enfrentamento da violência obstétrica. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento,** [S. l.], v. 10, n. 12, p. e217101220496, 2021. DOI: 10.33448/rsd- v10i12.20496. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20496. Acesso em: 03 maio de 2022.

COSTA MJC, BATISTA Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev Panam Salud Publica**. 2016;33(5):356–62.

GOMES, Rosana Alves de et al. A violência obstétrica na percepção dos profissionais que assistem ao parto. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 91, n. 29, 2020. Disponível em: http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/563/614. Acesso em: 03 maio de 2022.

MADEIRO AP, RUFINO AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Cien Saude Colet.** 2017.

MARRERO L, BRÜGGEMANN, OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. **Rev Bras Enferm**. 2018.

MELO, Aline da Silva et al. Assistência de enfermagem frente à violência obstétrica: um enfoque nos aspectos físicos e psicológicos. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 83635-83650, 2020. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19127/15361. Acesso em: 03 maio de 2022.

NUNES, Danilo Henrique; ABÍLIO, Adriana Galvão. Boas práticas no combate à violência obstétrica. *In.:*

Anais do Congresso Internacional da Rede Iberoamericana de Pesquisa em Seguridade Social. 2019. p. 143-155. Disponível em: https://revistas.unaerp.br/rede/article/view/1565. Acesso em: 03 maio de 2022.

OLIVEIRA, Alaide Liziane Lopes da Silva de; SOUZA, Daiane do Nascimento Paiva. **Contribuições da enfermagem para prevenção da violência obstétrica**. Orientador: Karina Brito da Costa Ogliari. 2021. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, Faculdade de Enfermagem, Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/945. Acesso em: 03 maio de 2022.

OLIVEIRA, Mariana Roma Ribeiro de; ELIAS, Elayne Arantes; OLIVEIRA, Sara Ribeiro de. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line,** [S. l.], v. 14, maio. 2020. ISSN 1981-8963. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243996/35217. Acesso em: 03 maio de 2022.

ORTEGA, Iván Mauricio Alcocer et al. Violência obstétrica no hospital San José de Taisha, ano 2020. **Más Vita**, v. 3, n. 1 p. 66-84, 2021.

PÉREZ BAG, OLIVEIRA EV, LAGO MS. Percepções de Puérperas vítimas de Violência Institucional durante o Trabalho de Parto e Parto. Revista Enfermagem Contemporânea. 2015

POSSATI AB, PRATES LA, CREMONESE L, SCARTON J, ALVES CN, RESSEL LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. Esc Anna Nery. 2017

SANTOS, Ana Caroline Resende dos et al. O parto humanizado sob perspectivas da equipe multiprofissional hospitalar e da família. **CIPEEX**, v. 2, p. 1017-1037, 2018. Disponível em: http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2889. Acesso em: 03 maio de 2022.

SILVA, Thalita Monteiro da et al. Violência obstétrica: abordagem do tema na formação de enfermeiras obstétricas. **Acta Paul Enferm**., v. 33, eAPE20190146, out. 2020. Disponível em: https://acta-ape.org/en/article/obstetric-violence-theme-approach-in-the-training-of-certified-nurse- midwives/. Acesso em: 03 maio de 2022.

WARMLING CM, FAJARDO AP, MEYER DE, BEDOS C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cad Saude Publica.** 2018.

ZANARDO G.L.P, URIBES M.C, NADAL A.H.R, HABIGZAG L.F. **Violencia obstétrica no Brasil.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil. 2017.

ANEXO

AUTOR/ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS ACHADOS
Santos et al. (2018)	Analisar a importância do parto humanizado bem como os cuidados as mulheres na hora do parto.	A análise reflexiva presente no texto evidencia o parto humanizado como instrumento fundamental para fortalecer os princípios que valorizam os direitos das mulheres e da introdução de um olhar mais humanitário no processo do parto.
Amorim e Oliveira (2019)	Verificar a percepção dos profissionais da saúde quanto ao conceito de violência obstétrica, descrever os tipos de violência e como os profissionais percebem isso.	Os profissionais da área de saúde conceituam violência obstétrica como falta de recursos para a realização de um bom trabalho nos serviços de saúde, violência institucional, verbal, física, psicológica e/ou moral e a falta de comunicação e educação em saúde.
Nunes e Abílio (2019)	aprofundar, ainda, no tema das questões de gênero sob os dois olhares – da medicina e do direito, promovendo o debate sobre a importância do papel da mulher como protagonista de suas próprias escolhas, sua a individualidade biológica e, por fim, o uso de procedimentos com respaldo científico.	Ademais, não se pode perder de vista os objetivos decorrentes do principal que são a formação ético-profissional de futuros médicos e a conscientização da classe para a importância dos direitos humanos da mulher, figura alijada historicamente, mas que tem ganhado vez e voz na sociedade mundial e brasileira contemporânea.
Silva et al. (2020)	Construir o Discurso do Sujeito Coletivo de Enfermeiros pós-graduandos em Enfermagem Obstétrica sobre a violência obstétrica.	A formação dos profissionais Enfermeiros na temática da violência obstétrica deve ser mais ampla, pois eles são coadjuvantes dessas experiências, e nelas desempenham importante papel ao oferecer a qualidade de atendimento de saúde que as mulheres necessitam e merecem enquanto cidadãs de direito.
Ortega et al. (2020)	Descrever sobre a assistência da equipe multiprofissional na prevenção da violência obstétrica.	Dessa forma, é necessária a formação contínua dos profissionais para que realizem toda a assistência de forma humanizada, assim, reduzindo ou mesmo eliminando as complicações que as intervenções podem trazer às mulheres. Enfatiza-se ainda, que a equipe precisa distinguir os procedimentos necessários dos atos violentos para que possam intervir sem que os desejos e direitos maternos sejam violados.
Oliveira, Elias e Oliveira (2020)	Compreender o significado da violência obstétrica para mulheres.	Evidenciou-se a necessidade de um fortalecimento da consulta de pré-natal proporcionada pelo enfermeiro, abordando temas diversos e reflexivos, e ofertando uma saúde integral de qualidade, curativa e preventiva.

Melo et al. (2020)	Construir o Discurso do Sujeito Coletivo de Enfermeiros pós-graduandos em Enfermagem Obstétrica sobre a violência obstétrica.	Por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, foi possível observar, parcialmente, a importância da formação dos Enfermeiros, visto que possibilitam a contribuição de cuidado integral, corroborando para um processo fisiológico, que pode reduzir a violência obstétrica.
Gomes et al. (2020)	Conhecer a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros de um hospital público de referência materno-infantil acerca a violência obstétrica.	Assim, torna-se importante, introduzir o tema da violência obstétrica nas discussões atualizadas, através de uma abordagem multidisciplinar, incentivando pesquisas e produções sobre o problema em questão, no sentido de sensibilizar e voltar as atenções à essa problemática em todos os períodos do parto.
Oliveira e Souza (2021)		A violência tem consequências, tanto para a mãe quanto para o bebê e para que isso não aconteça é preciso que este seja um momento natural, humanizado, acolhedor e não se torne algo patológico e traumática, por meio do uso de intervenções inadequadas, medicações desnecessárias e tirando o protagonismo da mulher que deve ser valorizada na ação.
Coimbra, Santos e Santos (2021)	Analisar criticamente os mais variados aspectos da violência obstétrica visando promover a qualidade de atendimento à mulher, para que ela seja assistida de forma digna e respeitosa.	Evidenciou-se que a enfermagem possui um papel importantíssimo na assistência à parturiente, pois trata-se do profissional que permanece mais tempo ao lado do paciente em parturição, que houve da mãe seus medos e anseios quanto ao parto

3

A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE GESTANTE EM ALTO RISCO

NURSING ASSISTANCE IN THE PRENATAL CARE OF HIGH-RISK PREGNANT WOMEN

Francilene Tinoco da Silva

Érica Patrícia Campos Rocha

Maria Elda Vieira da Silva

Matheus Vinícus de Queiroz Martins Brandão

Tassia Kelen Cabral Santos

Resumo

A presente pesquisa abordou sobre a assistência da enfermagem no pré-natal de gestante em alto risco. Embora a gravidez seja uma fase importante na vida de uma mulher, quando se trata de uma gravidez de alto risco, pode haver riscos tanto para a mãe quanto para o feto. Quando existe a possibilidade de a gravidez ter um desfecho desfavorável para a mãe e na presença de fatores de risco, a gravidez é considerada de alto risco. Como resultado, pode resultar em problemas de saúde ou até mesmo na morte da mãe ou do feto. O objetivo geral buscou compreender a importância do enfermeiro no atendimento do pré-natal para gestantes de alto risco. O tipo de pesquisa realizado neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis. Conclui-se, portanto que o objetivo foi alcançando onde buscou-se compreender a importância do enfermeiro no atendimento do pré-natal para gestantes de alto risco. Como contribuição acadêmica a pesquisa busca apresentar a importância do pré-natal para gestantes de alto risco, que necessitam de atendimento e acolhimento devido às condições de risco que se encontram. Para a sociedade de modo geral é a importância do pré-natal e seus benefícios para com os cuidados com mãe e filho.

Palavras-chave: Gestação. Pré-natal. Alto Risco. Prevenção. Enfermagem.

Abstract

This research addressed nursing care in prenatal care for high-risk pregnant women. While pregnancy is an important phase in a woman's life, when it comes to a high-risk pregnancy, there can be risks for both the mother and the fetus. When there is a possibility that a pregnancy will have an unfavorable outcome for the mother and in the presence of risk factors, the pregnancy is considered high risk. As a result, it can result in health problems or even death for the mother or fetus. The general objective sought to understand the importance of nurses in prenatal care for high-risk pregnant women. The type of research carried out in this work was a Qualitative and Descriptive Literature Review, in which books, dissertations and scientific articles and specialized websites were consulted. It is concluded, therefore, that the objective was to reach where we sought to understand the importance of nurses in prenatal care for high-risk pregnant women. As an academic contribution, the research seeks to present the importance of prenatal care for high-risk pregnant women, which provide shelter and care due to the risk conditions they are in. For society in general, it is the importance of prenatal care and its benefits for mother and child care.

Keywords: Gestation. Prenatal. High risk. Prevention. Nursing.t.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é uma das fases mais importantes da vida de uma mulher, porém pode ser um período de sofrimento quando não é desejada ou por motivos de comprometimento da gravidez causando assim problemas de saúde ou até mesmo a morte materna. Nesse sentido mesmo sendo um processo fisiológico para a reprodução humana, a gestação pode causar danos para o feto e para a mãe.

O pré-natal de alto risco refere-se ao processo de acompanhamento que é feito em uma gestante que possui doença prévia ou por uma gestação de risco de segunda vez nesse contexto sugere-se que a gravidez seja de alto risco. Logo ela se enquadra em um pré-natal de risco onde três condições são levadas em consideração: mulheres com doenças crônicas e prévias na gestação, gestação anterior com alto risco e doenças que oferecem risco a vida da mãe e do bebê.

Dentro desse contexto o pré-natal e o assistencialismo de enfermagem são fundamentais para garantir a saúde da criança e do bebê, sendo recomendado o acompanhamento durante toda a gestação. O quadro de alto risco contém histórico de hipertensão, abortos de repetição e deslocamento prévio de placenta e entre outros. Todos esses quadros devem ser observados durante o acompanhamento do pré-natal. Surge assim uma problemática a ser analisada: Qual a importância da assistência de enfermagem no pré-natal das gestantes de alto risco?

O objetivo geral buscou compreender a importância do enfermeiro no atendimento do pré-natal para gestantes de alto risco. Já os objetivos específicos buscaram: definir a fisiologia da gestação, estudar a gestação de alto risco e a importância do pré-natal para a prevenção e definir a atuação do enfermeiro para formação o atendimento e assistencialismo da gestante de alto risco.

O tipo de pesquisa realizado neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis. Os principais autores consultados foram: Barbosa (2011), Paris (2013) e Teixeira (2010). O período dos artigos pesquisados foram os trabalhos publicados nos últimos 10 anos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Gestação, Pré-natal, Alto Risco, Prevenção e Enfermagem.

2. FISIOLOGIA DA GRAVIDEZ

Começando com os primeiros relacionamentos e identificações entre as mulheres, a formação da maternidade progride através do desenvolvimento da primeira infância, da puberdade, do desejo de ter filhos e, finalmente, da gravidez. Outros processos, como elementos transgeracionais e culturais que têm associações diretas com a antecipação de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família quanto dentro de uma determinada sociedade, também contribuem para a gestação (ZAMPIERI, 2016).

Muitos autores descrevem e relatam a compreensão da gravidez como um período de preparação psicológica para o início da maternidade, durante o qual mãe e filho estabelecem contato. Conforme afirmado por Branden em 2000, este tipo de concepção é encontrado durante o período pós-parto após o termo "nova mãe" ter sido criticado. A relação pais-filhos começa ainda na vida intrauterina e se desenvolve ao longo da vida (ARAÚJO, 2012).

Uma das fases mais significativas da vida de uma mulher e das responsabilidades que ela carrega para a sociedade é a gravidez. Nesse período, ela transita do papel de filha para o de mãe, reajustando sua relação conjugal, situação socioeconômica e atividades profissionais. Ela também pode trazer de volta memórias antigas durante este tempo. Todas essas mudanças são decorrentes do processo gravídico e podem trazer diversas dificuldades e adaptações para a mulher (BRASIL, 2012).

Numerosas mudanças em muitas áreas diferentes, incluindo biológica, psicológica, social e somática, são vivenciadas ao longo desse período, cada uma tendo um impacto único e significativo na vida das mulheres que as vivenciam. É importante lembrar que durante esse processo podem ocorrer vários conflitos inconscientes que se dispersam na forma de sonhos ou sintomas. Nessa situação, conflitos psicológicos podem surgir e fazem parte do processo gestacional, mas devem ser monitorados (VIEIRA et al., 2014).

O ciclo biológico é dividido em três fases, sendo a gestação uma dessas fases. Embora a gestação seja um fenômeno natural, ela pode causar inúmeros desconfortos na mulher devido a diversas alterações em seus ovários. Para que ocorra esse tipo de adaptação, mudanças físicas devem ser feitas para criar condições para a gravidez e o trabalho de parto, bem como mudanças emocionais que servem para preparar a mãe tanto para o momento do parto quanto para o processo de tornar-se mãe (SILVA et al., 2015).

É preciso ressaltar que a gestação é dividida em três períodos, os quais são conhecidos como trimestres, sendo que cada um deles possui características próprias. Entre o primeiro e o segundo trimestre da gravidez, entre 40% a 60% das mulheres grávidas apresentam náuseas, vômitos, enjoos (frequentemente mitutinosos) e ptialismo. No entanto, no último trimestre da gravidez, ocorrem mudanças emocionais que se tornam mais pronunciadas devido a mudanças no nível de interferência do interesse sexual do corpo (SANTOS et al., 2012).

A respiração torna-se mais lenta, os movimentos fetais tornam-se mais intensos, a insônia torna-se mais comum, juntamente com dores lombares, aumento da frequência urinária, aumento da ocorrência de cibras e mais edemas e varizes. Todos esses sintomas começam a se tornar mais óbvios no final deste trimestre. Todo desconforto que uma gestante sente está ligado a uma série de emoções que fazem parte da gravidez e podem ou não prejudicar a saúde mental da mulher (LIMA et al., 2014).

Normalmente, durante o segundo trimestre de gravidez, o abdômen cresce, o volume das vozes das mães aumenta, a circunferência do colo do útero aumenta e os movimentos fetais tornam-se mais perceptíveis. Além disso, as alterações emocionais tornam-se mais prevalentes. As alterações na pele da gestante incluem o aumento da pigmentação e da oleosidade, assim como o surgimento de acne. Toda a pressão uterina sobre a aorta ascendente reduz a perfusão uteroplacentária e renal, o que leva ao desenvolvimento de hipertensão supina e bradicardia (MOIRA, 2017).

Alterações no sistema digestivo incluem alterações no apetite, desejo por alimentos anteriormente desnecessários, refluxo ácido, constipação e flatulência devido a alterações na motilidade gastrointestinal. Essas mudanças podem ou não levar a mudanças nos hábitos alimentares e aumento do consumo de líquidos (NERY; TOCANTINS, 2006).

No entanto, devido às mudanças físicas significativas e ao nível de desconforto que afetam diretamente o interesse sexual no último trimestre da gravidez, as mudanças emocionais frequentemente se tornam mais pronunciadas. Insônia, dor lombar, constipação, edemas que causam mais desconforto para a gestante, além de uma variedade de emoções contraditórias, tudo começa a se agravar no final deste trimestre (OLIVEIRA, 2015).

Todo o ciclo gestacional dura em média 40 semanas, mas também é possível denominá-lo como duração gestacional. Normalmente existem 280 dias, que podem ser divididos em três trimestres para um total de três trimestres: o primeiro trimestre abrange o primeiro ao quarto mês, o segundo ao quinto ao sexto e o sétimo ao nono mês de gravidez (RIBEIRO, 2011).

Todas as alterações morfológicas e físicas que o organismo uterino experimenta durante esses onze meses de gravidez são consideradas lesões graves e multifacetadas. Essa integração visa proporcionar as condições necessárias para o processo de desenvolvimento fetal em harmonia com o sistema uterino. Em resposta a estímulos fetais ou fetais, a maioria dessas adaptações ocorre. O objetivo principal inclui não apenas o desenvolvimento do feto, mas também a preparação da mãe tanto para o parto quanto para a amamentação (ARAÚJO, 2012).

3. A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento do recém-nascido começa antes mesmo de ele nascer, atentando para a saúde da mãe e do nascituro. A assistência pré-natal em sua integralidade que se inicia no momento adequado cria uma assistência qualificada e humanizada que atua como integradora da atenção à saúde da mãe de média e alta complexidade (BRASIL, 2012).

Diante dessa situação, surge uma rede de atendimento no esforço de atender as necessidades das gestantes e dos recém-nascidos. O Ministério da Saúde instituiu a assistência de profissionais médicos com atendimento até na sala de parto, o que foi necessário para o desenvolvimento desse tipo de atendimento (BRANDEN, 2000).

Apesar de ser um fenômeno fisiológico que, em sua maioria, apresenta desenvolvimento ininterrupto, a gravidez requer cuidados especiais que devem ser prestados com o auxílio do pré-natal. Este atendimento tem como principal objetivo acolher e acompanhar as gestantes durante o período gestacional, que pode ou não ser marcado por alterações no estado emocional e físico da mulher (BAULI, 2010).

De acordo com relatórios do Ministério da Saúde, o objetivo principal do cuidado pré-natal e pós-parto é garantir que a mãe seja apoiada durante toda a gravidez, a fim de garantir o nascimento saudável da criança e promover o bem-estar neonatal e materno (BRASIL, 2012).

Em suas estatísticas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que a ausência de um pré-natal adequado levou a uma alta taxa de mortalidade no Brasil, com 45,2 mulheres morrendo durante a gravidez, parto ou puerpério para cada 89.000 nascidos vivos. Essas mortes têm ligação direta com a assistência médica inadequada, sendo as causas mais frequentes: infecções, hemorragias e hipertensão (BRANDEN, 2000).

A assistência pré-natal pode ser entendida como um conjunto de procedimentos cujo objetivo combinado é prevenir, diagnosticar e tratar possíveis problemas indesejáveis que possam surgir durante o curso da gravidez. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2005, considerando a necessidade de intensificar esforços para atingir as metas que reduziriam a taxa de mortalidade neonatal e materna (CAMBIAGHI, 2001).

A mãe fornece um ambiente acolhedor para o bebê durante o período gestacional, para que ele possa se desenvolver e crescer. Imediatamente após o nascimento do bebê, esse tipo de união termina e novas conexões são feitas com a criança por meio de outras

pessoas. Esse tipo de cuidado pode ser dado por meio de sugestões, práticas e aconselhamentos que visam ajudar os pais a se adaptarem a essa nova rotina. É fundamental que os profissionais comecem a educar os pais sobre as necessidades do bebê. O procedimento de orientação inclui esses cuidados de banheiro, higiene, vestimenta e segurança (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

Todas as orientações dadas às gestantes durante as consultas sobre o estado do bebê são voltadas principalmente para o atendimento biomédico. O desenvolvimento de conhecimentos técnicos e práticos sobre como cuidar da saúde e do bem-estar do bebê resulta desse tipo de comunicação com as famílias. O recém-nascido (RN) e a família devem, inevitavelmente, receber apoio da atenção primária assim que o paciente for admitido no hospital. Devido ao processo de adaptação, este é o período de tempo considerado o mais moldado (RIBEIRO, 2011).

A implementação da triagem pré-natal desempenhará um papel crucial na detecção precoce de possíveis doenças fetais e maternas, promovendo assim o desenvolvimento saudável do feto e diminuindo a probabilidade de que a gestante sofra quaisquer efeitos negativos. Promover a compreensão de todo o processo gestacional depende da possibilidade de troca de experiências (BRASIL, 2012).

O sucesso do acompanhamento pré-natal depende de alguns fatores-chave que estão diretamente relacionados ao envolvimento da futura mãe e sua família, que trabalham para reconhecer a importância do acompanhamento pré-natal, bem como as inúmeras mudanças que uma futura mãe pode experimentar como resultado de gravidez. É fundamental que a gestante e os profissionais de saúde trabalhem juntos para que tudo corra bem durante a gravidez (ARAÚJO, 2012).

4. ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE GESTANTE EM ALTO RISCO

O enfermeiro desempenha um papel fundamental para garantir um pré-natal com qualidade, onde a equipe realiza uma assistência humanizada e com qualidade que tem como base a atenção às queixas da paciente, executando e prescrevendo os cuidados necessários, assim como a orientação de qualidade durante o atendimento. A meta é assegurar uma gestação segura sem que ocorra nenhum tipo de intercorrência e que sejam minimizados os agravos que podem ocorrer durante a gestação (BRANDEN, 2000).

Logo a assistência durante o pré-natal contribui para avaliar possíveis fatores de risco, assim como a identificação de problemas e agravos precoces, gerando resultado favorável pra o ciclo gravídico. Logo é necessário destacar que a gestação de alto risco pode se configurar como um momento em que é necessário a reclassificação em relação ao grau de risco que cada gestante tem em sua consulta de pré-natal, ou durante o parto (CAMBIAGHI, 2001).

Logo para garantir um pré-natal de qualidade é necessário que se tenha no mínimo seis consultas, devendo esta ser iniciado no primeiro tremeste, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Os intervalos por sua vez devem ter e quatro até completar as 36 semanas. Logo após esse intervalo devem ser em média de 15 dias. Em casos de gestantes que não comparecem, a equipe médica juntamente com os agentes de saúde deve realizar uma busca ativa (SANTOS et al., 2012).

Logo o pré-natal de alto risco busca preconizar o atendimento em gestantes através de uma equipe multidisciplinar, que incluir profissionais como enfermeiros. Dentro desse

tipo de ação do enfermeiro, é necessário destacar que a enfermagem permite a identificação de problemas reais e potenciais que juntos criam planos de ações que fazem parte dos cuidados necessários para o atendimento. Assim ainda na consulta é necessário reafirmar o compromisso com a mãe, assegurando suas necessidades e possibilitando um bom parto (ARAÚJO, 2012).

A consulta endócrina, que é uma atividade autónoma e privada do enfermeiro, têm como objetivo criar condições que promovam a saúde da grávida. O principal papel do enfermeiro nessas atividades é: educar as gestantes e seus familiares sobre a importância do pré-natal, nutrição adequada e suplementação alimentar; desenvolver atividades educativas individuais e coletivas com o objetivo de aproximar as gestantes da enfermaria, bem como da comunidade; o encaminhamento mais precoce possível para consultas médicas de gestantes que tenham recebido algum tipo de sinal de alerta que as designe como de alto risco; Realizar consultas pré-natais, solicitar exames pré-natais de acordo com a prática local, realizar exames físicos como exame de leite materno e amostras de colostro quando necessário e auxiliar a gestante (SILVA et al., 2015).

A consulta de enfermagem é fundamental porque permite uma comunicação direta com o doente, permitindo uma melhor compreensão da doença ou condição clínica que o assola e permitindo o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem adequada. A consulta ajuda a melhorar a saúde e o bem-estar da mãe e do feto, promovendo um ambiente seguro e de confiança durante a pré-concepção, perinatal, pós-parto e cuidados de maternidade (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

A gestante de risco deve ser encaminhada ao serviço de referência, sendo assegurado o atendimento no estabelecimento de origem desde o encaminhamento até o final da gestação, e com transporte facilitado entre os serviços de saúde, garantindo atendimento adequado e em tempo hábil. Durante a anamnese, a avaliação de risco deve ser individualizada com reavaliação do risco gestacional em todas as consultas de pré-natal (NERY; TOCANTINS, 2006).

A equipe responsável define a periodicidade das consultas com base nas necessidades e prioridades de cada gestante. A equipe médica que acompanha uma gravidez de alto risco deve levar em consideração os seguintes fatores: avaliação clínica, avaliação obstétrica, relação entre as condições clínicas da gestante e do bebê, escolha da via de parto e fatores emocionais e psicológicos. As verificações pré-natais mais importantes são aquelas relacionadas ao exame físico, incluindo peso da mãe, pressão arterial, altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) (ZAMPIERI, 2016).

Atender gestantes com maior risco de complicações envolve permitir que elas compreendam e aprendam com suas experiências únicas e coletivas sobre as experiências que podem expô-las a eventos patológicos que podem levar a vulnerabilidades que devem ser consideradas durante um bom pré-natal. O objetivo do cuidado de enfermagem deve ser entender a situação e focar nas necessidades da mãe, a fim de oferecer segurança, tranquilidade e capacidade de lidar com ela (VIEIRA et al., 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa pretende abordar sobre a importância do profissional de enfermagem na gravidez de alto risco, sendo esta considerada quando existe uma probabilidade de um resultado adverso para mulheres que possuem fatores de risco determinante. Esses riscos podem ter relação com doenças preexistentes ou intercorrências na gestação por causas químicas, ocupacionais, biológicas e orgânicas, assim como condições sociais e

demográficas e desfavoráveis. No Brasil esse quadro de gestação de alto risco tem relação direta com quadros de hipertensão arterial, diabetes gestacional e infecções.

A assistência a esse tipo de gestação de alto risco passou a ser um desafio para o sistema de saúde, já que uma parte da população não tem acessibilidade para fazer um pré-natal adequado. A assistência pré-natal pode ser compreendida como um conjunto de procedimentos que juntas buscam objetivar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de eventuais problemas indesejáveis que possam vir a ocorrer durante o período gestacional que contribui para assistência à gestante de alto risco.

Conclui-se, portanto que o objetivo foi alcançando onde buscou-se compreender a importância do enfermeiro no atendimento do pré-natal para gestantes de alto risco. Como contribuição acadêmica a pesquisa busca apresentar a importância do pré-natal para gestantes de alto risco, que necessitam de atendimento e acolhimento devido às condições de risco que se encontram. Para a sociedade de modo geral é a importância do pré-natal e seus benefícios para com os cuidados com mãe e filho.

Referências

ARAÚJO, L. de A. A Consulta de Enfermagem no Pré-Natal. In: Araujo, L. A.; Reis, A.T. (Org.). **Enfermagem na Prática Materno-Neonatal**. 1ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 42-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2012.

BAULI, J. D. **Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do Município de Maringá - Paraná.** [Dissertação de Mestrado em Enfermagem] Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR. 2010.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**, Reichmann & Affonso Editores, 2ºEd, Rio de Janeiro, p. 17, 2000.

CAMBIAGHI, A. S. **Manual da gestante:** orientações especiais para mulher grávida. São Paulo: Madras, 2001.

CAVALCANTI, V. G. S.; VIANA, L. de O.; GARCIA, N. I. **As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro:** repercussões para a atuação no município do rio de janeiro. Enfermería Global: n. 19, 2010.

CRUZ, D.C.S, SUMAM, N.S, SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recémnascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm**, USP, 41(4), p. 690-7, jul. 2007.

LIMA, J. C. et al. **Gestação Vida: oficina educacional para gestantes com abordagem multiprofissional em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Manaus**. Curitiba: Editora da UFPR, 2014.

MOIRA, S. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico [recurso eletrônico];** tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes. 3. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2017.

NERY, T. A.; TOCANTINS, F. R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o Significado da ação de assistir a gestante. **Rev. enferm**. UERJ Rio. 2006. v.14, n.1, p.87-92.

OLIVEIRA, J. D. G. de. **Atuação do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente:** percepções do profissional. Universidade Federal do Rio Grande do Norte Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi Curso Graduação em Enfermagem. Santa Cruz – RN. 2015.

RIBEIRO, Josiele Zorzolli Bretanha. **Importância das orientações no pré-natal: conhecendo a visão das puérperas.** 2011. 54f. Trabalho acadêmico – Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas – RS.

SANTOS, D. S. et al. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista brasileira de educação médica**. 2012. v. 36, n. 1, p. 62-67.

SILVA, D. C. da S. et al. Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 50-56, abr.-jun.,2015.

VIEIRA, B. D. G. et al; Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro. **Revista de pesquisa Cuidado é fundamental online**. v.6, n.2, p.1202-1211, 2014.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rede Enferm. Nord**., v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun., 2015. Acesso em: Disponível em: http://periodicos.ufc.br/renevol11n2_pdf/a15v11n2.pdf. 27 set. 2022.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota, et. al. **20 anos do grupo de gestantes e casais grávidos:** trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para os envolvidos. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

4

O PAPEL E AS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DIANTE O PARTO HUMANIZADO

THE ROLE AND PRACTICES OF NURSING PROFESSIONALS DURING HUMANIZED BIRTH

Andrielle Sousa da Silva Mendes

Tamires Carvalho Sousa Rodrigues

Erika Patrícia Campos Rocha

Hirllannya Santos Lopes

Iaila Bianca Fernandes Lima

Jennifan Carla Sanches Moreira

Luana França Borges Pereira

Maria Jordânia Novais Araujo

Nathalia Marinho Pereira

Rayanne Assunção Magalhães

Resumo

O processo de acolhimento vem recebendo um destaque importante no atendimento, como porta de entrada do usuário ao serviço de saúde, exigindo cada vez mais dos profissionais. O objetivo geral do presente estudo é analisar o perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento e as fundamentais características necessárias para um atendimento de qualidade. Torna-se de fundamental importância o preparo da parturiente para a proposta do parto humanizado desde o pré-natal, com o emprego das práticas humanizadas respaldado nas evidências científicas. Sendo assim a problemática que embasou esta pesquisa foi: Qual a importância da participação da equipe de enfermagem no parto humanizado? Tendo como objetivo geral: discutir a importância da participação da equipe de enfermagem no parto humanizado. E os objetivos específicos: estudar de maneira breve sobre a gravidez e ação do enfermeiro; entender as práticas que a equipe de enfermagem considera humanizadoras e apontar os cuidados necessários para dar uma assistência humanizada a parturiente e sua família, evidenciando o papel do enfermeiro. A pesquisa é do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica, com consultas em artigos publicados em bases de dados relevantes tais como: LILACS E SCIELO. Conclui-se que é de suma importância a participação da equipe de enfermagem no parto humanizado uma vez que o profissional de saúde no processo de acolhimento faz necessárias e evidentes aptidões peculiares assim como conhecer a realidade de sua demanda e das suas possibilidades para melhor atuar no processo de acolher o usuário.

Palavras-chave: Parto; Humanização; Enfermeiro; Saúde.

Abstract

The welcoming process has been receiving an important highlight in the service, as the user's gateway to the health service, demanding more and more from professionals. The general objective of this study is to analyze the profile of the health professional in the welcoming process and the fundamental characteristics necessary for quality care. It is of fundamental importance to prepare the parturient woman for the proposal of humanized childbirth since prenatal care, with the use of humanized practices supported by scientific evidence. Thus, the problem that supported this research was: What is the importance of the participation of the nursing team in humanized childbirth? Having as general objective: to discuss the importance of the participation of the nursing team in humanized delivery. And the specific objectives: to briefly study the pregnancy and the nurse's action; understand the practices that the nursing team considers humanizing and point out the necessary care to give humanized assistance to the parturient and her family, highlighting the role of the nurse. The research is descriptive, with a qualitative approach, carried out through a bibliographic review, with consultations on articles published in relevant databases such as: LILACS AND SCIELO. It is concluded that the participation of the nursing team in humanized childbirth is extremely important, since the health professional in the welcoming process makes necessary and evident peculiar skills as well as knowing the reality of their demand and their possibilities to better act in the process of welcoming the user.

Keyword: Childbirth; Humanization; Nurse; Cheers

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve mudanças físicas, sociais e emocionais, que se desenvolve de maneira saudável na maioria das vezes. Porém há alguns casos que por determinadas situações podem apresentar complicações, ao que pode ser denominada como gestação de alto risco, essa situação pode trazer riscos tento para a mãe quanto para o feto.

Portanto faz-se importante a participação da equipe de enfermagem no parto humanizado um bom acompanhamento do enfermeiro juntamente com sua equipe voltado para a gestante de risco, prestando esclarecimentos de dúvidas que poderão surgir e orientações sobre as possíveis mudanças que ocorrerão no seu corpo no período da gravidez, prezando sempre a humanização do cuidado.

O tema em questão é de grande relevância, pois vem trazer um conhecimento e um discernimento maior sobre o parto humanizado e a importância do papel do enfermeiro neste momento ao mesmo tempo difícil e importante para a mulher e sua família. Torna-se de fundamental importância o preparo da parturiente para a proposta do parto humanizado desde o pré-natal, com o emprego das práticas humanizadas respaldado nas evidências científicas.

Sendo assim a problemática que embasou esta pesquisa foi: Qual a importância da participação da equipe de enfermagem no parto humanizado?

Tendo como objetivo geral: discutir a importância da participação da equipe de enfermagem no parto humanizado. E os objetivos específicos: estudar de maneira breve sobre a gravidez e ação do enfermeiro; entender as práticas que a equipe de enfermagem considera humanizadoras e apontar os cuidados necessários para dar uma assistência humanizada a parturiente e sua família, evidenciando o papel do enfermeiro.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente artigo é do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica, com consultas em artigos publicados em bases de dados relevantes tais como: Literatura Latino Americano (LILACS) e Scientific Eletrônic Library Online (SCIELO). Para as pesquisas nas plataformas citadas, encaminharam-se os que apresentassem uma maior relevância para o estudo. Foram coletados artigos com os descritores e palavras-chaves “Parto”, “Humanização”, “Enfermeiro”, “Saúde”.

3. A GRAVIDEZ

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve mudanças físicas, sociais e emocionais, que se desenvolve de maneira saudável na maioria das vezes. Porém há alguns casos que por determinadas situações podem apresentar complicações, ao que pode ser denominada como gestação de alto risco, essa situação pode trazer riscos tento para a mãe quanto para o feto (SILVA *et al.*, 2013).

Portanto faz-se necessário um bom acompanhamento do enfermeiro juntamente com sua equipe voltado para a gestante de risco, prestando esclarecimentos de dúvidas que poderão surgir e orientações sobre as possíveis mudanças que ocorrerão no seu corpo

no período da gravidez, prezando sempre a humanização do cuidado (MEDEIROS *et al,* 2016).

A gestação é um momento único na vida da mulher, durante esse período ocorre uma série de mudanças, entre elas tem as mudanças emocionais, que vem acompanhada por diversas manifestações de sentimentos, por este e outros motivos requer uma atenção especial. A relação que é estabelecida entre amigos, familiar e até mesmo nos encontros de pré-natal deixa a gestante mais esperançosa e emotiva em relação à chegada tão esperada de seu filho (FILHO; COSTA, 2013).

As mudanças no corpo e as modificações hormonais, que ocorrem no período puerperal, são geralmente bem conhecidas por essas as mulheres, não somente no sentido físico, mais também no emocional. Lidar com essas transformações, estabelece uma relação com a subjetividade e conhecimento do seu corpo em particular. Por esta razão deve ser oferecido uma atenção maior voltada para a mãe puérpera, analisando as suas particularidades vivenciadas no seu dia a dia, conhecendo melhor seu meio cultural e social, para que a forma de cuidar se evolua de uma maneira mais harmoniosa. Contudo vale ressaltar que a assistência durante o período puerperal por os profissionais de saúde, tem se mostrado muito importante e indispensável, diante das experiências cotidianas dessas mulheres (SALIM; ARAÙJO; GUALDA, 2010).

A gravidez é uma experiência digna e complexa e onde a mulher vivencia seus aspectos diferentes durante seu ciclo gravídico puerperal com alterações biológica e emocional que envolve o enfermeiro e a família dentro da estratégia saúde da família com qualificação do profissional oferecendo-lhe os cuidados centrados nas necessidades da gestante com dignidade a o pré-natal adotando um programa voltado *á* saúde da mulher com o estimulo da participação da equipe de enfermagem prestando lhe uma assistência materna e neonatal. (DUARTE; MAMEDE, 2012).

A gestação é um período muito delicado e algumas vezes até complicado para a vida de uma mulher, pois tudo em seu corpo sofrerá transformações.

O modo como a maternidade ocorre põe frequentemente a gestante perante novas emoções, pensamentos, angústias e alegrias. Os medos pertinentes com a perda do recém-nascido, da sua própria autonomia, contrastam e equilibram – se de algum modo com a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe. Esse período, que vai da gravidez até o pós-parto distingue-se, para a mulher, como um conjunto de alterações biológicas, psicológicas, sociais e sexuais intensas, (GOZZO *et al*., 2000).

Apesar de existir muitas mudanças no período gestacional é preciso que os profissionais de enfermagem compreendam este cenário da mulher, buscando uma assistência prestada com qualidade, e um atendimento digno, com todas as informações do momento que ela se encontra, oferecendo-lhe apoio e práticas assistenciais efetivas, voltadas a responder seus anseios e duvidas, amenizando sua ansiedade, e acrescentando a elas, através de ações educativas, mais conhecimento sobre a evolução da gestação e mudanças ocorridas (MEDEIROS et al, 2016).

O pré-natal compreende a assistência à mulher desde a constatação da gravidez (concepção) até o início do trabalho de parto. Recomenda-se que a mulher inicie o pré-natal, o mais precocemente possível, ou seja, assim que seja diagnosticada a gravidez, para que, com o acompanhamento devido, possa ser observado o desenvolvimento do seu estado gestacional e possíveis desníveis ou intercorrências, que possam colocar em risco a sua vida e a do feto. É direito da mulher que tenha um acompanhamento pela equipe de saúde da família de seu bairro ou área, tendo consultas regulares, com o médico e enfermeiro responsáveis pela equipe, que deve prestar uma assistência ao pré-natal de

qualidade (BRASIL, 2012).

Pode-se considerar que na base da atenção ao pré-natal de baixo risco encontra-se a promoção da educação em saúde, com uma série de ações que visam atingir de forma efetiva a atenção primária a assistência à mulher, garantindo um processo gestacional seguro e saudável que resulte um nascimento seguro nas bases humanitárias (SOUZA, *et al*., 2013).

A educação em saúde promove uma interatividade entre as pessoas envolvidas, visando o empoderamento dos sujeitos, onde possibilita a gestante uma maior segurança e amenização de futuras complicações relacionadas à gestação, parto, pós-parto até o puerpério, além de diminuir o nível de frustação e ansiedade com relação ao período gestacional de transição que estão vivenciando (SOUSA *et al*., 2011).

Na Atenção Básica as ações atribuídas pelo enfermeiro na estratégia saúdem da família, devem promover uma assistência integral à saúde da gestante no pré-natal, assumindo um papel fundamental no hábito de cuidar e no desenvolvimento de estratégias dinâmicas de educação em saúde, no processo de acompanhamento destas gestantes, pela equipe de saúde da família (PAULA *et al*., 2013).

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde realiza suas práticas assistenciais desenvolvidas nas unidades de saúde, procura desenvolver, junto à população assistida pela sua equipe, ações de controle social, destacando-se entre suas práticas, a assistência a gestante no pré-natal. As ações de enfermagem dentro da unidade de saúde são planejadas e executadas de maneira sistemática a fim de garantir um bom relacionamento com a população e melhoria da sua assistência (MORAIS *et al*, 2013).

O enfermeiro desenvolve práticas assistenciais de educação em saúde, nas diversas fases da gravidez, assistindo sempre a pessoa de forma holística, procurando observar as necessidades e a realidade de cada individua e da população da área de alcance da equipe de atenção básica (LENISE *et al.*, 2012).

Deve também proporcionar informações claras e precisas para atender as pacientes no período gestacional, de forma íntegra e equânime, construindo um momento acolhedor e um vínculo afetivo com a gestante, como uma forma de estratégia do profissional demonstrando seu conhecimento e domínio na assistência no pré-natal (SILVA *et al*., 2010).

Assim, a atuação do enfermeiro desde o início da gravidez até o parto e o puerpério se torna fundamental, permitindo o apoio e segurança, e mostrando a importância e as realizações das consultas do pré-natal construindo-se um novo olhar à gestante com um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, de forma humanizada, contribuindo para que a gestante mantenha seu domínio efetivo com o profissional enfermeiro (DUARTE; MAMEDE, 2012).

Tem sido alvo importante para o enfermeiro, em suas ações individuais e coletivas, as ações educativas, pois estas possibilitam a gestante autonomia no agir, buscando realizar práticas educativas na unidade básica de saúde, orientando sobre as consultas de enfermagem, e sobre o início precoce do pré-natal, incluindo os exames a serem realizados e as vacinas, criando grupos dinâmicos com as gestantes, onde o enfermeiro compartilha os saberes detectados. Estas ações buscam devolver um laço de confiança entre a equipe e a mulher, tirando as dúvidas que surgem no decorrer da gestação de forma qualificada, dando-lhe o acompanhamento digno e mostrando as estratégias que são atribuídas pelo enfermeiro nas unidades de saúde. (DUARTE *et al*., 2014).

As práticas educativas no pré-natal que são desenvolvidas pela equipe de enfermagem dentro da estratégia saúdem da família (ESF), são realizadas pelo médico, enfermei-

ro, técnico de enfermagem, podendo ser desenvolvidas nas unidades de saúde, através de visitas domiciliares, quando informada a necessidade desta pelo agente comunitário de saúde (ACS). O enfermeiro, através de suas ações de enfermagem exercidas nas consultas individuais e coletivas as gestantes, são capazes de detectar problemas que podem surgir no desenvolvimento dos estágios da gestação, além de agir de forma holística, observando o bem-estar físico emocional e os desconfortos que está mulher pode estar sentindo ao longo da gestação (SILVA *et al.,* 2014 apud GUERREIRO *et al*., 2014).

Pode-se considerar que na atenção básica desenvolve ações educativas realizadas pelos enfermeiros com as ações voltadas para o acolhimento de avaliação de riscos das gestantes realizando-se um pré-natal de qualidade e os cuidados á saúde da gestante oferecendo ações de educação em saúde que estimulam a mulher para o parto normal ampliando os conhecimentos e contribuindo para a ampliação do conhecimento com uma assistência com equidade (BRASIL, 2012).

O Pré-natal é um processo de acompanhamento onde proporciona o diagnóstico de várias patologias que surgem durante a gestação, dever ser iniciado assim que a possibilidade da gravidez for detectada pelo atraso menstrual visando que os resultados alcançados serão melhores quanto antes for iniciado as consultas, com informações educativas sobre o parto e os cuidados com a criança, orientando sobre os hábitos da vida, higienização, amamentação, e alimentação buscando prestar uma assistência adequada e com qualidade (NUNES *et al*., 2011).

A realização de um pré-natal de forma humanizada e de qualidade tem um papel fundamental da atuação do enfermeiro diante da saúde materna e neonatal da criança e onde o enfermeiro busca suprir as necessidades que as gestantes procuram por um momento acolhedor de maneira diferenciada á saúde da mulher a fim de priorizar uma atenção qualificada no processo gestacional e oferecer um suporte emocional e proporcionar um espaço onde a gestante possa viver uma gestação de forma digna e prazerosa (KARINE *et al.,* 2012 *apud* SANTOS *et al*., 2016).

A gravidez é uma experiência digna e complexa e onde a mulher vivencia seus aspectos diferentes durante seu ciclo gravídico puerperal com alterações biológica e emocional que envolve o enfermeiro e a família dentro da estratégia saúde da família com qualificação do profissional oferecendo-lhe os cuidados centrados nas necessidades da gestante com dignidade a o pré-natal adotando um programa voltado á saúde da mulher com o estimulo da participação da equipe de enfermagem prestando lhe uma assistência materna e neonatal. (DUARTE; MAMEDE, 2012).

4. AS PRÁTICAS QUE A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONSIDERA HUMANIZADORAS

Com o surgimento de novas medidas e ações políticas que busquem uma melhoria do atendimento o Ministério da Saúde por meio do SUS preconiza princípios universais de acesso da população aos serviços de saúde com qualidade, na forma de recepcioná-la constituindo-se como pontos importantes a serem considerado processo de acolhimento, como porta de entrada (DUARTE; MAMEDE, 2012).

Segundo Ferreira (1975), acolher é recepcionar, promover, receber, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, atender, admitir.

Atualmente o primeiro contato do usuário com o profissional de saúde é caracterizado como parte do processo de acolhimento juntamente com a prestação de serviço, fazen-

do parte da Política Nacional de Humanização no qual se implica com ênfase uma escuta qualificada, em uma postura ética, com uma visão holística, diretamente caminhando de encontro às necessidades dos usuários ao procurar os serviços de saúde (DELFINO *et al*., 2012).

Paidéia (2001, p.23) relata em um contexto direcionado ao serviço de saúde que o acolher "deve ser realizado por toda equipe de saúde, receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela". O trabalho da equipe que cuida e presta serviços favorecem o acesso otimizando seu serviço, proporcionando uma forma de interação entre profissionais e usuário, evitando desgastes nos demais níveis de atenção, deste modo criando um vínculo, enaltecendo os aspectos sociais, concomitantemente aos aspectos técnico-científicos (BRASIL, 2004).

O processo de acolhimento envolve uma corresponsabilidade do profissional quanto do usuário, tornando-se fundamental a observação de uma forma integral da complexidade de interesses, necessitando muitas vezes um olhar mais qualificado (JÚNIOR E MASXARENHAS, 2004).

Pires, (2000, p. 91) enfatiza:

> Que é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde.
>
> Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade.

A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Souza (2003) destaca que, trabalhadores mais jovens são mais adequados, para determinadas funções, dado a energia, a disposição necessária das atividades que exercem na assistência aos usuários.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) avaliam aspectos conceituais e metodológicos onde identificam quatro dimensões do 'acolhimento': 'acesso' - 'postura' - escuta e atitude profissional, 'técnica' – profissional qualificado para o trabalho em equipe, capacitado com aquisição de tecnologias, saberes e práticas; 'reorientação de serviços' - processo de trabalho de acolhimento, construindo uma relação de confiança entre profissionais e usuários.

Assim, o 'acolhimento' é visto como uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', em identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, com um olhar holístico e ampliando a capacidade do profissional em responder as demandas, reduzindo a centralidade, organizando e orientando para uma melhor utilização do potencial dos demais profissionais (DELFINO *et al*., 2012).

O acolhimento no ambiente do serviço de saúde deve ser entendido, com um olhar em várias esferas de igual importância ao mesmo tempo, com um propósito político, ético e estruturalista, de modo a se construir na saúde uma ferramenta intervenção na escuta qualificada, construção de vínculo, garantindo o acesso com sua responsabilização e resolutividade nos serviços oferecidos (ZOLOLI, 2017).

O processo de acolhimento em saúde procura atender a todos ouvindo suas neces-

sidades, com uma postura acolhedora, capaz de dar ao usuário uma resposta adequada, orientando o usuário e familiares em relação ao serviço de saúde ofertado, de forma articulada garantindo a eficácia das informações estabelecida (ZOLOLI, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) preconiza a estruturação de um serviço de saúde ágil e organizado para assumir uma postura de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva eficaz, capaz de resolver a maioria das necessidades de saúde da população, de forma a diminuir os danos e sofrimentos, assim como responsabilizar-se pela oferta para outros pontos acolhimento e atenção da rede.

O acolhimento hoje é considerado uma prática de melhoria no atendimento nos serviços de saúde, atividade realizada no cotidiano dos centros de saúde que continuem para a agilidade e organização do processo de trabalho. A implementação do acolhimento no serviço de saúde promove o aumento de vínculo com o usuário, direcionando suas necessidades, consideradas potencializadoras do cuidado direcionado às necessidades dos usuários (DUARTE; MAMEDE, 2012).

A compreensão da população quanto ao acolhimento percebe-se como acesso as ações e serviços de saúde estreitando os laços dos profissionais com a comunidade ampliando o acesso aos serviços como consultas e exames diminuindo muitas vezes o tempo de espera ao atendimento (SCHIMITH, 2014).

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual estabeleceu critérios e parâmetros para toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo em vista o atendimento das necessidades dos usuários nos serviços de saúde. Um dos parâmetros para a atenção primária, a PNH (BRASIL, 2004) definiu:

> Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde; formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004, P. 13).

O acolhimento é visto como um ponto do elo entre os diferentes sujeitos: gestores, profissionais da saúde, usuários e diferentes práticas de cuidado, além de uma das principais mudanças desencadeadas no Sistema Único de Saúde- SUS, tem melhorado na reorganização e mudança do modelo antes usado, facilitando e viabilizando o diálogo entre profissionais de saúde e usuários que precisam do SUS.

Sobre a questão, Ayres *et al.* (2006) evidencia que:

> "O acolhimento passa a ser uma ferramenta que irá tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só suficientes para produzir saúde, bem-estar, equilíbrio entre aspectos psíquicos, físicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Para construir uma atenção básica eficiente, se faz necessário redescobrir e refletir sobre a estratégia do acolhimento, uma vez que a comunidade é um espaço em construção constante e sempre permite o surgimento de erros e acertos" (AYRES *et al*., 2006, p. 306-311)

O acolhimento em si mostra uma postura mais dinâmica que ultrapassa barreiras impostas na área de saúde, facilitando o diálogo entre o usuário e o profissional de saúde

no que tange a escuta de queixas, medos e expectativas, os riscos. O acolhimento, no entanto, não deve ser limitado ao atendimento do usuário, contudo deve ser expandido a todos os profissionais de saúde, para que possa favorecer o ingresso e a conexão com a comunidade. Por estarem em contato irrestrito com os usuários, os trabalhadores de saúde deveriam criar e fortalecer a junção com a clientela pertencente a sua área de atuação, além de avaliar as distinções, obrigações e problemas catalogados à saúde dessa comunidade (DELFINO *et al*., 2012).

Ao que diz respeito ao perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento nos serviços de saúde, vale ressaltar que as relações constituídas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os contextos mais desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa configuração, eficazes à íntegra implementação do SUS. Ainda que o Sistema esteja aportado em leis com status de políticas de Estado, a sua materialização ao mesmo tempo pende das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários. A organização do procedimento de afazeres do conjunto na ESF, a inclusão com os usuários dos serviços e o desafio de trabalhar procurando a estabilização entre autonomia e responsabilidade não estão sendo ajustados pelos gestores e todos os que atuam na área de saúde (ZOLOLI, 2017).

De acordo com as pesquisas de Delfino *et al*. (2012) a satisfação dos usuários nos serviços de saúde tem natureza multidimensional, ou seja, um sujeito pode estar contente com um ou mais aspectos de um serviço e/ou seja acolhimento ou consulta e concomitantemente estar desgostoso com outras extensões de assistência.

5. O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA A PARTURIENTE E SUA FAMÍLIA

Corrobora ainda Machado *et al.* (2010) os hospitais são empresas complexas e envolvem diversificadas atividades na promoção da saúde. Na área hospitalar os avanços tecnológicos ocorrem com rapidez levando à necessidade de mudança e adaptabilidade. Há exigência para que a prestação de serviços seja resolutiva, com qualidade e baixo custo, principalmente ao que diz respeito ao acolhimento, para que possa impulsionar hospitais a adotarem estratégias de excelência hospitalar, sob o risco de não sobreviverem.

Assevera ainda Veatch (2010) há muitos anos fala-se em melhorar a qualidade da assistência, porém a diferença é que a partir dos anos noventa há instrumentos mais adequados para ajudar neste propósito. Os pacientes e profissionais da saúde reconhecem que a atenção médica poderia ser melhor, e em consequência, muitos países propuseram iniciativas de reforma dos seus sistemas de saúde. Entre os fatores que contribuíram para esta questão são identificadas:

> Maior conscientização dos pacientes, como usuários dos serviços de saúde; Maior atenção para a qualidade em todos os ramos da economia, ao reconhecer que esta é a chave para o êxito à longo prazo; A necessidade de controlar os custos da saúde (VEATCH, 2010, p. 23).

O autor ainda afirma que quanto mais um paciente sabe de seus direitos aos serviços, mais atenção à qualidade ele terá, ou seja, os pacientes sempre estarão tentos a como são atendidos seja no hospital público ou privado.

Afirma Zobolli (2017) que no Brasil a qualidade no atendimento deixa muito a desejar, sobretudo na questão do acolhimento e isso ocorre devido às péssimas remunera-

ções, muitas vezes até mesmo as condições ruins de trabalho fazem com que a qualidade no atendimento decaia significativamente.

Complementa Esmeraldo *et al*. (2012) cresce a demanda por instrumentos que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas se tornem competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado. O Programa Brasileiro de Acreditação surge como uma estratégia governamental para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas, a qualidade da gestão e da assistência prestada, adotando medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros.

Para Schimith (2014), o conceito de qualidade vem sendo discutido em diversas perspectivas. Dentro dessas perspectivas se destacam: a qualidade como pressuposto de excelência; a qualidade como conformidade às especificações; a qualidade como adequação ao uso e a qualidade como valor para o preço.

Fulallio *et al.* (2010) afirmam que no Brasil, a busca pela qualidade torna-se valiosa se for considerada a situação precária de muitos serviços de saúde, decorrente de recursos insuficientes, utilizados de maneira inadequada; inexistência ou escassa aplicação do planejamento estratégico; falta de sistemas de informações confiáveis; ausência de sistemas de gestão baseados em melhoria de processos e centrados em resultados; carência de indicadores de desempenho; ausência de padrões de qualidade; alto custo da baixa qualidade (desperdício, (re) trabalho entre outros); inexistência de cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes.

Segundo Silva *et al*. (2011), a qualidade de vida está relacionada diretamente com a satisfação dos usuários, pois são dois termos que depende exclusivamente da capacidade dos envolvidos em saber proceder de forma antecipada sob o que podemos construir e contar no futuro. Para atender cada dia mais de maneira eficaz as necessidades e expectativas dos usuários que contribuem de maneira positiva para o desafio de se construir uma comunidade de interesses comuns, distributiva e justa.

Portanto, a melhor maneira de avaliação da qualidade do cuidado é usar instrumentos que contemplem indicadores representativos das três dimensões, de forma que os resultados consigam refletir os efeitos de todos os serviços do cuidado, podendo servir como indicador para a avaliação indireta da qualidade tanto da estrutura quanto do processo (SCHIMITH, 2014).

De acordo com Souza (2011), descreve que a satisfação dos serviços de saúde surte como uma das ferramentas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde. A preocupação com a qualidade vem aumentando positivamente nos últimos anos sendo por isso evidente que a satisfação dos usuários frente aos cuidados que lhes são prestados constitui um importante e legítimo indicador de gestão da qualidade no atendimento aos mesmos.

Nesse sentido, Fortes (2014) garante que para que haja qualidade no atendimento, faz-se necessário observar o comportamento por parte dos profissionais. Pois são eles que mudam a trajetória da instituição, já que o resultado em se trabalhar com as especificidades dos recursos humanos é o maior desafio da gestão da qualidade. A satisfação dos pacientes quanto ao acolhimento é muito importante e se apresenta como importante veículo para difundir a qualidade nos serviços, necessitando, portanto, de produção científica mais elevada que permita o avanço no conhecimento sobre avaliação da satisfação de serviços de Fisioterapia que são oferecidos aos pacientes.

Dessa forma, Pinafo *et al*. (2012) relata que o grau de satisfação alcançado é visto

como sendo um conjunto de fatores que extrapolam o âmbito eminentemente clínico, perpassando por diversas dimensões tais como estrutura do ambiente, processo da prestação do serviço (atendimento) e resultados obtidos com o tratamento.

Para Souza (2011) capacitar exercitar ou treinar é um artifício de extenso tempo e indeterminado e recomenda que o desenvolvimento de desenvolturas e aptidões através de modernos costumes, maneiras, informações e treinamentos, o que procede em uma mudança de procedimento dos condutores ante seus comandados e dentro da organização e seus desígnios encalçam prazos mais longos, visando dar ao homem aquelas noções que perpassam o que é constituído na responsabilidade contemporânea, aprontando-o para adquirir colocações do mesmo modo complicadas.

O acolhimento necessita ser conversado, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são finalmente, os 'nós' dessa imensa rede de conversações que são as ocupações (FORTES, 2014).

Acorda-se Pinafo *et al.* (2012) que com esse ponto de vista, pode entender-se que o acolhimento dialogado é aquele em que o profissional se disponibiliza a escuta e a conversa com o usuário, na tentativa de conhecê-lo e, de tal modo, de procurar recursos que atendam suas necessidades, por isso em muitos casos há uma necessidade relevante de que o profissional seja capacitado para isso.

Outro ponto que analisa Silva *et al*. (2011, p.34) é o "responder ou explicar algo de maneira cordial" e acolher com simpatia estabelece-se em atuações que transcorrem pela escuta do usuário em suas indigências, ajeitando um passo primordial do ingresso por meio do acolhimento.

De acordo Schimith (2014) com envolver compreende, essencialmente, uma técnica de empatia, de assimilação e de importância, ou seja, o profissional precisa ter em seu perfil esses atributos. Consecutivamente intersubjetiva, a apreensão pede abertura, simpatia e generosidade. Desta maneira, o trabalhador de saúde passa a ser um investigante das acepções das atuações e das relações ocultas nas composições sociais.

Por isso segundo as pesquisas de Zobolli (2017) o exercício, treinamento e capacitação são exclusivamente um dos elementos do artifício de alargamento que contém as provas completas que fortalecem e consolidam as especialidades cobiçáveis. o treino adentro de um contíguo ordenado de habilitações que é analisada presentemente como um quesito essencial para que haja uma gestão de pessoas, de tal forma que o capital humano é a maior riqueza do hospital e a fundamental diferença concorrente, uma vez que, a capacitação é a ampliação de recursos humanos, ou seja, ampliação de habilidades.

Dessa forma o perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento requer que as habilidades profissionais devem ser feitas por aqueles que conduzem passo a passo o processo de acolher, de acordo com a demanda exigindo pessoas se adapte as mudanças sob os preceitos da qualidade e produtividade. Isso exige o desenvolvimento e consequentemente novas competências, como os necessários para o processo de acolhimento (FORTES, 2014).

Na política de saúde e humanização foram estimuladas ações voltadas à criação e organização de serviços ambulatoriais. Na esfera federal, foi promulgado o Decreto nº. 60.252 que instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental no âmbito do Ministério da Saúde, cujos objetivos estão fundamentados nas concepções da higiene mental, tendo em vista resolver a falta de hospitais psiquiátricos, assinalando a expansão e distribuição de ambulatórios de saúde mental no país, com a finalidade de reduzir a necessidade de

internação e garantir a assistência terapêutica sem separar pacientes de seu ambiente social e familiar (DELGADO, 2010).

O profissional de saúde no processo de acolhimento deve ser capaz de compreender o usuário com uma visão holística e uma atitude proativa, além de sua área de atuação para que haja uma interação e o comprometimento com as necessidades do usuário para que tenha um atendimento de qualidade de forma eficaz e ética (SILVA *et al*., 2011).

A postura e a qualidade do acolhimento dependem muitas vezes da quantidade de profissionais qualificados até mesmo do ambiente adequado para que haja um bom relacionamento um conforto assim como uma atenção as demandas atendendo suas necessidades de respeito, relações afetivas no trabalho, resolubilidade no atendimento, acesso às informações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários. Embora o foco ainda seja a queixa do usuário o acolhimento deve assumir uma visão holística a sua demanda embasada no modelo biomédico (SCHIMITH, 2014).

6. CONCLUSÃO

A realização de um parto humanizado de forma humanizada e de qualidade tem um papel fundamental da atuação do enfermeiro diante da saúde materna e neonatal da criança e onde o enfermeiro busca suprir as necessidades que as gestantes procuram por um momento acolhedor de maneira diferenciada à saúde da mulher a fim de priorizar uma atenção qualificada no processo gestacional e oferecer um suporte emocional e proporcionar um espaço onde a gestante possa viver uma gestação de forma digna e prazerosa.

Trazendo para a contemporaneidade e analisando o serviço de saúde atual como um todo, nota-se a importância da humanização como ferramentas necessárias ao fortalecimento da gestão, onde o processo de acolher se apresenta como diferencial fortalecendo o vínculo da sociedade com resultados mais efetivos atendimento aos usuários. Tal instrumento foca não só na organização, mas torna seus membros mais humanizados, focados e alinhados com suas necessidades e resolutividade da demanda.

O profissional de saúde no processo de humanização visa potencializar seus resultados através de suas competências profissionais, desenvolvendo habilidades, orientando de forma assertiva os usuários utilizando ferramenta de escuta, de acordo com seu perfil, características individuais e principalmente o ambiente de trabalho ofertado. Portanto, a assistência ofertada pelas Doulas e pelos profissionais da saúde deve-se ter a mulher como o foco principal desse cuidado, na perspectiva da prática contextualizada na humanização do parto e nascimento.

Referências

ALTAEI, T. **The treatment of melasma by silymarin cream**. BMC Dermatology, 12, N. 18, 2012.

ANDO, H.; MATSUI, M.S.; ICHIHASHI, M. **Quase-drugs developed in Japan for the prevention or treatmento fhyperpigmentary disorders**. Int. J. Mol., v.11, p. 2566-2575, 2010.

AREFIEV, B.; HANTASH, B.M. **Advances in the treatment of melasma: a review of the recente literature**. Dermatol. Surg., v. 38, p. 971–984, 2012.

DU VIVIER, A. **Atlas de dermatologia clínica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

FIGUEIRÓ, T.L.M.; FIGUEIRÓ-FILHO, E.A.; COELHO, L.R. **Pele e gestação: aspectos atuais dos tratamentos e drogas comumente utilizados**. Femina, v. 36, n. 8, p. 511-521, 2008.

FILHO, Natália Rejane; COSTA, Natalúcia Matos; **Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de**

puérperas. Rev. Latino-Am. Enfermagem**.** 18(4): [08 telas], jul-ago, 2010.

GAEDTKE, N.G. A**bordagem Terapêutica do Melasma na Gestação - Revisão Bibliográfica.** 2011. 21p. Trabalho de Conclusão de Curso. Pós-graduação em Medicina Estética, Universidade Tuiuti do Paraná: Curitiba, 2011.

J.F. **Prescrição de produtos dermocosméticos durante a gravidez**. Revista Ciência & Saúde, v.5, n. 1, p. 16-25, 2012.

KEDE, M. P.V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia Estética**. 2ªed. São Paulo: Editora Atheneu 2009. 1015p.

MAGALHÃES, G.M., BORGES, M.F.M., QUEIROZ, A.R.C., CAPP, A.A., PEDROSA, S.V.,MEDEIROS, AL; SANTOS, SR; CABRAL, RWL; SILVA, JPG; NASCIMENTO, NM. **Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco.** Rev Gaúcha Enferm. 2016 set;37(3):e55316.

MIOT, L.; SILVA, M.G.; MIOT, H.A.; MARQUES, M.E.A. **Fisiopatologia do melasma.** An Bras Dermatol. v.84, n.6, p.623-635, 2016.

5

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO AUTISTA

THE ROLE OF NURSING IN ASSISTING THE AUTISTING

Flavia Costa Dos Santos

Daniele Medeiros Diniz

Ana Beatriz Saraiva

Silvia Cristina Dutra Lopes Espírito Santo

Resumo

O transtorno do espectro autista (TEA) é o transtorno do neurodesenvolvimento infantil caracterizado por dificuldades na interação social, comunicação comportamentos repetitivos e interesses restritos, podendo apresentar também sensibilidades sensórias. Os quadros que compõem o espectro autista caracterizam-se pela tríade de impedimentos graves e crônicos áreas de interação social, comunicação verbal e não verbal e interesses. A enfermagem tem uma função de oferecer cuidado para o paciente e família. Este trabalho tem como objetivo geral caracterizar o papel da enfermagem na assistência aos portadores de autismo. A metodologia utilizada foi uma pesquisa de revisão bibliográfica utilizando as bases de dados como artigos científicos dos últimos 10 anos. Foram consultados diferentes documentos que abordaram aspectos ligados ao papel da enfermagem na assistência ao autista em fontes confiáveis como: Revistas, livro, SCIELO, LILACS, BVS e base de dados de universidades. O estudo aponta a assistência prestada pela enfermagem aos portadores de autismo uma excelente assistência, portanto ande a família tem seu papel importante no tratamento do portador de autismo, a sociedade, portanto ainda apresenta um grande problema a respeito do portador de autismo a respeito do conhecimento sobre o transtorno.

Palavras-chave: Transtorno do espectro autista. Assistência de enfermagem. Fatores psicossociais

Abstract

Autistic spectrum disorder (ASD) is a child neurodevelopmental disorder characterized by difficulties in social interaction, communication, repetitive behaviors and restricted interests, and may also present sensory sensitivities. The frames that make up the autistic spectrum are characterized by the triad of serious and chronic impairments in areas of social interaction, verbal and non-verbal communication and interests. Nursing has the function of offering care to the patient and family. This Works has AS GENERAL OBJECTIVE TO CHARACTERIZE THE ROLEM of Nur Sing in assisting Pople writ autism. The methodology used was a literature Search using the databases as scientific articles form. the last 10 Years. Different documentes Where consultes that adresses aspectos related to the role of Nur Sing in assisting the autistic in reliable sources such as: Magazines, book, SCIELO, LILACS, VHL and university database. The studs points out that the assistance provided by Nur Sing to people writ autism is an excellent assistance, so Walk the family has its important role in the treatment of the persona Wirth autism, Society, therefore, still presents a major problem. Reading the Persson Wirth autism Reading knowledge Aboul the disorder.

Keywords: Autism, Nur Sing care, psychosocial factors

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), é um transtorno de desenvolvimento que compromete crianças antes dos três anos de idade, predominante no sexo masculino, tendo como característica comportamento repetitivo restrito, tendo o seu desenvolvimento motor, e psiconeurológico afetado, apresentando dificuldades na linguagem verbal, e não verbal, prejudicando sua interação social. Sua causa ainda é desconhecida, entretanto há fatores que podem estar envolvidos em seu desenvolvimento, como vírus, intolerância imunológica, toxinas e falhas nos desenvolvimentos estruturas cerebrais.

A sua adaptação na sociedade ainda é muito escassa, por não ser reconhecido ou por não ter conhecimento sobre o assunto, as vezes até comparado com retardo mental, um fator relevante a respeito sobre o assunto é a educação, socialização e sobre lugares apropriados aos autistas, por isso, a equipe de enfermagem é fundamental, e tem uma importante função de oferecer cuidado holístico, para com o paciente e família, juntamente com a equipe multiprofissional e incentivando a independência do autista.

Diante disso, surgiu o questionamento: qual o papel da enfermagem na assistência ao portador de autismo

Para responder o questionamento anterior, o objetivo geral do estudo foi caracterizar o papel da enfermagem na assistência aos portadores de autismo, os objetivos específicos foram: descrever a relação da enfermagem e a família do portador de autismo, descrever a visão da sociedade sobre o portador de autismo, e descrever a importância da assistência prestada pela enfermagem aos portadores de autismo.

Tratou-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo. Foram utilizados para a pesquisa trabalhos publicados nos últimos 10 anos (2009-2019). As buscas deram-se através das bases de dados: SCIELO, LILACS, BVS e base de dados de universidades. Foram utilizadas as palavras chaves: Enfermagem; assistência; autismo

2. RELAÇÃO DA ENFERMAGEM COM A FAMÍLIA

A relação da enfermagem tem um papel importante e fundamental, visto que o profissional atua juntamente com a equipe multiprofissional, a convivência dos familiares e profissionais na enfermagem, são partes importantes no tratamento, sendo utilizados o conhecimento e a utilização de alguns métodos técnicos, que facilitam o desenvolvimento do portador de autismo (GOMES, 2015).

O vínculo profissional, paciente e família é fundamental para assim ter se conseguir êxito no tratamento, a enfermagem deve estabelecer, confiança para com a família, para obter informações relevantes para o desenvolvimento do seu tratamento, sendo utilizado o conhecimento, e a utilização de alguns métodos e técnicas que facilitara o, desenvolvimento do portador de autismo (GOMES, 2015).

O vínculo profissional, paciente e família é fundamental para se obter êxito no tratamento, a enfermagem deve estabelecer confiança com a família para se obter informações relevantes para o desenvolvimento do tratamento, utilizando o conhecimento e utilização de alguns métodos e técnicas que facilitaram na melhoria do portador de autismo (GOMES, 2015).

Portanto ressalta-se que a família representa um elo de grande relevância , pois e a família que convive como a criança desde que nasce, conhecendo seus comportamentos e lhe dando com suas frustações, aos quais dificulta no seu convívio, sendo inicialmente interpretados por símbolos expressados, e apresentando comportamentos típicos de personalidades , e alguns não são relativos ao transtorno, aonde o profissional enfermeiro, deve estar atento aos sinais e sintomas, que a criança venha a apresentar , oferecendo uma assistência precoce, e oferecendo apoio e ajuda para a família (MOTTA, 2009).

A enfermagem é responsável, a oferecer uma assistência holística, prestando orientação a família uma boa escuta, deve oferecer, segurança, orientando, esclarecendo dúvidas da família a relação do TEA, oferecendo assistência de êxito para alcançar um bom tratamento e um bom vinculo para com a família (ZANNETE 2012).

Ressalta-se que quando dado o diagnóstico, a família em especifico a mãe, nega-se a aceitar, onde o medo toma conta, por falta de conhecimento sobre o TEA, sendo que revelação do diagnostico venha, trazer mudanças na vida de todos os membros da família, aonde as faltas de condições financeiras lhes assustam, o preconceito que haverá pela sociedade, havendo uma certa negação pela família (NOGUEIRA, 2015).

Portanto, ressalta-se que a família convive com certos comportamentos não esperados que são apresentados pela criança, sendo movimentos repetitivos, e fala ecolalia, tendo uma dificuldade no convívio, aonde alguns símbolos expressados não fazem parte do transtorno e sim da sua personalidade, sendo o profissional enfermeiro a desvendar certos comportamentos (RODRIGUES, 2017).

Crianças com TEA, apresentam certas dificuldades, a respeito ao seu autocuidado, onde a enfermagem tem uma suma importância, transmitindo informação, orientação, sempre em busca de estratégias, para executar técnicas e procedimentos, desenvolvendo habilidades que satisfaça a necessidade do portador de autismo, sendo, portanto, essa, uma ferramenta para garantir a qualidade de vida (CAMPOS, 2016).

A convivência com o portador de autismo, representa para a família um aprendizado diário, chegando a ser cansativo e doloroso, havendo necessidade de compreender cada reação, e manifestação que venha a apresentar, tendo que aceitar sua maneira de ser, sendo paciente e respeitando sua maneira de ser, e além de tudo amando a criança como ela é (ZANNATA, 2014).

O enfermeiro tem um papel de mediador entre a família, e profissionais da equipe multiprofissional, onde eles trabalharão juntos para o tratamento, sendo o enfermeiro que encaminha o portador de autismo para a equipe, para a obtenção de uma assistência e criando vínculo para com a família, e o paciente (SILVA, 2008).

Contudo, a assistência da enfermagem com a família e o paciente, é apontada como fundamental no desempenho, do trabalho da enfermagem, havendo a necessidade de um olhar cuidadoso, escasso de preconceito atendendo as necessidades do paciente e para a família, para a diminuição do seu sofrimento, onde a enfermagem oferece uma assistência de êxito (NOGUEIRA, 2011).

A enfermagem constrói, um processo interpessoal, na prática assistencial possuindo teorias comportamentais, havendo conhecimentos, estabelecendo finalidade de produzir resultado no tratamento da criança autista, usando o embasamento científico (SUDRE, 2015).

É de responsabilidade do enfermeiro, o conhecimento sobre o âmbito domiciliar do portador de autismo, para prevenir que haja, interferência na sua terapêutica aplicada, sendo desta forma, não haja uma estimulação da enfermagem facilitando o tratamento da criança autista (SEGUI; ORTIZ 2008).

A enfermagem, tem uma responsabilidade em prestar uma assistência humanizada as crianças portadoras de autismo, sendo encaminhados seus problemas, buscando alcançar melhorias de vida e promover uma melhoria de vida e promover melhorias para a família e criança, sendo o enfermeiro primordial da assistência prestada (OLIVEIRA, 2010).

Constata-se que quando mais cedo observar os sintomas do autismo, é fundamental para um tratamento onde se venha a obter êxito em sua aplicação, contribuindo para melhores resultados, compreende-se que o diagnóstico é realizado através de informações obtidas pelos familiares (mãe ou pai) e é realizado também na anamnese (MIELE; AMATO, 2016).

Portanto sendo a enfermagem a arte do cuidar, precisa voltar-se não apenas para o paciente, mas incluir também a família na assistência preferencialmente a mãe, aonde o papel da enfermagem e prestar uma boa escuta, e estar sempre atento as reações da criança autista ao se relacionar com outras pessoas (MONTEIRO, 2017).

A enfermagem é de suma importância a respeito ao diagnostico, e consequentemente ao tratamento do portador de autismo, porém junto com a equipe multiprofissional, inserindo a família e lhe associando ao cuidado prestado, a criança portadora de autismo. Esse profissional é um fator essencial no processo de cuidado paciente/família, servindo como base para assegurar os cuidados necessários e possíveis intervenções em seu tratamento, é notório ressaltar também a reafirmação do cuidado holístico para assegurar o seu desenvolvimento adequado, e a sua inserção na sociedade e busca, a enfermagem ainda auxilia nos cuidados físicos do paciente tais como dores e limitações, com isso a enfermagem é indispensável para o progresso do seu desenvolvimento (ZANNATA, 2015).

Diante disso, cabe ao enfermeiro proporcionar assistência e conhecimento, a família a respeito do assunto TEA, sempre avaliando o grau de compreensão da família, e esclarecendo toadas as suas dúvidas, visando o enfrentamento deles sobre a realidade

3. A SOCIEDADE E O AUTISTA

O Autismo é exposto a uma modificação do desenvolvimento da criança e seus sintomas, são constatados aos três anos de idade, havendo o comprometimento do sistema neurológico sendo prejudicado o funcionamento do cérebro, no entanto o portador de autismo apresenta déficit em seu desenvolvimento, comunicação, apresentando ações de imitações de outras pessoas de seu âmbito familiar (SOUSA, 2016). Portanto o portador de autismo é visto na sociedade, apresentando dificuldade em sua interação social sendo recorrente a síndrome do autismo, pois o mesmo, apresenta déficit em interagir com outras pessoas, pela sua dificuldade de criar elo efetivo, e apresenta uma rotina diária, apresentando ecolalia (SIFUENTES, 2013).

A criança portadora de TEA, não pode ser motivo de abandono pela sociedade em que vive, cabe, portanto, conhecer, acompanhar e buscar melhores condições para o mesmo, no intuito do seu desenvolvimento afetivo e social, seno necessário conhecer as leis que possibilitam que os portadores sejam vistos na sociedade como pessoas que são capazes de aprender e que, não venham sofrer preconceito diante sua maneira de viver. (SANNINI, 2017).

Ressalta-se que pessoas com autismo, sofrem perante a sociedade uma série de preconceitos, e com ausência de traços que caracterizam o autismo, favorecem para que o preconceito ocorra, tendo em vista que falta de conhecimento favorece também, tendo em vista que todos somos iguais perante a sociedade, todo o portador de autismo tem direito a igualdade, segurança e principalmente respeito (GOMES, 2010).

Os desafios enfrentados pela criança autista e família, são grandes diante a sociedade incluindo no âmbito escolar, sendo de suma importância profissionais especializados, para garantir o acesso ao portador de autismo a diversos espaços, é importante que a sociedade esteja preparada para saber lhe dar com as diversidades de cada um (MERGL, 2015).

Portanto a sociedade ainda apresenta carência de informações, sendo que apresentam dificuldade em permitir que as crianças com autismo sejam inclusas, tendo contribuição para que sua participação na sociedade, ocorra tanto no âmbito familiar, escolar para exercerem seu papel, contudo mais que permitir e de importância da sociedade, preste apoio a família para contribuir com o processo de incluir o portador de autismo (FRANZOI, 2016).

Ainda sobre os desafios mais enfrentados pelas crianças autistas, são no âmbito escolar, aonde o desafio enfrentado não é somente pela natureza pedagógica, mais sim uma série de vários desafios, apresentando a falta de capacitação desses profissionais e por falta de conhecimentos de certas partes (SERRA, 2014). Porém, educadores que atuam com crianças autistas, devem buscar uma boa qualificação, sem isto acaba ocorrendo o risco, de informações e compreensão diante o TEA, havendo dificuldade com as particularidades que cada um apresenta, sendo a escola muitas vezes está preparada para receber, mais pela falta de conhecimento adequado e qualificado, apresenta comprometimento e não se torna efetiva (FAVERO, 2016).

A criança com transtorno do espectro autista (TEA), tem direito a saúde, assim como qualquer pessoa da sociedade, sendo que o Estado deve garantir este direito ao mesmo, porém, devem possibilitar condições para que portadores de autismo, tenham o devido acesso aos seus direitos. Sendo que a Lei120764/12, determina e reforça que em todo o pais sejam prestados serviços de saúde da pessoa com TEA (LOPES, 2017).

A criança com autismo não pode ser motivo de abandono pela sociedade, cabe, portanto, conhecer, acompanhar e buscar melhores condições para o mesmo, no intuito do seu desenvolvimento afetivo e social, sendo necessário conhecer as leis que possibilitam que os portadores sejam vistos pela sociedade sendo que a lei Berenice piana dá o reconhecimento e a importância do autista na sociedade, a lei abrange que o autismo e considerando um transtorno (SANTOS; VIEIRA, 2017).

A grande no grau de habilidade sociais e de comunicação e nos padrões de comportamentos que ocorrem em autistas tornou apropriado o uso do termo transtorno invasivos do desenvolvimento (TID). As dificuldades na comunicação ocorrem em graus variados, tanto na habilidade verbal quanto na não verbal de compartilhar informações com outros. Algumas crianças não desenvolvem habilidades de comunicação, outras apresentam linguagem imatura caracterizada por ecolalia, reversões de pronome. (BAGAIOLO, 2011).

Considerando que os indivíduos com autismo apresentam prejuízos nessas áreas. Cabe aos profissionais, que com eles trabalham, utilizarem estratégias que comtemplem a aquisição de habilidades que são pré-requisitos para que outras se efetivem. Nesse sentido, tanto oportunidade de convivências com outras crianças, cujas mediações favorecem a aquisição de diferentes habilidades (PEREIRA, 2015).

A legislação brasileira determina que todas as crianças devem ter acesso a escola comum, incluindo sujeitos om transtorno do espectro autista, o tema ainda permanece controverso, principalmente quanto a possibilidade da adequação a sociedade e as respostas adequadas as necessidades das crianças com TEA. Por outro lado, observa-se que o desconhecimento sobre a síndrome e a carência, pode afetar o desenvolvimento específico e acarretar poucos efeitos na aprendizagem dessa população (DARTORA, 2014).

De maneira geral, o autismo atinge três áreas do portador de autismo, pois estas

apresentam enormes dificuldades, em decodificar e interpretar as normas e as regras que a sociedade impõe, assim como também refletir sobre as intenções dos outros, fazendo com que o autista perceba corretamente algumas situações no ambiente que está inserido (ONZZI, 2015.)

Diante disto, para a sociedade proporcione uma qualidade de vida para a criança autista e para sua família, e essencial que haja conhecimento, informação, sendo necessário profissionais capacitados para que juntos com a enfermagem venham estão aptos a como saber lhe dar com o autista.

4. A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA

Os profissionais da saúde precisam estar preparados, em especial a equipe de enfermagem, visto que são os profissionais que mais passam tempo com a criança. Há uma escassez bibliográfica acerca do relacionamento da enfermagem com o autismo, sendo poucos os estudos encontrados a respeito. Desta maneira, é demonstrada a necessidade de serem obtidas mais evidências sobre a temática para estar apto a ajudar a família e assistir melhor a criança autista, e para lhe garantir uma assistência adequada, o profissional precisa de embasamento teórico (NUNES, 2012).

A assistência prestada de enfermagem ao portador de transtorno mental era indicada pela repressão, punição e vigilância. O doente mental não recebia um tratamento adequado, sendo muitas vezes tratados com violência, sem estímulo, todas as suas potencialidades, eram reduzidas de se tornarem incapazes de retornar a viver na sociedade (PEREIRA, 2015).

Portanto a assistência prestada ao portador de transtorno mental era caracterizada pela punição e vigilância, cabe aos serviços de saúde mental proporcionar atividades de lazer tanto aos usuários e familiares, entre outras pessoas, onde possam fluir relações, e para que a sociedade aprenda a conviver com a diferença de cada um, sendo que o papel do enfermeiro e do agente terapêutico é a base e o relacionamento com o paciente (ANDRADE, 2010).

O profissional de enfermagem busca, em ações encontrar meio para reduzir o estresse desencadeado pelo cuidado ao portador e sua família. Os profissionais de enfermagem acreditam que seu enfrentamento seria mais efetivo, com o apoio do profissional especializado e preparado para prestar uma assistência tanto a família quanto a criança autista, porém na maioria dos hospitais não é possível contar com esse profissional (SOUZA, 2013).

O conhecimento que a equipe multidisciplinar e a enfermagem devem ter para avaliar sinais e sintomas do autismo, sendo que esse profissional tem uma visão integral do ser humano, além disso o enfermeiro deve acompanhar e auxiliar tanto portador quanto a família, oferecendo assistência e encorajando-os, oferecendo tranquilidade e eficácia na sua assistência (MIELE, 2016). Contudo e de extrema importância a presença do profissional de enfermagem no acompanhamento de pessoas com autismo, visto que contribuem de maneiras efetiva no diagnóstico e tratamento, pois tem percepção fundamentais para analisar o comportamental da criança por meio de consultas com investigação continua, dessa forma contribuindo para melhor crescimento e desenvolvimento cognitivo e efetivo, além de orientar os familiares a forma correta de tratar essa criança autista (SENNA, 2015).

O profissional de enfermagem é essencial na escala de teste de triagem do desenvolvimento, pois este colabora nos marcos da evolução sócio afetiva da criança, garantindo um melhor desenvolvimento, analise infantil, investigando a presença ou ausência e a

periodicidade dos comportamentos que está criança possui (BORTONE, 2016).

A atuação dos enfermeiros frente a criança autista e sua família é fundamental, uma vez que eles têm um importante papel socializador de aceitação e compreensão da criança, bem como no estabelecimento de limites, orientação e apoio a família. É fundamental nesse caso em que o profissional tem medo do desconhecido, estreitar o relacionamento com a família da criança, e necessário que o enfermeiro realize o levantamento de dados (CARNIEL, 2014).

A detecção precoce de transtorno no desenvolvimento permite ao enfermeiro agir objetivamente, por meio de um plano de cuidados, e também encaminhar a criança a uma equipe especializada para confirmação diagnostica e tratamento tornando assim de suma importância para a melhoria da saúde dos autistas, assim sendo uma peça essencial no desenvolvimento cognitivo e inclusão social dessas crianças (VELLOSO, 2014).

Portanto , a presença do profissional da enfermagem constitui em uma ferramenta essencial em seu tratamento , contudo também são necessárias que outros profissionais da área faz-se presente durante o tratamento , realizando práticas de terapia de grupos do profissional de psicologia em concordância com a enfermagem , tornando um tratamento eficaz, este tratamento com diversos profissionais da área corporal e mental trazem melhorias em vários aspectos de convivência social , tanto na escola, como na família como em outros lugares que a criança esteja (FONSECA, 2010).

O cuidado e a assistência, com a criança autista são um grande desafio para os profissionais, em particular a enfermagem pois este realiza uma função primordial tanto no acompanhamento familiar como no atendimento em instituição que é a de avaliar e reconhecer os sintomas, o enfermeiro tem que buscar meios que melhore a qualidade de vida dos autistas, a enfermagem deve considerar o quanto importante sua presença no tratamento da criança com transtorno do espectro autista (BARBOSA, 2017).

Diante disto a assistência prestada pela enfermagem, diante a criança com autismo, e de suma importância, contudo um dos problemas enfrentados por este profissional ao diagnóstico é o meio utilizado para descobrir, sendo que ainda não exista marcadores biológicos e exames específicos, para o autismo sendo que o diagnóstico de autismo e clínico, e envolvem profissionais multidisciplinar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O autismo é um grave transtorno, pois seus sintomas iniciais são muito complicados para diagnosticar, sendo necessário um acompanhamento de profissionais qualificados da área da saúde para poder avaliar e reconhecer esses sinais e prestar uma assistência qualificada de enfermagem, pois pessoas com autismo quando não realizam o tratamento sofrem com o isolamento social.

Diante desse contexto, o estudo teve como problemática somente o acompanhamento do profissional da enfermagem é suficiente para o tratamento de criança portadora do espectro autista para que tenha um desenvolvimento e uma assistência qualificada, chegando à conclusão, que apesar de ser extremamente fundamental no processo da assistência, o mesmo necessita da ajuda da família e da equipe multiprofissional para alcançar um tratamento satisfatório e eficaz.

Já no tocante aos objetivos o estudo alcançou o pretendido pela pesquisadora, visto que se percebe que o profissional de enfermagem tem papel fundamental e importante na assistência e ao tratamento, devido ter conhecimento técnico e teórico para avaliar, os

sinais que identificam a pessoa com autismo dando início logo cedo ao tratamento, diminuindo toda aflição familiar.

Referências

BARBOSA, M; FERNANDES. F**. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com** Transtorno do Espectro Autístico. Revista da Sociedade Brasileira São Paulo,12,06 acesso em 15 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.acesso em 14,04 de 2021

CAMPOS, C. et al**., Expectativa de profissionais da saúde e de psicopedagogos** sobre aprendizagem e inclusão escolar de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia. v. 16, ed. 106, São

CAMPOS, Larriane Karen de; FERNANDES, Fernanda Durex Miranda. Perfil escolar e as habilidades cognitivas e de linguagem de crianças e adolescentes do espectro do autismo. **CoDAS**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 234-243, 2016.

GOMES, Pauline T.M. et al. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **J. Pediatra. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 91, n. 2, p. 111-121, 2015.

MIELE, Fernanda Gonçalves; AMATO, Cibele Albuquerque de la Tiguera. Transtorno do espectro autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares - revisão de literatura. **Cad. Pós-Grand. Disturbo. Desenvolvi**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 89-102, 2016. m: http://www.e-publicacoes.uerj. br/ojs/index.php/polemica/article/Vie/2693/2016 acesso em 14,04

MONTEIRO CFS, et al. **Vivências maternas na realidade de ter um filho autista**: uma compreensão pela enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem. 2008;61(3):330-5.p23

MOURA, Cleonice; VALERIO, Naiana**. A família da criança deficiente**. Cad. De pós graduação em distúrbios do desenvolvimento. V.3 n.1, São Paulo, 2015: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v5n2/ v5n2a08.pdf. Do: 10.4013/ctc.2015.52.07

NOGUEIRA, Cláudia; SIFUENTES, Miúcha; BOSA, Cleonice Alves. Competência social e autismo: o papel do contexto da brincadeira com pares. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 99-105, 2013. Nunes SC, Souza TZ, Guino CT**. Autismo: conhecimento da equipe de Enfermagem**. Cuidaste Enfermagem. Jul-dez 2009; 3(2): 134-141 no Brasil; 2013 [updates 2013 Apr 02; cited 2013 Dec 29]. Avaliável form.:h-tpp//nacoesuns.org/sua-forcae-inspiradora-diz-secretario-geral-da-onu-sobre-pessoas-afetadaspelo-autismo acesso em 25,04 de 2021

OLIVEIRA, D.S; MOURA, A.R.S; PINHEIRO, M.D.C; BRITES, P; DORNELES, S; MOURA, E**. Interação vincular de pais com filhos autistas**. Revista de Psicologia da criança e do adolescente. Lisboa, 2014

RAMOS J**. Perturbações do Espectro do Autismo no Adulto e suas comorbilidades** psiquiátricas. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. PsiLogos. Dez 2012; 10(2): 09-23.2017

RODRIGUES LR, FONSECA MO, SILVA FF. **Convivendo com a criança autista**: Sentimentos da família. Rev. Min Enferma. 2008;12(3):321-27.

RODRIGUES, Patrícia Maria da Silva et al. Autocuidado da criança com espectro autista por meio das Social Stories. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170022, 2017.

SANINI C, BOSA CA**. Autismo e inclusão na educação infantil**: crenças e autoeficácia da educadora. Estudos de Psicologia. 2015, 20(3):173-83.

SANTOS, Regina Kelly Dos; VIEIRA, Antônia Maira Emily Cabral Da Silva. Transtorno do espectro do autismo (Tea): do reconhecimento à inclusão no âmbito educacional. **Rev. Include ré**. V. 3, n. 1, p. 2359-5566, 2017.

SENA RCF, REINALDO EM, SILVA GWS, SOBREIRA MVS**. Prática e conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo infantil**. R de Pesq.: cuidado é fundamental. Jul-set 2015; 7(3): 2707-16.

SILVA LWS, et al. **Cuidado na perspectiva de Leonado Boff**: uma Personalidade a ser (ré)descoberta na enfermagem. Rev. Bras. enferma. 2005;58(4):471-5.2014

SILVA M, MULICK JA. Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e considerações práticas. Psicologia Ciência e Profissão. 2009, 29(1):116-31.

SOUZA BSA, et al**. A enfermagem no cuidado da criança autista no ambiente** escolar. Revista Saúde e Pesquisa, v. 11, n. 1, p. 163-170, /abril 2021

SANTOS, M. F. S.; SANTOS, M. A. Representações Sociais de Professores

SUDRÉ RCR, et al**. Assistência de enfermagem a crianças com Transtorno Global do** Desenvolvimento (TGD): Autismo. Arq. Med. Hosp. Cienc. Med Santa Casa. 201;56(2):102-6. Acesso em 24,04 de 2021.

TEIXEIRA, M. C. T.; et al**. Literatura científica brasileira sobre transtornos** do espectro autista. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 607-614, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/p.f./ramb/v56n5/v56n5a26.pdf.

6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTETRICA

NURSING CARE IN THE PREVENTION OF OBSTETRIC VIOLENCE

Alysse Victoria da Silva Maciel

Vanessa Lorena Pereira Viegas

Lorena Bianca Silveira de Sousa Muniz

Luana da Silva Nunes

Felipe Santos Oliveira

Antonia Taís Castro Lima Silva

Jéssica Pimentel Meirelles

Resumo

O presente trabalho traz uma abordagem sobre a Assistência de Enfermagem na Prevenção da Violência Obstétrica, tendo em vista que, por se tratar de uma violência silenciosa e institucionalizada, esse tipo de evento acaba sendo considerando normal e corriqueiro em muitas unidades de saúde, mas que provocam grande sofrimento psíquico nas mulheres em um momento de grande vulnerabilidade. Nesse contexto, para *atingir* o *objetivo* proposto, o qual consiste em compreender o papel do profissional de enfermagem na assistência a gestante frente prevenção da violência obstétrica, foram realizadas pesquisas em livros, *artigos* e periódicos, que abordam claramente sobre a temática suscitada, com o *objetivo* de *apresentar* respostas *ao* problema levantado: De que forma o profissional de enfermagem deve atuar na assistência a gestante na prevenção da violência obstétrica? *Através* dessa pesquisa, chegou-se a conclusão que a violência osbtétrica retrata uma violação delos direitos humanos e constituem um grave problema de saúde pública, ressaltando-se a necessidade de estratégias de prevenção e enfrentamento do evento através de capacitação profissional dos profissionais de enfermagem formação acadêmica, da conscientização das mulheres, da mobilização social, da criação de leis e políticas públicas, para garantir uma assistência obstétrica livre de violência e firmada pelos direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chaves: Enfermagem. Violência Obstétrica. Parto.

Abstract

The present work brings an approach to Nursing Assistance in the Prevention of Obstetric Violence, bearing in mind that, as it is a silent and institutionalized violence, this type of event ends up being considered normal and commonplace in many health units, but which cause great psychic suffering in women at a time of great vulnerability. Nesse contexto, para atingir o objetivo proposto, o qual consiste em compreender o papel do profissional de enfermagem na assistência a gestante frente prevenção da violência obstétrica, foram realizadas pesquisas em livros, artigos e periódicos, que abordam claramente sobre a temática suscitada, com o The purpose of presenting responses to the problem raised: In what way should the nursing professional act in assisting pregnant women in preventing obstetric violence? Through this research, the conclusion was reached that obstetric violence portrays a violation of human rights and constitutes a serious public health problem, emphasizing the need for strategies for preventing and coping with the event through professional training of nursing professionals. academic, women's awareness, social mobilization, creation of laws and public policies, to guarantee obstetric care free of violence and established by sexual and reproductive rights.

Keywords: Nursing. Obstetric Violence. Childbirth.

1. INTRODUÇÃO

A violência obstétrica consiste basicamente em práticas realizadas por indivíduos que atuam no sistema de saúde, cujas atitudes vão contra a dignidade, os direitos e a integridade da mulher no processo de parto. Neste tipo de violência é possível verificar processos em que a medicação e os procedimentos são exercidos sobre um corpo submetido ao poder disciplinar, produto do conhecimento científico detido pelo pessoal de saúde. Neste processo, a mulher perde todo tipo de liberdade e poder sobre seu corpo, permanecendo em um nível de subordinação e obediência às decisões do indivíduo atuante no sistema de saúde, que a estaria atendendo a puérpera no seu parto, tornando-se vulnerável a práticas de violência obstétrica.

A fim de coibir ou pelo menos minimizar esse tipo de violência, entende-se que o acompanhamento pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento mais humanizado, pois é fundamental que as mulheres tenham acesso ao pré-natal, e é de suma importância que lhes sejam asseguradas informações sobre seus direitos e sobre as práticas recomendadas para a segurança do nascimento de seus filhos. O pré-natal tem papel importante, pois é ele que interfere nas expectativas geradas, sendo esse espaço para o compartilhamento de dúvidas e oferecimento de informações.

Nesse contexto, o papel do profissional de enfermagem se faz imprescindível, uma vez que cabe este profissional informar e aconselhar sobre os recursos disponíveis, registrar todas as intervenções realizadas no prontuário, bem como desenvolver um plano de cuidado individualizado, haja vista que, as necessidades específicas dessas mulheres durante o parto são multidimensionais. Diante disso, são necessárias intervenções de saúde que levem em conta aspectos biológicos, psicológicos e sociais dessas mulheres em um momento único e especial em suas vidas.

Desse modo, este trabalho se justifica pela relevância que o tema tem para a sociedade, tendo em vista que a violência obstétrica, por se tratar de uma violência silenciosa e institucionalizada, os maus tratos às mulheres durante o trabalho de parto expressos através da violência física e psicológica provocam importante sofrimento psíquico nas mulheres, as quais por falta de conhecimento acabam considerando tais procedimentos como sendo normais, favorecendo, dessa forma, práticas que são naturalizadas e reproduzidas nas rotinas dos hospitais de todo o país.

Portanto, considerando a relevância do tema abordado por esse estudo, o presente trabalho apresenta como problema de pesquisa o seguinte questionamento: De que forma o profissional de enfermagem deve atuar na assistência a gestante na prevenção da violência obstétrica?

Tal questionamento requereu uma revisão de literatura capaz de permitir que a temática investigada atinjisse o objetivo geral da pesquisa que é: Compreender o papel do profissional de enfermagem na assistência a gestante frente prevenção da violência obstétrica. Para tanto, alguns objetivos específicos foram traçados tais como: discorrer sobre a condição da gestante/parturiente frente ao parto normal ou cesáreo; abordar sobre a violência obstétrica em suas particularidades; discutir sobre o papel do profissional de enfermagem na assistência ao parto com responsabilidade, segurança e humanidade.

Assim sendo, a metodologia utilizada nesta pesquisa foi do tipo bibliográfica, a partir de uma revisão literatura, subsidiada por abordagem qualitativa, coletadas em livros, artigos e periódicos a partir das palavras chaves: enfermagem, violência obstétrica e parto, publicados nas bases de dados; Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Literatura Latino-

-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) publicado nos últimos 10 anos.

2. A CONDIÇÃO DA GESTANTE/PARTURIENTE FRENTE AO PARTO NORMAL OU CESÁREO

A crise convulsiva está ligada a uma alteração no funcionamento do sistema nervoso central, podendo ocasionar sequelas por toda a vida, sendo caracterizada por movimentos musculares súbitos e involuntários, que ocorrem de maneira generalizada ou apenas em segmentos do corpo (TEIXEIRA, 2020).

A epilepsia pode ser classificada de várias formas, e as subdivisões mais importantes são: grande mal, pequeno mal, psicomotora e jacksoniano. Uma comissão internacional reclassificou a epilepsia em duas categorias diferentes, através das suas características clínicas e eletroencefalográficas: generalizada e parcial. A liga internacional contra a epilepsia propôs em 1981, uma classificação revista das crises epilépticas dividindo-as em dois tipos principais: as crises parciais e as generalizadas, estas que podem ainda subdividir-se com base no comportamento clínico da pessoa em que: O período crítico; período intercrítico, e período pós crítico (JESUS; NOGUEIRA, 2008; MOREIRA, 2017; WHO, 2012; CASTRO, 2008).

A crise convulsiva pode ser definida como dois tipos de clônica e tônica, ou a junção dos dois tipos. As crises convulsivas tidas como tônicas se caracterizam por serem sustentadas com imobilização das articulações. Já as clônicas são rítmicas, alternando-se contração e relaxamento (OLIVEIRA, 2010; NASCIMENTO, 2014; ALMEIDA, 2009).

O indivíduo também passa por movimentos tônico – clônicos várias vezes com perda de consciência, que é a crise generalizada. Na fase tônica, os movimentos corporais são rítmicos, involuntários e agressivos, podendo sair secreção espumosa da boca e incontinência urinária. Na fase clônica os olhos ficam virados para a zona superior, os músculos ficam todos contraídos, os braços dobrados e o resto do corpo esticado, pode haver emissão de um som característico pela boca e dura pouco tempo, podendo gerar uma apneia (BARBOSA; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2019; BRASIL NETO, 2013).

Vale ressaltar que, os sinais e sintomas presentes em uma crise convulsiva caracterizam o tipo de convulsão, podendo ser do tipo generalizada, quando há movimentos dos braços e pernas, com a presença da rigidez, desvio ocular, perda da consciência e dificuldade respiratória com presença de cianose, e ou parcial, quando as convulsões são limitadas a uma área do corpo, mas podem estender-se a outras áreas, sem haver perda do conhecimento e ouvem sons que não existem. Já na Crise parcial complexa os movimentos da boca são contínuos, os movimentos do corpo não têm coordenação ao pegar em objetos, mexer na roupa, despir-se e andar (BRASIL, 2010; FARIA; MELLO; COSTA; TORRES, 2017).

Existe a crise mioclônica onde há contrações musculares súbitas e de forte intensidade em todo o corpo do indivíduo. E, na crise focal simples não há perda da consciência com alteração temporária no movimento, sensibilidade e função em um dos membros, e se houver perda da consciência chama-se crise focal complexa. Na crise atônica o corpo fica mole, e a pessoa perde a consciência levando a uma queda brusca (HONJOYA; RIBEIRO, 2017).

A epilepsia constitui – se um problema de ordem social, pois afeta o indivíduo como um todo, inclusive o meio onde recebem cuidados das mais diferentes maneiras. No mun-

do há um certo grau de dificuldade para reconhecer o público-alvo dessa patologia, devido ao déficit de conhecimentos sobre o processo de cuidar, acesso e atenção de qualidade que se associam às comorbidades mentais e físicas, refletindo no processo de cuidar de si e do outro. Esses pacientes procuram as diversas redes de assistência pelos pais, como o atendimento ambulatorial, as unidades de internação, a urgência e emergência, em unidade de terapia intensiva, no centro cirúrgico até em unidades de longa permanência (SOUSA, 2014; CASTRO, 2008; GOODWIN, 2011).

2.1 O período gestacional

A gravidez sempre chega com algumas particularidades, sendo ela inesperada, surpresa ou mesmo tendo sido feito um exame clínico de gravidez ou um planejamento, descobrir a gestação geralmente traz uma confusão de pensamentos, sentimentos e dúvidas relacionadas em estar ou não grávida, devido a não sensação ainda do feto nos primeiros meses, o que as deixa apreensivas quanto ao crescimento adequado da barriga, podendo pensar que ele não está crescendo corretamente. Porém, alguns sintomas próprios do início da gravidez, como vômitos, enjoos, entre outros agem como uma das formas de confirmação (SIMAS; SOUZA; COMIN, 2013).

O processo gestacional é acompanhado por modificações físicas que acontecem todos os dias até o nascimento do bebê. Trata-se de um período de descobertas, de medo e alterações emocionais decorrente de todo esse processo de transformação, o qual traz consigo amadurecimento para a mãe em formação, o qual também pode resultar em no fortalecimento ou fragilidade da sua saúde emocional a qual pode inclusive fomentar desorganização e confusão (SILVA, 2013).

Cumpre ressaltar que, nem todas as mulheres consideram o processo da gravidez positivo, haja vista que as mudanças ocorridas com a gestação incluem indisposição, inchaço das pernas e dos pés, dificuldade na respiração, cansaço mais frequente, preocupação com o parto, reflexão sobre essa nova etapa que se for mal elaborada pode resultar em conflitos que consequentemente interferem diretamente no relacionamento que está sendo formado entre mãe e filho, e muitas vezes se não houver uma atenção especial, pode gerar impactos na saúde da mãe e do bebê (PEREIRA, 2015).

Ressalta-se ainda que outras alterações podem trazer prejuízos não só para as gestantes, mas para seu companheiro, pois algumas destas estão intimamente relacionadas a saúde sexual que recebe influencias da cultura, do meio social e religioso, uma vez que segundo Pereira (2015), o desejo da atividade sexual pode ser diminuído assim como o próprio ato sexual, principalmente por questões relacionados ao medo, tabus, mitos que estão enraizados na sociedade.

Além disso, a mulher grávida está mais propensa a sentir náusea, dores nas costas, exaustão entre outros sintomas que estão relacionados ao período gestacional, bem como os fatores psicológicos também podem interferir, como humor depressivo, insatisfação com o relacionamento, dificuldade em aceitar a gestação, e por fim também recebe influência de efeitos fisiológicos marcados durante os trimestres gestacionais, pois há um aumento das mamas e sensibilidades das mesmas, cólica, desconforto pélvico, entre outros (PEREIRA, 2015).

Berger (2016) aborda que, o período gestacional é marcado a partir da concepção, e pode ser nomeado de idade gestacional do bebê, cujo desenvolvimento pode ser dividido em três etapas; as duas primeiras semanas são chamadas de período germinal; da terceira a oitava semana é chamado de período embrionário; e a partir da nona semana

até o nascimento é chamado de período fetal, ou como mais comumente é conhecido, o primeiro trimestre são os três primeiros meses, o segundo trimestre são os meses 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), e o terceiro trimestre os meses 7 (sete), 8 (oito), 9 (nove) (BERGER, 2016).

Alguns cuidados devem ser tomados como fatores de proteção para uma boa gestação, como fazer o pré-natal, seguir as recomendações do médico, ter uma alimentação saudável, fazer atividades físicas, não utilizar drogas, fazer acompanhamento psicológico entre os cuidados que vão propiciar um desenvolvimento saudável do bebê (OLIVEIRA *et* al*.,* 2013).

O período gestacional é singular para as gestantes, o qual fomenta cuidado em todos os aspectos, posto que as mulheres encontraram-se sensíveis devido a mudanças rápidas no seu corpo, na sua mente, e nas suas interrelações e sobretudo ao momento do parto. Durante esse período está sendo formado um ser humano que está ligado diretamente com a gestante, de modo que o bem-estar materno, se reflete na saúde do seu bebê (PEREIRA, 2015).

3. PERSPECTIVAS DE MORBIMORTALIDADE MATERNA E NEONATAL EM PARTOS

Nas últimas décadas, os índices de partos cesáreos aumentaram significativamente. Em 2008, aproximadamente 6.2 milhões de partos cesáreos foram realizados desnecessariamente em todo o mundo, sendo que a China e o Brasil representaram quase 50% do total de cesarianas sem indicação médica (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017). Os autores abordam ainda que partos cesáreos que são realizados adequadamente e com indicação médica, salvam vidas, porém, a segurança na realização desse procedimento continua sendo um desafio frequente.

É nesse ponto que os profissionais de saúde e as gestantes devem ter conhecimento dos riscos associados às diferentes vias de parto, visto que a importância desse procedimento faz-se necessária, devido à frequência de complicações maternas agudas relacionadas ao parto cesáreo sem indicação clínica. Esse conhecimento é necessário para ajudar a aconselhar as mulheres.

O parto vaginal/normal por ser visto por várias mulheres como um momento de dor e sofrimento decorrente dessa dor, remete-se a uma experiência negativa, motivo pelo qual muitas mulheres recorreram ao parto cesáreo acreditando ser menos doloroso e onde poderiam ter um atendimento de melhor qualidade. Essa concepção induziu muitas mulheres de classes socioeconômicas inferiores a adotar esse método com a percepção de que tal procedimento fosse vislumbrado como referência de melhor qualidade de assistência, elevando assim, os índices de cesariana nessa classe (MELLO; SOUZA, 2014).

O fato de muitas mulheres optarem pelo parto cesáreo, mesmo na ausência de riscos biológicos, às vezes parecem desnecessários, porém muitas passam por experiências traumáticas, que justificam a escolha por esse tipo de parto. O parto cesáreo é um recurso importante na diminuição da morbimortalidade materna e fetal, porém, faz-se necessário o seu uso de maneira devida, pois quando adotado de forma excessiva, fica também associado a um risco aumentado de resultados maternos graves (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

Por esse motivo é necessário que as gestantes tenham conhecimento sobre as verdadeiras indicações do parto cesáreo, o que pode levá-las a não desistirem do parto natural

somente por conveniência médica. De acordo com Oliveira *et* al*.,* (2016), o alto índice de cirurgias cesarianas também pode ser responsável por causas de óbito materno, como hemorragias, infecções, além de várias complicações pós-parto.

O parto cesárea é tido por muitas mães como parto ideal, pois a princípio o mesmo não lhes causa a angústia do trabalho de parto, ou seja, a dor de parto, definido por muitas mulheres como algo traumatizante. Porém, observa-se que muitas gestantes não possuem conhecimentos sobre **os** riscos de um parto cesárea, bem como quais são suas possíveis indicações (FAÚNDES; CECATTI, 2016).

As consequências disso são bastante sérias: as cesáreas acarretam quatro vezes mais riscos de infecção puerperal, três vezes mais riscos de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mãe, maior período de separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação e elevação de gastos para o Sistema Único de Saúde (CFM, 2007 apud MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

No modelo intervencionista da assistência ao parto, a mulher torna-se o objeto da ação, perdendo o controle de decisão sobre seu próprio parto (TANAKA, 2013). A autonomia da mulher no momento do parto está vinculada a sua inclusão na decisão sobre a via de parto; isso ocorre na medida em que ela é informada a respeito das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta a ser tomada. Nesse contexto, o diálogo entre o profissional de saúde e parturiente é a base do que se denomina "aliança terapêutica", que depende da relação equipe de saúde e paciente (FAÚNDES; CECATTI, 2016).

A expectativa da gestante quanto ao tipo de parto, está ligada com as informações que serão obtidas e explicadas para ela durante o pré-natal, que deve fazer parte da assistência ao parto. Dessa forma a gestante poderá conhecer as alternativas possíveis na assistência, em situação normal e no caso de surgirem complicações.

Atualmente, até o discurso feminista do direito da mulher à escolha está sendo apropriado pela obstetrícia para justificar a "cesárea a pedido". Todavia, a aparente "liberdade de escolha" outorgada à mulher é muitas vezes, acompanhada da falta de informações sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e nascimento (MELLO; SOUZA, 2014).

Hotimsky et al. (2012) em sua pesquisa, refletem sobre outros estudos e afirmam que trabalhos frequentemente colocam em dúvida a argumentação de que a preferência das mulheres é o fator responsável pelo aumento no número de partos cirúrgicos. Entretanto, fica claro, a tendência de autores de valorizar e dar voz aos usuários dos serviços de saúde, estimulando-se a participação social, o protagonismo do usuário, e sobretudo a melhora da qualidade da assistência profissional a este momento.

3.1 Violência obstétrica

A violência contra a mulher é uma das principais formas de violação dos direitos humanos, que se apresenta como uma realidade infeliz na maioria das sociedades. No entanto, sua gravidade muitas vezes pode passar despercebida. Dentro do grave problema da violência contra a mulher, considera-se a violência a que estão expostas as gestantes, exercidas inclusive por profissionais que prestam serviços de saúde, durante sua internação para tratamento de parto, cesariana ou aborto espontâneo, situação que foi qualificada como violência obstétrica, o que tem implicações legais (SENA; TESSER, 2017).

Há uma série de condições que fazem com que o risco de violência na gravidez

aumente consideravelmente, como gravidez precoce, baixo nível socioeconômico, uso de álcool e drogas pelo parceiro, mãe solteira e gravidez indesejada. No campo da violência contra a gestante, verifica-se que o agressor é alguém próximo a ela, como marido, namorado, companheiro ou familiar (SILVA et al., 2015).

No entanto, deve-se esclarecer que, mesmo quando a mulher pode sofrer algum tipo de violência durante a gravidez, nem toda violência contra a gestante é violência obstétrica, pois esta, se refere, especificamente, ao atendimento que ela recebe durante o processo de parto e nascimento, seguindo orientação médica, modelo que se repete em todas as áreas obstétricas públicas e privadas do país, sendo nestes momentos críticos que podem ser vítimas de violência psicológica ou física por parte dos profissionais de saúde (FAÚNDES; CECATTI, 2016).

Ressalta-se que não só o médico, mas também os demais membros da equipe de saúde que participam do parto ou cesariana são capazes de causar violência obstétrica, todavia são os médicos que carregam o maior peso de responsabilidade e que realizam a maioria dos atos que podem gerar violência contra as mulheres. Assim, a violência obstétrica está indissociavelmente ligada à questão da violência de gênero, como também é chamada de violência contra a mulher, envolvendo seus direitos sexuais e reprodutivos (FREITAS, 2017).

A gravidez e o parto são aspectos muito importantes da saúde reprodutiva, assim como os direitos que correspondem às mulheres sobre esses processos naturais. Elas têm o direito de tomar decisões informadas durante o parto, livres de coerção, que as levem a ter o parto que desejam. O parto não é um evento médico que requer múltiplas intervenções, mas sim um processo fisiológico de reprodução que deve ser baseado em uma questão de direitos humanos e justiça social. O parto não é uma doença da mulher, mas, pelo contrário, é um processo natural, fisiológico e vital do seu corpo, associado à sexualidade feminina e à função reprodutiva, mesmo quando podem surgir complicações durante o seu andamento que exijam cuidados médicos oportunos. Nesse processo muito complexo do parto, intervêm múltiplas variáveis com uma perspectiva antropológica, social, cultural e psicológica (SILVA et al., 2015).

Durante o trabalho de parto e o período de expulsão do feto, toda mulher passa por situações de grande vulnerabilidade e sensibilidade, independentemente da idade. Portanto, a parturiente tem o direito de ser tratada com respeito de forma individual e personalizada, garantindo sua privacidade e suas orientações socioculturais. Da mesma forma, ela tem o direito de receber informações oportunas sobre a evolução do parto e de ser atendida em um ambiente com boas condições.

Segundo Soares (2016), a violência obstétrica é entendida como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizante, no abuso de medicamentos e na patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

De acordo com Sena e Tesser (2016) algumas ações do realizadas pela equipe de saúde podem ser tipificados como crimes de violência obstétrica, dentre os quais pode-se destacar:

1. Obrigar a mulher a parir em decúbito dorsal e com as pernas levantadas, com os meios necessários para realizar o parto vertical.
2. Impedir o apego precoce da criança à mãe, sem causa médica justificada, negan-

do-lhe a possibilidade de carregá-la e amamentando-a logo ao nascimento.

3. Alterar o processo natural do parto de baixo risco, através do uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.
4. Praticar o parto por cesariana, nas condições existentes para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.

Atualmente, a questão da violência obstétrica ocupa um lugar de interesse prioritário para a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO, que, juntamente com outras instituições internacionais, soma esforços em prol de evidenciar o grave problema da violência contra a mulher para preveni-la e combatê-la adequadamente (SOARES, 2016).

No contexto da violência obstétrica existem algumas expecificidades voltadas a esse tipo de violência, tais como a violência institucional, psicológica e sexual, conforme será detalhada a frente.

3.2 Violência institucional

De acordo com Aguiar; Oliveira e Schraiber (2013), este tipo de violência, manifesta-se como: negar tratamento sem encaminhar para outros serviços para receber atendimento oportuno, fornecer deliberadamente informações erradas ou incompletas, longas esperas para ser atendido em unidades de saúde que podem contribuir para sofrimento psíquico e danos físicos, negação de medicação, cuidados ou gestão da dor como 'punição' e taxas excessivas para serviços.

Essa forma de violência obstétrica é subcategorizada em políticas institucionais que não atendem às expectativas das gestantes no processo de parto e insatisfação com a assistência à saúde recebida durante o trabalho de parto.

As políticas institucionais são decisões escritas que se estabelecem como manuais de orientação ou protocolos assistenciais, em relação aos procedimentos administrativos e de prestação de serviços de saúde. Estes desempenham um papel importante na garantia dos direitos das mulheres durante a assistência no processo obstétrico, contribuindo para um atendimento humanizado e de qualidade. No entanto, os rígidos marcos institucionais e o desconhecimento das práticas culturais de cuidado muitas vezes prejudicam a possibilidade de viver o parto como uma experiência positiva, integral e familiar (SILVA et al., 2015).

Dessa forma, algumas políticas institucionais relacionadas não são aprovadas explicitamente pelas gestantes. uma delas, refere-se ao toque para avaliar a dilatação, uma vez que é realizado repetidamente, por pessoas diferentes e sem consentimento. A esse respeito Soares (2016) aborda que nesses atos médicos há violação do direito à privacidade devido à intrusão não consensual da privacidade por meio da exposição e/ou revisão massiva do corpo e dos órgãos genitais. Todas essas situações geram ansiedade, sentimento de impotência e desconforto nas mulheres.

Segundo Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013), os exames vaginais repetidos fazem parte da cadeia de intervenções que agilizam o parto no modelo industrializado de parir/parto e que buscam agilizar o processo de parto além de ocupar o menor tempo possível para a saúde de tal forma que quase sistematicamente se inclui uma espiral de intervenções nas quais o trabalho de parto deve ser induzido se não progredir sozinha e prontamente.

Comumente as adolescentes e principiantes são as mulheres com maior risco de serem vítimas desse tipo de violência. O castigo por reclamar ou gritar de dor é o abandono,

deixando-os sozinhos, ignorando; uma tática frequente e que constituem um fato instrutivo para as demais mulheres com quem esses espaços são compartilhados. É nesse ponto que o silêncio acaba sendo a estratégia adotada pelas mulheres para, de alguma forma, obter melhores cuidados (SAUAIA; SERRA, 2016).

Sobre a qualidade da assistência à saúde durante esses processos, Aguiar; Oliveira e Schraiber (2013), refere que as expectativas de cuidado da gestante no parto giram em torno de necessidades afetivas como afeto, atenção e compreensão, e que estas devem ser atendidas pelo profissional de saúde ou por um acompanhante para garantir um atendimento pontual, de alta qualidade e humanizado.

3.3 Violência Psicológica

A violência Psicológica trata-se de uma modalidade bastante frequente posto que é considera a omissão do direito à informação e autonomia na tomada de decisão da gestante e sua família no processo de nascimento. No entanto, muitas mulheres não recebem informações suficientes sobre o processo de trabalho de parto e parto durante as consultas de pré-natal, a equipe médica não disponibiliza de tempo necessário para ministrar tal orientação (AGUIAR; OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Segundo Mello e Souza (2014), cada parto é único, mesmo para as não primíparas, por isso é necessário que a gestante seja informada sobre as decisões tomadas no âmbito dos processos de cuidado com seu corpo, seu filho e seu processo de parto. Isso ajuda a reduzir os níveis de ansiedade, a desempenhar um papel ativo, a construir relações mais equitativas com os profissionais de saúde e a atender efetivamente às suas solicitações.

A violência verbal e o impedimento das gestantes de se expressarem livremente, também se constituiu em outra subcategoria por meio da qual se manifesta a violência psicológica, o que compromete o bem-estar das mulheres que vivenciam essas experiências onde é imprescindível receber apoio. Lowdermilk e Perry (2012), afirmam que os movimentos, vozes, sons, palavras e olhares são fundamentais e prazerosos para o desenvolvimento do parto, pois se tornam a possibilidade de comunicar o que se sente.

Além disso, a possibilidade de a mulher decidir de forma autônoma em qual posição parir é impensável. A esse respeito, Campos et al. (2016) destaca que forçar a mulher a dar à luz em decúbito dorsal e com as pernas levantadas é considerado ato constitutivo de violência obstétrica, com os meios necessários para a realização do parto vertical.

3.4 Violência sexual

Dentro das investigações sobre violência obstétrica, a violência sexual trata-se de qualquer tipo de comportamento que busque coagir uma pessoa a realizar uma determinada conduta sexual. Entendida na presente investigação como insinuações ou comentários sexuais em meio ao desenvolvimento do processo obstétrico.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2019) define violência sexual como qualquer *ato* sexual, tentativa de consumação de *ato* sexual, comentários *ou avanços* sexuais indesejados, *ou ações* para comercializar *ou* de *outra* forma usar a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção por *outra* pessoa, independentemente da relação deste com a vítima, em qualquer *ambiente.*

Esse tipo de ato também encontra-se presentes nos cenários de assistência ao parto,

posto que gestantes são obrigadas a expor seus corpos e principalmente seus genitais, gerando uma sensação de maior vulnerabilidade ao serem atendidas.

Segundo Sauaia e Serra (2016) esse tipo de violência apresenta especial gravidade por aparecer durante os processos de assistência ao parto e parto dentro das instituições hospitalares, degradando o ato médico e constituindo uma flagrante violação dos direitos humanos da mulher. Mostra também uma completa atitude de submissão e incapacidade das mulheres para enfrentar esse tipo de violência e desconhecimento de seus direitos.

A alta frequência de violência obstétrica em suas diferentes modalidades se sobrepõem de uma forma ou de outra na mesma experiência, dando conta do drama que as mulheres vivem diante da violação de seus direitos humanos em um contexto onde deveriam se sentir protegidas. No entanto, é preciso destacar os esforços de muitos membros da equipe de saúde e de suas instituições que conseguem prestar assistência humanizada e de qualidade (MELLO; SOUZA, 2014).

Verifica-se que, os membros da equipe de saúde acabam em muitos casos exercendo a violência obstétrica mesmo sem plena consciência do que suas ações ou omissões podem representar na vida das mulheres que atendem, uma vez que o peso do modelo médico hegemônico, a manutenção de padrões culturais machistas, cumprimento de protocolos assistenciais e políticas institucionais, responsabilidades e sobrecarga de trabalho que lhes são atribuídas pelo sistema de saúde, bem como uma infraestrutura que não garante a privacidade e o acompanhamento de um familiar significativo; permeiam todos os processos de cuidado e comprometem seriamente a possibilidade de garantir um parto e nascimento respeitoso, protegido e consensual (SENA; TESSER, 2017).

Ressalta-se que, no que diz respeito à prevenção da violência obstétrica, um dos aspectos fundamentais na proteção dos direitos das gestantes é a obrigação do pessoal de saúde de obter o consentimento prévio informado, antes e durante a gravidez. , para colocar em prática os procedimentos diagnósticos e terapêuticos ou uma intervenção cirúrgica que venha a ocorrer (SILVA et al., 2014).

O consentimento informado constitui um instrumento que garante e protege a autonomia do doente, devendo sempre ser assinado antes da intervenção médica, para que o documento adquira o valor jurídico que lhe corresponde. Ressalta-se que o consentimento informado liberta o médico de consequências previsíveis, mas não o exonera de negligência médica por incompetência, imprudência e não observância das regras (SOARES, 2016).

4. O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PARTO COM RESPONSABILIDADE, SEGURANÇA E HUMANIDade

A história da assistência ao parto segundo Vendrúscolo e Kruel (2015) era de responsabilidade exclusiva das mulheres; somente as parteiras, conhecidas na sociedade pelas experiências que possuíam, podiam realizar essa prática, apesar de não terem conhecimento científico para isso. Em contrapartida, a presença masculina era proibida no ato de parturição.

A partir do século XX, mais precisamente na década de 40, a hospitalização intensificou-se, o que levou o parto como processo natural, privativo e familiar a uma esfera pública, induzindo a mulher à submissão, fazendo com que a parturiente perdesse a privacidade e autonomia submetendo-se a práticas intervencionistas, as quais, por vezes, ocorrem sem o acompanhamento da família ou mesmo sem o consentimento da própria

parturiente (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Nesse modelo de assistência, o sofrimento físico e moral, a dor, medo e tensão passaram a ser vivenciados pelas parturientes, impedindo assim, o processo fisiológico do parto natural, culminando na maioria das vezes em práticas intervencionistas desnecessárias, caracterizadas por violência obstétrica (FERREIRA *et* al*.,* 2013).

É nesse ponto que a humanização surgiu como aspecto fundamental na assistência ao parto, haja vista que, a humanização desenvolve uma assistência integral, onde o respeito e o atendimento à parturiente abrangem as dimensões espiritual, psicológica, biológica, fazendo o parto mais fisiológico, através da diminuição de intervenções desnecessárias e a inserção de práticas que diminuam o desconforto emocional e físico (FERREIRA *et* al*.,* 2013).

De acordo com Vendrúscolo e Kruel (2015) a atenção humanizada envolve um conjunto de discernimentos, ações e procedimentos que visam à promoção do parto natural e do nascimento saudável, prevenindo o alto índice de morbimortalidade materna e perinatal. É necessário um relacionamento de confiança, focado nas necessidades e desejos da parturiente, permitindo assim, uma concepção segura.

Segundo Campos *et* al*.,* (2016) a humanização do parto é uma das ações que integram a Política Nacional da Humanização (PNH), produzida pela OMS, cuja prioridade é o atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, reduzindo os índices de partos cesáreos e de morbimortalidade materna, garantindo assim maior cooperação da parturiente nas decisões sobre seu estado, proporcionando o bem-estar da mulher e do recém-nascido.

Outra forma essencial da Política de Humanização é o acolhimento, que exige uma recepção humana e atentiva às queixas, preocupações, angústias e dúvidas das parturientes, as quais são ouvidas e informadas quanto à atribuição da equipe na resolução dos problemas e na continuidade da assistência, quando houver necessidade desta (SANDIM, 2017).

Nesse contexto, o enfermeiro, como profissional atuante, além de identificar as ações cuidadoras que são elaboradas no parto normal, deverá também ter uma visão ampla em relação às reações identificadas pelas gestantes após o recebimento da assistência humanizada. Este profissional deve compreender a importância da prestação de uma assistência adequada e de qualidade, buscando sempre acolher a mulher com segurança, observando possíveis fatores que possam levar a estresse, como dor, proporcionando um ambiente de cuidado e conforto tanto para a parturiente como para a família (LEAL *et* al*.,* 2014).

É necessário que o profissional de enfermagem reflita sobre as atitudes a serem tomadas e na melhor forma de colocar as práticas humanizadas, haja vista que a segurança e acolhimento que a parturiente sente durante o trabalho de parto se deve também ao fato de o enfermeiro se embasar na educação em saúde.

Ainda no contexto da humanização, Silva *et* al*.,* (2014) reiteram que, o não uso de métodos farmacológicos para aliviar a dor; o incentivo ao aleitamento materno logo após o parto; o respeito dos profissionais aos fatores emocionais, culturais e sociais maternos; o acolhimento; o esclarecimento das dúvidas quanto ao parto pelos profissionais; bem como, a permissão do acompanhante escolhido pela gestante para prestar apoio neste momento, caracterizam algumas habilidades humanizadas.

A humanização tem sido definida por diversos autores como um resgate do acompanhamento do trabalho e da assistência ao parto, respeitando a fisiologia da parturiente e do momento, oferecendo o necessário suporte emocional para a mulher e tam-

bém para a família ou o acompanhante. Também faz parte deste processo, ouvir e respeitar os desejos da mulher e o seu "plano de parto", propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude (SANDIM, 2017).

Segundo Mello e Souza (2014), o parto cesáreo tornou-se um procedimento muito comum, e a possibilidade de se ter um parto normal deixou de ser uma prática em algumas maternidades, mesmo quando é a vontade da gestante, vontade esta que, por falta de conhecimento e/ou informação, é colocada em segundo plano. A este respeito Ferreira *et* al. (2013) relatam que, a falta de conhecimento das gestantes e a carência de enfermeiros obstetras nas maternidades são umas das dificuldades encontradas para que a política de humanização possa, de fato, ser estabelecida.

No geral, o que mais se influência na satisfação com o parto é o como os profissionais se comportam diante das situações, uma vez que, a satisfação com o parto está diretamente associada a um ambiente acolhedor e à assistência de profissionais aptos a atenderem a parturiente de forma humanizada.

4.1 O papel do enfermeiro frente ao trabalho de parto

O papel do enfermeiro é de fundamental importância durante a trajetória de todo o parto, não só durante o trabalho de parto, mas também durante toda a gestação, por meio do acompanhamento durante o pré-natal. Este ciclo ocorre mensalmente até a 34º semana, quinzenalmente até á 36º semana e semanalmente após 38 semanas IG (Idade Gestacional), pois será durante esse período que o profissional de enfermagem irá adquirir um vínculo mais afetivo entre profissional e paciente, favorecendo, com isso, a confiança da gestante e de toda sua família.

Segundo a OMS a gestante tem direito de no mínimo 06 consultas durante sua gestação, voltadas para realização de testes rápidos, vacinas necessárias, e verificação de sinais vitais, entre outros procedimentos (MELLO; SOUZA, 2014).

Neste contexto, cabe ao profissional de enfermagem ter conhecimento cientifico e técnico para identificar precocemente qualquer alteração, de modo a orientar a gestante a informar ao medico tais alterações, evitando assim possíveis complicações para a gestante e o feto. Além disso, o papel do profissional de enfermagem concentra-se no fornecimento de informações, orientações e apoio psicológico, emocional, físico e cultural à gestante e à família durante o processo gestacional e de trabalho de parto, de modo que sua assistência possa garantir os melhores resultados possíveis para todos os envolvidos (MELLO; SOUZA, 2014).

Para Vendrúscolo e Kruel (2015) é de fundamental importância envolver a gestante como parceira na formulação de um plano de cuidado, uma vez que isso irá reforçar a sua autoestima e nível de satisfação. Portanto, a essência da atuação do enfermeiro requer que este profissional respeite os aspectos fisiológicos do corpo feminino, sem o uso de intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos emocionais, culturais, físicos, de todo o processo do trabalho de parto e nascimento, oferecendo todo suporte tanto, emocional quanto estrutural, à mulher e a sua família, garantindo-lhes os direitos que lhe são devidos.

Cumpre ressaltar que em meio aos profissionais de enfermagem obstetras, existe a chamada 'doula', uma profissional de suma relevância na assistência a parturiente, sobretudo, frente ao parto natural, pois trata-se de um profissional que ajuda a mulher a encontrar as posições mais confortáveis durante as contrações, a qual geralmente faz compressas e massagens para minimizar a dor. Além disso, essa profissional ainda auxilia

o parceiro da gestante a participar diretamente do parto, ao mesmo tempo que informa o casal sobre todos os procedimentos que estão sendo realizados (TESSER et al., 2015).

Sandim (2017) relata que, em 1998, o Ministério da Saúde reconheceu a qualidade da assistência humanizada prestada pelo enfermeiro obstetra nos hospitais públicos, incluindo na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra. Em 1999, o Ministério da Saúde realizou a criação dos centros de parto Normal (CPN) para a realização de partos de baixo risco, liderados por enfermeira obstetra, que presta muitos serviços às parturientes e aos recém-nascidos.

Frente a estes preceitos, é muito importante que todos da equipe obstétrica sejam capacitados e sensibilizados a trabalhar em conjunto e superar desavenças, de modo que sejam respeitados os desejos das mulheres acolhidas no serviço.

Nesta perspectiva Lowdermilk e Perry (2012, p. 415) relatam que:

As mulheres guardam algumas lembranças das experiências vividas por elas durante o nascimento dos seus filhos, o enfermeiro terá um dos papeis mais importante durante esse processo, aqueles que protegem, apoiam, respeitam, simpáticos, encorajam e dão forças, essas experiências serão lembradas para sempre da melhor forma possível.

Compreende-se, portanto que, a assistência humanizada é de fundamental importância para garantir que o parto seja um momento único, e uma experiência positiva e enriquecedora. Desta forma, resgatar o contato humano, ouvir, apoiar, motivar, acolher, explicar, adquirir vínculos são aspectos indispensáveis na atuação do enfermeiro na assistência ao parto (LEAL *et* al*.,* 2014).

É nesse ponto que a equipe multiprofissional, formada por enfermeiros e médicos obstetras deve atuar unida, em busca de um atendimento integral, pois dessa forma, o sucesso nos procedimentos tende a ser muito maior, favorecendo a diminuindo de intervenções no trabalho de parto, e o tempo de internação das puérperas. Como consequência, gera-se economia para os setores de assistência à saúde da mulher e da criança, além, obviamente de satisfação profissional, em detrimento da assistência humanizada do profissional de enfermagem (TESSER et al., 2015).

5. CONCLUSÃO

Constatou-se com a pesquisa que a violência obstétrica embora, infelizmente se apresente como uma prática corriqueira em muitas unidades de saúde, sua caracterização enquanto 'violência' ainda é algo desconhecido por muitas gestantes/ parturientes que sofrem caladas com esse tipo de problema pela fala de conhecimento sobre o assunto. Diante disso, ratifica-se a necessidade de políticas públicas eficazes no combate aos vários tipos de violência sobretudo em um momento de tamanha vulnerabilidade, como é o caso das parturientes.

Ademais, sinaliza-se a importância da capacitação profissional dos profissionais de enfermagem, vislumbrando um melhor atendimento à gestante durante o pré-natal, no processo de orientação e suporte, bem como da necessidade de políticas públicas que possam implantar mais programas de conscientização sobre os direitos das mulheres durante o período gravídico, bem como de divulgação por parte das mídias e de acesso as leis que defendem os direitos das mulheres, tendo em vista que estas são algumas das causas que levam ao desconhecimento sobre o tema, e consequentemente a falta de denúncia e punição aos agressores.

Referências

AGUIAR JM; OLIVEIRA AFPL; SCHRAIBER LB. **Violência institucional,** autoridade **médica e poder nas maternidades sob a** ótica **dos profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/Acesso em: outubro de 2022.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. Anais **do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014.

BERGER, Kathleen Stassen. O **desenvolvimento da pessoa**: do nascimento à terceira idade. Rio de Janeiro: LTC, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de** alto **risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Neusa Ferreira de et al. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde,** Nova Esperança, v. 14, n. 1, p.47-58, abr., 2016.

FERREIRA AGN, RIBEIRO MM, DIAS LKS et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev enferm UFPE**, Recife, 7(5):1398-405, maio, 2013.

FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira; RIBEIRO, Mônica Moura; DIAS, Livia Karla Sales. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev enferm UFPE**, Recife, 7(5):1398-405, maio, 2013.

FREITAS. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 105, 2017. Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100504&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: outubro de 2022.

FAÚNDES, Azambuja VF; CECATTI, Bueno C. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. 2016. **Rev. Saúde Soc.** Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/ v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0572.pdf acesso em: outubro de 2022.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. **O** parto como eu vejo... **ou** como eu o desej**o**?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, **acerca** do parto e da **assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública** [online]. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2002000500023&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em: outubro de 2022.

LEAL, MC; PEREIRA, AP; DOMINGUES, RM; THEME, MM; DIAS, MA; NAKAMURA-PEREIRA, M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(Supl. 1), S17-S32. 2014

LOWDERMILK, J. F; PERRY, C. V. C.; Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Saúde em Revista**.v. 8 , n. 19, pp. 13-19, 2012. Disponível em: http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02.pdf. Acesso em: outubro de 2022.

MELLO, DP; SOUZA, RM,. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. **Rev. enferm.** UERJ. 2014. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a13.pdf. Acesso em: outubro de 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Compreender e** abordar **a violência contra a mulher;** 2019.

OLIVEIRA, Daiane Rocha de et al. A mulher **contemporânea e a maternidade tardia**. Mostra de iniciação científica do cesuca, n. 7, nov. 2013. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/512> Acesso em: outubro de 2022.

PEREIRA, Mariana Cortez. Avaliação **da função sexual da mulher no período gestacional.** Dissertação de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas em Minas Gerais. Minas Gerais, 2015. Disponível em:<http://bdtd.unifalmg.edu.br:8080/bitstream/tede/774/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Marina %20Cortez%20Pereira.pdf>. Acesso em: outubro de 2022.

SANDIM, Natália Ferrari de Carvalho. **Nível do conhecimento das mulheres** acerca **da violência** obstétrica**.** UNICEB: Brasília, 2017.

SENA LM; TESSER CD. **Violência** obstétrica **no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães:** relato de duas experiências. Interface, 21(60) p.209-20, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017000100209&script=sci_abstrac&tlng=pt. Acesso em: outubro de 2022.

SILVA MG, MARCELINO M, RODRIGUES LSP, TORO RC, SHIMO AKK. Violência obstétrica na visão de en-

fermeiras obstetras. **Rev Rene**. 2014 jul-ago; 15(4):720-8. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121. Acesso em: outubro de 2022.

SILVA, Charles; EDUARDO, Dalcanale; RAMOS, Marilia; SERRA, Maiane. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola** Anna **Nery** 19(4) Out-Dez 2014.

SILVA, Andressa Hennig. **Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção.** O mundo da saúde. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 208-215, 2013.Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_p rogramas_intervencao.pdf> Acesso em: outubro de 2022.

SIMAS, Flavia Baroni; SOUZA, Laura Vilela e; COMIN, Fabio Scorsolini. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Revista Psicologia Teoria e Prática**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 19-34, 2013. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872013000100002> Acesso em: outubro de 2022.

SOARES AF. **Parto humanizado e a violência** obstétrica**:** o cuidado do técnico de enfermagem. 18 f, Curso Técnico em Enfermagem - Escola GHC, Instituto federal de educação, ciência e tecnologia do rio grande do sul – Campus Porto Alegre, 2016.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: Violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**. Brasília, v. 2, n. 1, p. 128 – 147, Jan/Jun. 2016.

TESSER, CD; KNOBEL, R; ANDREZZO, HF de A; DINIZ, SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária/: o que é e o que fazer. **RevBrasMed Família Comunidade**. 2015; 10(35):1-12.

TANAKA, Riesco A.C. et al. Assistência ao **parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf acesso em: outubro de 2022.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A **história do parto:** do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/1842-5134-2-PB.pdf acesso em outubro de 2022.

7

HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

HYPERTENSION IN PREGNANCY AND NURSING CARE

Francialda Costa Leal

Thaís Gomes Oliveira

Resumo

Tendo em vista que a hipertensão gestacional é a causa mais recorrente de complicações entre mulheres grávidas no ciclo gravídico-puerperal, podendo levar ao óbito e pela gravidade da doença/síndrome, seus fatores e consequências, destaca-se a importância do profissional frente ao cuidado da gestante. O presente estudo tem como objetivo analisar às ações que o enfermeiro presta, diante a mulher gestante portadora de hipertensão gestacional, sua importância, às dificuldades enfrentadas e, como a assistência é aplicada. Para tal estudo, utilizou-se uma revisão integrativa da literatura em artigos disponíveis nas bases de dados do Scielo e Lilacs, no período de janeiro de 2015, até outubro de 2021. Constata-se na literatura a importância do enfermeiro no cuidado prestado para as gestantes com hipertensão e os desfechos positivos que o acompanhamento pode trazer para mãe ao fim da gestação. A análise da literatura, mostrou que o cuidado adequado e de qualidade, sempre trará bons resultados e que, o enfermeiro, é o autor principal, para que toda história gravídica, tenha um bom desfecho. O profissional enfermeiro (a) possui contato direto com a gestante e família, criando assim um laço de confiança e esclarecendo dúvidas que possam surgir, este profissional deve ter o olhar crítico e técnico para auxiliar a mãe durante o período gestacional garantindo um atendimento de qualidade.

Palavras-chave: Gravidez. Hipertensão Gestacional. Pré-natal. Assistência de Enfermagem. Cuidados Prestados à Gestante com Hipertensão.

Abstract

Considering that gestational hypertension is the most recurrent cause of complications among pregnant women in the pregnancy-puerperal cycle, which can lead to death and due to the severity of the disease/syndrome, its factors and consequences, the importance of the professional in terms of care is highlighted. Of the pregnant woman. The present study aims to analyze the actions that nurses provide to pregnant women with gestational hypertension, their importance, the difficulties faced, and how care is applied. For this study, an integrative literature review was used in articles available in the Scielo and Lilacs databases, from January 2015 to October 2021. The importance of nurses in the care provided to ace is verified in the literature. Pregnant women with hypertension and the positive outcomes that follow-up can bring to the mother at the end of pregnancy. Literature analysis showed that adequate and quality care will always bring good results and that the nurse is the main author, so that every pregnancy history has a good outcome. The professional nurse has direct contact with the pregnant woman and her family, thus creating a bond of trust and clarifying any doubts that may arise, this professional must have a critical and technical eye to help the mother during the gestational period, ensuring quality care.

Keywords: Pregnancy. Gestational Hypertension. Prenatal. Nursing Care. Care provided to pregnant women with hypertension.

1. INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem durante o pré-natal é de suma importância, pois um profissional qualificado pode diagnosticar precocemente um quadro de hipertensão gestacional. Com o intuito de prevenir possíveis complicações e reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil, o enfermeiro avalia a paciente e desenvolve um plano de cuidado. Essa assistência de cuidados segue a mãe hipertensa durante o pré-natal e após.

Pode-se classificar, em cinco formas, as doenças hipertensivas, sendo elas: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclampsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional e Síndrome HELLP que é uma complicação da pré-eclâmpsia. Uma vez não cuidada, a DHEG pode desencadear agravamento e levar à piora do quadro, como por exemplo do caso da pré-eclâmpsia que se não controlada pode evoluir para um quadro clínico mais grave e até levar a óbito, como no caso da eclampsia.

O presente estudo foi motivado pela alta mortalidade materna e perinatal atrelada a Hipertensão Específica da Gravidez e a possibilidade de ações durante o pré-natal, pela assistência de enfermagem. O rastreamento e vigilância durante toda a gravidez, garantem o tratamento precoce da hipertensão. Com isso, promove-se intervenções com a participação da família da mãe e oferece um melhor atendimento à gestante, implementando ações mais direcionadas a esse grupo de paciente, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Sendo assim a problemática que norteou a pesquisa foi: Quais os cuidados de enfermagem com a gestante hipertensa?

Este trabalho visa mostrar, por meio de pesquisas, a atuação da enfermagem e as condutas que foram desenvolvidas para ajudar a melhorar a qualidade de vida da gestante hipertensa. Nesse contexto, esta pesquisa apontará a importância de que a equipe tenha ciência dos fatores que predispõem a hipertensão gestacional, com o intuito de estarem aptos a reconhecerem a possibilidade do desenvolvimento desta, independentemente da fase do Pré-Natal, estando capacitada para planejar ações preventivas.

O tipo de pesquisa a ser realizada será uma Revisão de Literatura, onde serão pesquisados artigos científicos, dissertações e livros selecionados através de busca em base de dados, como: livros, sites de busca como Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Biblioteca digital Scribd, Google Acadêmico e o site do Ministério da Saúde. A pesquisa será realizada em artigos publicados em um período de 2012 a 2022, limitando-se a língua portuguesa e utilizando-se de palavras-chave, como: hipertensão na gravidez, enfermagem, pré-natal.

2. A HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

O processo de gestação é caracterizado por importantes alterações físicas, psicológicas e motoras que são necessárias para a adaptação à nova condição. Essas mudanças ocorrem da primeira até a última semana de gestação, quando as condições pré-gravídicas retornam. Essas transformações são comuns e geralmente ocorrem sem incidentes, e são chamadas de gravidez de baixo risco ou risco habitual. No entanto, quando ocorrem intercorrências e/ou complicações, torna-se uma gravidez de alto risco, necessitando de maior atenção e assistência contínua por parte da equipe interprofissional (OLIVEIRA *et al*., 2017).

A Hipertenso Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada por aumento sustentado da pressão arterial (PA) e aumento da incidência de aterosclerose, assim como maior incidência de cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, vascular periférica e doença vascular renal. Além disso, a hipertensão arterial sistêmica é causa de cardiopatia hipertensiva, causa comum de insuficiência cardíaca e causa comum de insuficiência renal. Em resumo, as doenças cardiovasculares são as causas mais frequentes da mortalidade materna indireta (TADIELO, 2022).

Jardim et al. (2020) caracteriza a hipertensão arterial como uma doença crônica que pode ser definida a partir da elevação da pressão sanguínea, obtidas através da aferição da Pressão Arterial (PA) entre duas ou mais vezes, ou pelo uso de medicações anti-hipertensivas pelo paciente. Uma doença tratável se descoberta há tempo, mas que pode levar a riscos cardiovasculares, provocando incapacidade e óbito para o portador da patologia.

Segundo Jacob et al. (2020) a hipertensão gestacional acontece quando a mãe apresenta a partir da 20° semana ou após a 12° semana pós-parto características indicáveis para o diagnóstico da hipertensão, como a elevação da PA, edema de membros, e destaca que a hipertensão gestacional também é denominada de Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG), que levam a outras patologias associadas a hipertensão que são: Deslocamento Prematuro da Placenta (DPP), síndrome de HELLP, pré-eclâmpsia, hemorragia, parto prematuro, óbito materno e morbimortalidade neonatal e hipertensão arterial ou síndrome hipertensiva na gravidez.

Complementando o pensamento do autor do parágrafo acima Almeida e Souza (2016) ressalta na sua colocação os riscos que a hipertensão pode provocar nas mulheres grávidas, quando a patologia deixa de ser uma doença controlável, sem nenhuma outra patologia associada desenvolvida, no sentindo de não atrapalhar a gestante na sua rotina diária e passa a provocar outros transtornos, limitando a suas atividades laborais. Levando a gravidez de tranquila, para uma gravidez que exerce mais cuidado e atenção, onde requer um atendimento de alto risco, para assim, prevenir prováveis consequência e desfechos desaforáveis como o óbito.

Santana et al. (2019) destaca na sua colocação do seu estudo e, confirma que 80% das mulheres vão óbito em decorrência da pré-eclâmpsia, que é uma das síndromes hipertensivas, que desenvolve na mulher por decorrência da hipertensão gestacional, que pode ocorrer durante o período que a mulher se encontra gestante ou no pós-parto. Destaca-se que às mortes maternas no Brasil estão atingindo 5% a 17%, atingindo o segundo lugar nas causas de morte, trazendo em dados a importância do cuidado prestado perante essas mulheres e o risco que elas correm se não forem tratadas e monitoradas.

Moares et al. (2019) descreve que mulheres gestantes ao desenvolverem hipertensão ou alguma das patologias associadas, tem como característica um perfil clínico prejudicado. No seu estudo o autor também destaca o perfil sociodemográfico dessas mulheres, onde ele destaca a idade, cor, escolaridade, financeiro como pontos do seu estudo. Levando em conta também a história obstétrica que é fundamental para identificar possíveis risco e complicações para a mãe e o neonato diante da hipertensão gestacional.

Desta forma Oliveira et al. (2016) diante da sua pesquisa, pontua a probabilidade de mulheres que tiveram pré-eclâmpsia, que é uma das síndromes consequentes da hipertensão gestacional na sua primeira gestação, ter predisposição há desenvolver nas gestações seguintes e, o risco aumenta, se a gestante tiver fator genético predisposto, levando a gestante a planejar as gestações seguintes, para quê, tudo transcorra bem. Destacando também a falta de informações incompletas no prontuário ou na declaração de nascido-vivo, pelo enfermeiro, onde às informações necessárias deixa de ser coletadas, chamando

atenção para a equipe, da importância de ter todos os dados preenchidos.

Sbardelotto et al. (2018) ressalta no seu estudo que a hipertensão é uma doença controlável, ao uso de medicamentos próprios prescrito pelo médico, que mantem os níveis pressóricos dentro dos limites, evitando o desenvolvimento e complicações mais grave da doença. O acompanhamento efetivo pela equipe de saúde, realizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS), auxilia no controle e bem-estar dos pacientes portadores da hipertensão.

Diante dos pressupostos do risco, descrição e consequências que a hipertensão pode trazer e provocar diante da gestante e do bebê, é importante ressaltar que a hipertensão é uma doença tratável, assim como ela, todas as outras patologias que são associadas por decorrência da mesma, podem ser tratáveis. Para ser tratável é imprescindível que a gestante tenha atendimento qualificado e apoio diante acesso e atendimento nas unidades de atenção básica através das consultas de pré-natal, por um profissional enfermeiro, visando acolhimento e assistência adequada após avaliação e elaboração assistencial para necessidade individual de cada gestante (DAMASCENO et al., 2020).

A hipertensão arterial detectada antes da 20ª semana de gravidez ou que persiste 12 semanas pós-parto é definida como hipertensão arterial sistêmica (HAS) crônica, não-específica da gestação. A hipertensão crônica (HC) é o principal fator de risco para complicações vasculares e neurológicas, sendo a principal causa de morte em países de alta e média renda, incluindo o Brasil. As diretrizes de 2017 da American Heart Association para detecção de hipertensão em adultos consideram pressão arterial sistólica > 130mmHg e pressão arterial diastólica > 80mmHg como o primeiro estágio da hipertensão (Gonçalves et al., 2019).

A hipertensão crônica afeta entre 3 e 5% das gestações e está associada a maior risco de pré-eclâmpsia (PE), aumento das taxas de cesarianas, descolamento prematuro de placenta, prematuridade e complicações perinatais. A maior parte das complicações ligadas à hipertensão crônica associa-se à PES, cuja frequência é maior quando há outras alterações concomitantes, como hipertensão há mais de 4 anos, insuficiência renal, obesidade, histórico de pré-eclâmpsia em gestações anteriores, hipertensão grave, idade materna acima de 40 anos, abortos de repetição, diabete, tratamento para infertilidade e cesariana prévia (BUSATO, 2022)

Gestantes que desenvolvem hipertensão grave descontrolada (PA ³ 160/110 mmHg), as com danos em órgãos-alvo e aquelas com pouca adesão ao pré-natal, têm alto risco para resultado perinatal pobre. O diagnóstico durante a gravidez é definido como níveis pressóricos > 140 ou 90 mmHg antes da concepção ou antes de 20ª semanas de idade gestacional. Mulheres com disfunção orgânica prévia devido ao HC têm risco aumentado de desfechos maternos e perinatais adversos (AVILA, 2020)

Gestantes com hipertensão crônica podem ser classificadas como de alto ou baixo risco. Aquelas de alto risco devem receber tratamento anti-hipertensivo agressivo, bem como avaliações frequentes do bem-estar materno e fetal, recomendações de mudanças no estilo de vida e vigilância pós-parto, pois o manejo cuidadoso pré-natal, intraparto e pós-parto pode reduzir a morbidade e a mortalidade (NETO, 2022)

SHEG tem a característica clínicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) após a vigésima semana de gestação, associado a presença de proteinúria, assim denominada como Pré-eclâmpsia. Pré-eclâmpsia que consiste na junção da hipertensão com a proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h) com 20° semana de gestação, as gestantes que anteriormente mantinham valores pressóricos normais são as síndromes hipertensivas (ANTUNES et al., 2017). Em casos mais graves, a gestante pode apresentar edemas e convulsão, caracterizando a Eclampsia (MAGNAGO; PIERANTONI, 2020; OLI-

VEIRA GLEICA et al., 2017).

O diagnóstico é dado quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140/90 mmHg, após a vigésima semana de gestação. Quando for identificada com quadros de pré-eclâmpsia ou eclampsia, deverão ser encaminhadas aos serviços de urgências e emergências obstétricas (LIMA et al., 2018).

Crises convulsivas com características tônico-clínicas que podem ocorrer em gestantes ou puérperas, precedidas pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios da iminência de eclampsia: cefaleia, visão turva, diplopia, epigastralgia, escotomas, dor em hipocôndrio direito, acometendo o último trimestre e/ou puerpério imediato, com raros episódios nos dois primeiros trimestres e no puerpério tardio (Manual de gestação de alto risco, 2022).

As convulsões iniciam-se em torno da boca com contrações faciais que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, acompanhada de breve parada respiratória, a repetição destas convulsões leva ao coma e à morte (Manual de gestação de alto risco, 2022).

É importante observar que a SHEG é a interrupção da gestação, que poderá ocorrer através da indução do parto vaginal ou através da cesariana. A HELLP Síndrome (Haemolysis, Elevated Liver enzyme activity and Low Platelets) ou Coagulação Intravascular Disseminada (CID), é provocada pelo quadro da SHEG, que se caracteriza de maior gravidade, o qual necessita de cuidados intensivos e de forma ágil para a preservação da vida materna e fetal (THULER et al., 2018).

A forma grave de pré-eclâmpsia é determinada pelo surgimento de hemólise, aumento das enzimas hepáticas e queda de plaquetas em paciente com hipertensão. As três alterações nem sempre aparecem ao mesmo tempo, admitindo o conceito de HELLP parcial. Sua prevalência varia de 0,2% a 12%, e é acompanhada de altas taxas de mortalidade materna e perinatal, e sua gravidade é inversamente proporcional com a idade gestacional (PERAÇOLI, 2018).

O diagnóstico clínico inicial pode ser feito em mulheres brancas e multíparas, que cursam com mal-estar geral, náuseas e vômitos, dor epigástrica e/ou quadrante superior direito, icterícia subclínica, cefaleia persistente e hipertensão grave. Persistindo o quadro, passamos a observar alterações de comportamento, sangramento gengival, hematúria e/ou oligúria, icterícia franca, distúrbios visuais, hemorragia vítrea, hipoglicemia, hiponatremia, diabetes insípido nefrogênico, e a eclampsia fica muito mais frequente (Manual de gestação de alto risco, 2022).

Hipertensão gestacional: identificação de hipertensão arterial na segunda metade da gestação, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia (PE). É um diagnóstico temporário de gestantes que não preenchem os critérios de pré-eclâmpsia (Manual de gestação de alto risco, 2022).

Hipertensão gestacional pode evoluir para pré-eclâmpsia em 10% a 50% dos casos. E deve sumir em até 12 semanas após o parto. Em decorrência da persistência dos níveis pressóricos elevados, o quadro deve ser reclassificado como hipertensão arterial crônica, que não havia sido diagnosticada anteriormente devido a alterações físicas durante a primeira metade da gravidez. Os valores da pressão arterial entre 110 a 140 x 85mmHg (utilizando hipotensores, quando necessários), monitorar o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e postergar a resolução da gravidez até 39 + 6 semanas (desde que a pressão arterial esteja controlada, não haja comprometimento do bem-estar fetal ou progressão

para pré-eclâmpsia) (Manual de gestação de alto risco, 2022).

3. A ATENÇÃO BÁSICA E O PRÉ-NATAL NOS CUIDADOS À GESTANTE HIPERTENSA

Quando se ouve fala de atenção básica vem logo a mente as seguintes palavras, humanização, atendimento, direito, integridade, saúde da família. A atenção básica e conhecida como porta de entrada para o atendimento inicial, na atenção se orienta sobre doenças, soluciona possível agravos em alguns casos direcionamos para um atendimento de alta complexidade. Atenção Básica funciona como porta de entrada para filtrar o atendimento, organizando e facilitando a demanda da população. Há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por exemplo: vacinas, exames, consultas, entre outros procedimentos que são disponibilizados aos usuários nas UBSs.

A assistência pré-natal serve como um espaço crucial para promover mudanças no núcleo do cuidado, com o intuito de acolher a gestante e garantir seu direito a uma assistência de qualidade, como componente da cidadania. (BRASIL, 2000). Tal compreensão só é possível por meio de modificações nas políticas de saúde e mudanças de paradigma no modelo assistencial.

A noção de acolhimento ganha destaque na reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), porque visa superar a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença, no tecnicismo e na verticalidade interações entre profissionais de saúde e usuários (BOSI, 2006).

A alteração do atual modelo assistencial só é possível com apoio em uma mudança no núcleo tecnológico do cuidado, embasada no acolhimento como meio de se produzir saúde (MERHY, 2002).

O Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), instituído em 1973, foi a primeira política de saúde voltada para a mulher. Seu foco estava na prestação de serviços que visam garantir o bem-estar dos pares mãe-filho e prevenir complicações na gravidez para mulheres de baixa renda sem recursos financeiros, colocando a maternidade no centro dos papéis sociais das mulheres. As políticas de saúde voltadas às mulheres brasileiras até a década de 1980 estavam voltadas apenas para a fase gravídico-perinatal (COSTA, 2012).

Com o passar dos anos, a Atenção Básica (AB) evoluiu para um processo mais intricado e de resolução de problemas. Devido a isso, há um aumento constante da necessidade de enfermeiros qualificados para lidar com essa complexidade. O cuidado dado ao ser humano abrange todas as fases da vida. Em particular, podemos destacar o período de gestação na mulher, que é fisicamente exigente e desafiador para a mãe. Esta última é acompanhada por várias alterações, dentre as quais podemos citar as corporais, psicológicas e hormonais. A mulher tem a AB no Sistema Único de Saúde (SUS) como porta de entrada. Na Unidade Básica de Saúde estão disponíveis todos os recursos necessários para uma gravidez saudável e segura. (MARIANO, 2018).

As iniciativas de saúde pública focadas no cuidado materno-infantil têm sido uma das principais prioridades. Destacando assim, a importância da assistência da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, que compreende o pré-natal, parto e puerpério, essas ações apresentam uma redução atenuada nos índices de mortalidade materna e neonatal. Mortes maternas resultantes de patologias como síndromes hipertensivas, hemorragias, doenças puerperais e doenças circulatórias, estão apresentando uma diminuição acentua-

da, no entanto a taxa de mortalidade por causas evitáveis, ainda é um dado preocupante (PEREIRA et al., 2019).

O pré-natal é a ferramenta mais significativa e abrangente para o acompanhamento da gestante, com o objetivo primordial de garantir o bem-estar materno e fetal. O pré-natal deve incluir pelo menos seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal é que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas, o indicado seria uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas toda semana até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode durar até 42 semanas, todas elas realizadas por enfermeiro ou médico, intercaladas e associadas a uma abordagem interdisciplinar. Durante essa atenção contínua à gestante, é possível realizar a detecção precoce e prevenção de patologias que possam impedir a progressão física da gravidez, parto e pós-parto. A gestante realizará consultas com odontólogo, nutricionista e outros membros da equipe, a depender de suas necessidades de saúde (LIMA et al., 2018).

O papel desempenhado pelas consultas de enfermagem no pré-natal é muito importante para reduzir das taxas de morbimortalidade materna e neonatal, uma vez que o acompanhamento no período gestacional e no pós-parto, o acolhimento e atendimento de qualidade, acompanhamento multidisciplinar dos usuários por profissionais qualificados, a resolutividade da assistência, abordagem coletiva e familiar, garantia da realização dos exames, rastreios necessários para a condição da gestante e a vacinação, favorecem um atendimento individualizado, humanizado de abordagem holística que possibilitará a promoção e prevenção a saúde e detecção precoce de agravos e doenças que poderiam ter um desfecho negativo se não fossem previamente diagnosticados. Além disso, é fundamental que o enfermeiro, durante a assistência, tire todas as dúvidas e oriente a gestante quanto aos seus direitos (CRUZ, 2019).

A consulta de pré-natal deve ser registrada e monitorada no Cartão da Gestante, pelos profissionais envolvidos no atendimento, no cartão deve esta todas as intercorrências durante a consulta. Na consulta e feita a anamnésia, auscultar de BCF, exame físico, medida uterina, verificado os sinais vitais, anotado os resultadas do ultrassom e vacinação da gestante ou qualquer queixa. Na consulta além de tirar dúvidas e orientar sempre a manter o peso, fazer uma dieta saudável sem sódio.

As gestantes hipertensas devem ter um cuidado redobrado destacando e orientando sobre a patologia adquirida na gestação ou já proveniente da sua fisiologia.

A identificação do risco deve começar desde a primeira consulta de pré-natal e deve ser contínua e dinâmica, sendo revisada a cada consulta. As gestantes em situações de alto risco exigirão suporte no seu território, cuidado especializado e multiprofissional de equipe de saúde e, em última análise, até em serviço de referência secundário ou terciário com instalações neonatais que disponham de cuidados específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Nesse sentido, para atender adequadamente às necessidades do binômio, é necessário avançar para um modelo de equipe interdisciplinar em que uma equipe de apoio da APS (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos de família e comunidade) participe na condução de determinada gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), podemos enumerar as condutas a ser aplicadas na atenção a gestante de alto risco e as propostas de organização do local de assistência da gestante de acordo com sua avaliação de risco:

1. Na atenção Primária em Saúde, não há alta da gestante. A equipe da APS (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) deve ser acompanhada a gestante periodicamente, independentemente do seu perfil de risco. Certas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada.
2. A avaliação de risco é contínua e precisa ser realizada em todos os atendimentos. A cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve ir em busca dos sinais de risco.
3. Em qualquer momento do pré-natal, pode ocorrer o compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas. Independentemente de estar no início ou próximo ao termo, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado a partir da identificação de risco.
4. Predominam os critérios relacionados ao maior risco e, se a gestante for diagnosticada como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.
5. O sucesso da continuidade da gravidez de risco depende da comunicação adequada entre as equipes de auxílio no compartilhamento dos cuidados. As equipes imbuídas na assistência devem atuar como uma equipe única; para isso, precisam buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de tal forma que tanto a atenção especializada quanto a APS possam se apoiar na condução dos casos.
6. Com o auxílio de especialistas obstetras, as gestantes de risco intermediário podem ser acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. A ideia de uma avaliação de risco intermediária permite que os gestores forneçam diretrizes para que os funcionários com essas classificações possam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica, mas também em conjunto com as equipes de especialistas que realizam matrícula e são responsáveis por compartilhar a responsabilidade cuidado.
7. Quanto mais fatores de risco houver, maior o risco obstétrico individualizado. Existe uma sinergia entre os fatores de risco, portanto, a combinação de vários fatores de risco, sejam eles de risco intermediário ou alto, aumenta a complexidade da situação e exige maior vigilância e cautela.
8. Fatores de risco sociais demandam ações intersetoriais. Fatores de risco como situação de rua, vulnerabilidade social, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores de assistência social, educação, justiça e economia, entre outros.
9. Ao identificar mulheres com maior risco obstétrico, reduz-se a mortalidade materna e perinatal. Embora a maior parte das mortes maternas ocorram em mulheres sem histórico de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a avaliação de risco no pré-natal permite diminuir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna.
10. As situações de urgência e emergência obstétrica exigem assistência imediata. A rede de assistência ambulatorial deve ter uma aproximação com a rede de urgência e emergência e um fluxo bem construído, de tal forma que esta possa acolher rapidamente os casos descoberto durante o acompanhamento pré-natal.

4. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO A GESTANTE HIPERTENSA

Para Tomasi et al. (2019) a assistência prestada com qualidade no período gravídico e puerperal é essencial para um bom desfecho durante todo ciclo, pretendendo assim ter bons resultados clínicos. Para a mulher, o acompanhamento e assistência prestada traz conforto e segurança, propondo qualidade e cuidado adequados. Durante toda a assistência prestada, a mãe é acompanhada pelo profissional enfermeiro, médico e também tem assistência da família, dando todo suporte emocional necessário.

Para Santana et al. (2019) ao percorrer todo o processo gravídico o acolhimento do enfermeiro com a mãe cria laços e confiança tornando todo o ciclo gravídico agradável. O enfermeiro além do conhecimento técnico-científico, precisa ser humano para construir boas relações com a paciente, respeitando, escutando e orientando a mulher durante o processo de descoberta da doença, acolhendo e dando toda assistência necessária para mãe e para família.

Soares e Lentsck, (2021) ressalta os fatores que influência quando a mulher desenvolve hipertensão gestacional, onde, são destacados os fatores biológicos, cultural, social e a qualidade na assistência prestada para mãe portadora da hipertensão gestacional, demostrando a importância de prestar atendimento de qualidade, com zelo e cuidado que é tão importante para um desfecho positivo ao fim da gravidez.

Tosta et al. (2019) destaca a importância das Unidades de Saúde da Família (USF) e/ou as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são os locais considerados porta de entrada para assistência prestada para mãe, onde terá os profissionais capacitados para atendê-las, e elaborar assistência necessária conforme a necessidade da gestante no momento do atendimento. Ressaltando que a assistência, dentro das unidades, começa desde as atividades educativas, realizadas em grupos, conscientização, movimentos externos, por meio de acompanhamento domiciliar, através de tratamento medicamentoso e cuidados específicos, que são elaborados pelo profissional enfermeiro. Diante do

atndimento nas unidades, o profissional enfermeiro tem sempre o primeiro contato com a mãe, por isso a importância de um elo de respeito e confiança.

Tanaka et al. (2019) ressalta também a importância das unidades de saúde diante do acompanhamento, monitoramento e conscientização diante as mulheres portadoras de hipertensão gestacional e descreve a importância dos profissionais perante as essas mulheres e, destaca, acompanhamento especializado, pelo cardiologista, se assim for necessário. Os autores diante dos seus estudos, reforça a importância de como e onde se inicia o cuidado que pode e deve ser prestado para as mulheres que necessitam de cuidado e o papel prestado por cada profissional.

Diante da colocação do autor da citação acima, Tomasi et al. (2019) confirma na sua descrição destacando a importância do profissional enfermeiro no atendimento e acompanhamento das gestantes com hipertensão nas unidades de atenção primaria, destacando o aumento de 7 consultas por essas mulheres, que é quantidade mínima esperada, onde, é destacado o cuidado prestado pelo enfermeiro na admissão da paciente ao adentrar a maternidade, durante o processo de parto, no parto em si, no pós parto, e ao retornar para casa, é o enfermeiro da atenção primária que acompanha todo o processo da gestação e se fara presente dando cuidado assistencial; o enfermeiro, sempre terá vínculo com a mão, mostrando a sua importância, durante o cuidado.

Portanto Lima et al. (2018) enfatiza o papel do enfermeiro nas consultas de enfermagem onde tanto a mãe é avaliada, no seu estado físico e emocional, quanto ao bebê através da ausculta do coração, dos movimentos fetais presentes e da medição da altura

uterina para saber se o bebê tem se desenvolvido, todos os dados coletados durante a avalição, exames, e queixas são anotados no cartão da gestante, para comparação durante as consultas, até o parto. É competência do enfermeiro(a) preencher todas as informações coletas durante a consulta no cartão da gestante, havendo alguma intercorrência, o cartão servirá como documento para o acolhimento da mãe na maternidade.

Perante a necessidade da mulher gestante com hipertensão, dos fatores associados, do cuidado e assistência necessária o papel do enfermeiro é destaque no cuidado e atenção prestada para a mãe. Destacando a importância do atendimento prestados nas unidades de saúde, onde o enfermeiro tem papel fundamental em relação ao cuidado direto com a mulher. No atendimento prestado nas unidades de saúde, o enfermeiro(a) pode trabalhar através de atividades educativas, onde abrange a comunidade como um todo, faz atividade e cuidados individuais, cria laços e que constrói uma relação de confiança com a paciente, transformando toda a assistência e ações prestadas com mais confiança e zelo (JACOB et al., 2020).

Sabendo do risco de grande morbimortalidade materna e perinatal, o enfermeiro deverá possuir competência e formação suficientes para praticar seus conhecimentos de cunho técnico científico na prática assistencial, com um cuidado coerente, holístico e humanizado. Desta forma, a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), se torna uma atribuição específica e fundamental do enfermeiro no planejamento dos cuidados para a gestante, diferenciando-o dos demais profissionais da equipe multidisciplinar (ABRAHÃO et al., 2020).

Nessa perspectiva, é de grande valia a atuação do enfermeiro no âmbito da atenção Básica frente aos cuidados prestados durante o pré-natal, no qual deverão ser iniciados assim que é diagnosticada a gestação. Iniciando assim um plano de cuidado para garantir a saúde da mãe e do bebê, fazendo com que o enfermeiro tome providências cabíveis para com a prevenção de problemas que possam trazer riscos à saúde da gestante (FARIA, 2013).

Busato (2021 apud SOUZA, 2022) afirma que o papel do enfermeiro na prevenção da hipertensão relacionada à gravidez deve ser realizado através da conscientização da gestante para que ela tome os seguintes cuidados: Reduzir o peso corporal através de dieta calórica controlada, substituir as gorduras animais por óleos vegetais, diminuir os açúcares e aumentar a ingestão de fibras; Reduzir o sal de cozinha, embutidos, enlatados, conservas, bacalhau, charque e queijos salgados; Exercitar-se regularmente 30-40 minutos, de três a cinco vezes por semana com exercícios leves próprio para gestantes; Controlar o estresse; Evitar drogas que elevam a pressão arterial como anti-inflamatórios, os descongestionantes nasais, antidepressivos, corticoides, derivados da ergotamina, estimulantes (anfetaminas), cafeína, cocaína e outros.

Durante uma consulta pré-natal, o Enfermeiro utiliza seu conhecimento e experiência para informar a gestante sobre o risco de hipertensão gestacional que possa ocorrer durante o pré-natal. De acordo com Morais et al. (2011 apud ARNALDO et al., 2021) o enfermeiro pode realizar os seguintes cuidados: oferecer apoio emocional à gestante, orientar à gestante e seus familiares em relação à patologia, avaliar a dinâmica uterina, avaliar a vitalidade fetal e, por fim, verificar os sinais de cefaleia e de escotoma.

A enfermagem com seus cuidados específicos prestando atendimento a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclampsia é capaz de reduzir complicações e taxas de morbimortalidade. Compreendendo um exame físico criterioso; identificando precocemente os sinais de pré-eclâmpsia/eclampsia; acompanhamento de exames laboratoriais; avaliação fetal; treinamentos dos profissionais, incluindo a necessidade de educação continuada;

padronização do atendimento a partir de instrumentos; aferição da pressão arterial com manguito adequado à circunferência do braço; velocidade lenta de desinsuflação; necessidade de estabelecer a técnica de aferição da PA; identificação e tratamento precoce da crise hipertensiva mediante protocolos e normas vigente (SARMENTO et al., 2020).

Para proteger a saúde do binômio mãe-filho a enfermagem tem um papel indispensável em todas as etapas do cuidado, desde o acolhimento à gestante quando é construído um vínculo, acompanhamento do processo do parto ao puerpério, prevenindo complicações e intercorrências, prestando cuidados imediatos e mediatos ao bebê após o nascimento, realizando o registro e refletindo sobre a assistência prestada com o intuito da preservação da vida humana (OLIVEIRA GLEICA et al., 2017).

Um enfermeiro ao conduzir o pré-natal, identifica e acompanha as mulheres que possuem fatores de risco para desenvolver síndromes hipertensivas, devendo ser investigado o histórico pessoal, gestacional e familiar como forma de reconhecer a predisposição da mulher desenvolver esses distúrbios (SILVA et al., 2017). Considerando o papel como educador, sobretudo na atenção primária, o enfermeiro realiza orientações sobre o estilo de vida ideal para a gestante, com base na individualidade e atendimento humanizado, para que assim sejam capazes de promover a prevenção a saúde. Alguns pontos são essenciais para educação em saúde quanto a SHEG: orientar uma alimentação saudável com a finalidade de prevenir a obesidade, estimular a realização de exercícios leves como caminhadas, mudanças de comportamento como abandonar o tabagismo, visto que é considerado um fator de risco independente para a pré-eclâmpsia (THULER et al., 2018).

Além disso, a mulher que desenvolveu doença hipertensiva também deve ser acompanhada no puerpério por meio de consulta de enfermagem e visita domiciliar, partindo do pressuposto que o problema poderá perdurar durante esse período. Sendo assim, é essencial que seja criado um plano de cuidados individualizado considerando os aspectos biopsicossociais, e visando a promoção do cuidado holístico (OLIVEIRA et al., 2018). Com um cuidado padrão ouro, realizado de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, a assistência da enfermagem consegue ter uma abordagem certa e humanizada, tendo como foco principal a gestante, obtendo assim um melhor resultado; maior capacidade no atendimento, diminuição dos gastos, menor tempo de internação pós-parto, redução da morbimortalidade materno-fetal, instituindo confiança e segurança as instituições de saúde (SARMENTO et al., 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, constatou a importância do enfermeiro diante o auxílio e assistência prestada frente ao cuidado da gestante com hipertensão gestacional, que desenvolve-se a partir da 20ª semana de gestação ou após a 12° semana pós-parto, com pressão arterial acima de 140x90 mmHg, que podem ser acompanhados de edemas em MMII, cefaleia, dores abdominais e lombares, que podem evoluir para o estágio mais grave da hipertensão que é a pré-eclâmpsia e eclampsia, onde o enfermeiro (a) elabora às condutas que podem ser tomadas garantindo que a mãe tenha uma gestação tranquila e dentro das normalidades a depender do estado que ela se encontra no percurso, gestação, parto e pós- parto.

Contudo, o presente estudo ressalta, às condutas dentro da assistência que pode ser realizada pelo enfermeiro, destacando-se, às atividades educativas, que pode e, deve ser direcionada a grupos específicos ou, em geral, tendo em vista, que no caso das mulheres grávidas, com hipertensão, às atividades podem ser direcionadas para gestante e família.

Toda assistência começa nas estratégias de saúde da família, que, por ser porta de

entrada para o cuidado dessas pacientes, e, onde todo o profissional enfermeiro (a) tem contado direto com a mãe, construindo laços e conquistando a confiança da paciente, tendo o olhar crítico e técnico, para auxiliar e conduzir a mãe durante a gestação e, propondo todo suporte necessário, é insuficiente algumas vezes na estrutura e suprimentos para que os atendimentos tenham a qualidade necessária. Por fim, conclui-se que o enfermeiro (a) tem papel fundamental e de importância durante o cuidado com gestante portadora de hipertensão gestacional.

Referências

ANTUNES MB, et al. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **Rev Min Enferm**, 2017; 15.

ARNALDO, Mariany de Freitas; CARDOZO, Maryanne Neuraide Freire. Assistência de Enfermagem às Gestantes Hipertensas na Prevenção da Prematuridade: Revisão Bibliográfica. In: Eleuza Rodrigues Machado. **Núcleo do Conhecimento**. Manaus, 5 fev. 2021. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/prevencao-da-prematuridade. Acesso em: 3 mai. 2022.

AVILA, Walkiria Samuel et al. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez e Planejamento Familiar na Mulher Portadora de Cardiopatia – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [online]. 2020, v. 114, n. 5 [Acessado 18 Outubro 2022] , pp. 849-942. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200406>. Epub 01 Jun 2020. ISSN 1678-4170. https://doi.org/10.36660/abc.20200406.

BRASIL, 2000 BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal:** manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BUSATO, Otto. **Hipertensão** – Prevenção e Tratamento. 2021. Disponível em: https://www.abcdasaude.com.br/nefrologia/hipertensao-prevencao-e-tratamento. Acesso em: 19 mai. 2022

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde:** enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.).

CAMPOS, Rui C. (2000) Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. **Análise Psicológica**, 1 (XVIII): (15-35). Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a02.pdf

COSTA, 2012COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979-1010

CRUZ AL. **Importância da Atenção Pré-natal na prevenção de complicações na gestação: revisão integrativa**. Dissertação (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica do Salvador, Bahia, 2019.

FARIA, A. L. **Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG):** ações preventivas de enfermagem. (Monografia). Escola superior da saúde da Faculdade Ciências da Saúde. p.1- 22, 2013.

GONÇALVES, G. A., PAES, L. B. O., PARRO, M. C., OLIVARES, N. M., GAMBARINI, T., CASANOVA, M. D.A S. & NETO, A. C. A. (2019). **Aspectos Sociodemográfico, clínico--obstétrico e laboratorial na Síndrome Hipertensiva na gravidez**.

LIMA JP, et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensi-

va Gestacional. **Rev.rene**, 2018; 19(1): 3455.

MAGNAGO C, PIERANTONI CR. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, 2020; 25(1): 15-24.

BRASIL. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

MARIANO MSB, et al. Mulheres com síndromes hipertensivas. **Rev Enferm UFPE** on line, 2018;12(6):1618-24.

SILVA, Alice da; SAMPAIO, Andrea da Silva; SANTOS, Dalton Tadeu Reynaud dos. Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família em Relação a Doença Hipertensiva Gestacional. In: **Revista Jurídica Uniandrade**. Artigo. Curitiba, 4 ago. 2017. Disponível em:https://revista.uniandrade.br/index.php/juridica/article/view/757#:~:text=O%20papel%20do%20enfermeiro%20da%20Estrat%C3%A9gia%20Sa%C3%BAde%20da,prestar%20assist%C3%AAncia%20integral%20e%20resolutiva%20a%20toda%20popula%C3%A7%C3%A3o.. Acesso em: 3 mai. 2022.

8

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CASO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

NURSING CARE IN CASES OF VIOLENCE AGAINST WOMEN

Maiane de Oliveira Diniz

Resumo

O tema do presente estudo foi à assistência do enfermeiro em casos de violência contra a mulher. A violência contra a mulher inclui qualquer ato ou comportamento baseado em um gênero que leve a danos físicos, sexuais ou psicológicos. Está prevista no código penal como crime que pode ser cometido por amigos, familiares e companheiros/casados em espaços públicos e privados. Uma forma de violência é a intrafamiliar, que envolve pessoas que não têm vínculos biológicos com mulheres, mas vivem juntas. Essa forma de violência prejudica o bem-estar físico, mental e emocional das vítimas, bem como sua liberdade. Nesse contexto, encontra-se a assistência de um profissional enfermeiro, que deve ser qualificado para apoiar, orientar e atender mulheres vítimas de violência. O objetivo geral deste estudo buscou descrever a assistência de enfermagem à mulher vítima de violência. Já os objetivos específicos buscaram: conceituar os tipos de violência contra mulher, estudar as consequências e os danos causados às mulheres que sofrem violência e analisar a importância do profissional de enfermagem e seu papel mediador junto às mulheres vítimas de violência. A metodologia adotada nesta pesquisa trata-se de revisão de literatura com método de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, onde foram realizadas as buscas nas bases de dados do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED. Conclui-se, que o profissional de enfermagem deve estar preparado para cuidar adequadamente do paciente, respeitando sua individualidade e contexto psicossocial.

Palavras-chave: Violência. Mulher. Enfermagem. Assistencialismo. Saúde.

Abstract

The theme of the present study was the assistance of nurses in cases of violence against women. Violence against women includes any gender-based act or behavior that leads to physical, sexual or psychological harm. It is foreseen in the penal code as a crime that can be committed by friends, family and partners/married in public and private spaces. One form of violence is intra-family violence, which involves people who have no biological ties with women, but who live together. This form of violence harms victims' physical, mental and emotional well-being, as well as their freedom. In this context, seek the assistance of a professional nurse, who must be qualified to support, guide and assist women victims of violence. The general objective of this study sought to describe nursing care for women victims of violence. The specific objectives sought: to conceptualize the types of violence against women, to study the consequences and damage caused to women who suffer violence and to analyze the importance of the nursing professional and their mediating role with women victims of violence. The methodology adopted in this research is a literature review with a qualitative and descriptive bibliographical research method, where searches were carried out in the databases of the Nursing Database (BDENF); Virtual Electronic Scientific Library (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and PUBMED. It is concluded that the nursing professional must be prepared to take care of the patient, respecting their individuality and psychosocial context.

Keywords: Violence. Women. Nursing. Assistance. Health.

1. INTRODUÇÃO

Um dos maiores problemas sociais da atualidade é a violência doméstica contra as mulheres, que tem um impacto negativo direto no clima social atual e produz resultados pouco inspiradores. Essa pergunta transforma tudo o que está para ser desenvolvido em uma nova realidade marcada por novos objetivos e necessidades que devem ser atendidas.

À medida que este ambiente se vai desenvolvendo, vão surgindo novas dinâmicas sociais e perspectivas que colocam a tona a resolução dos problemas sociais identificados. Nesse contexto, faz-se necessário falar da enfermagem, que tem papel fundamental na conscientização sobre o elemento violência, pois prioriza a autonomia feminina ao colocar o cuidado como foco da assistência. O profissional de saúde deve ser qualificado para apoiar, aconselhar e ajudar mulheres vítimas de violência.

Quando discutimos a violência doméstica, seja ela dirigida à mulher, criança ou adolescente, queremos destacar um amplo leque de atuação, que vai desde o papel da mesma nos grupos sociais até a contribuição da família para o desenvolvimento humano e a garantia de uma vida saudável e sem traumas. Diante disso, surge um dilema a ser analisado: como se desenvolve a interação da enfermeira com a mulher vítima de violência?

O objetivo geral deste estudo buscou descrever a assistência de enfermagem à mulher vítima de violência. Já os objetivos específicos buscaram: conceituar os tipos de violência contra mulher, estudar as consequências e os danos causados às mulheres que sofrem violência e analisar a importância do profissional de enfermagem e seu papel mediador junto às mulheres vítimas de violência.

A metodologia adotada nesta pesquisa trata-se de revisão de literatura com método de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, onde foram realizadas as buscas nas bases de dados do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED. Foram pesquisados os artigos publicados em língua portuguesa nos últimos dez anos, 2009-2021. Foram utilizadas as palavras-chave: Violência, Mulher, Enfermagem, Assistencialismo e Cuidados Imediatos.

2. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

Comumente, se inicia com ofensas verbais, repressões e diminuição da moral tendo, como desfecho, a lesão física. Tal fato prejudica não só a saúde física, mas, também, a saúde emocional, o que pode resultar em transtornos como o estresse pós-traumático, a ansiedade, a depressão, transtornos alimentares e tentativas de suicídio (ANDRADE, 2009).

A violência sexual é enquadrada como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2014).

Quando as vítimas da violência sexual são pré-púberes, pode-se observar lesões anatômicas do tipo rupturas perineais, do fundo de saco vaginal e do esfíncter anal,

acompanhadas de hemorragias intensas, podendo ocorrer choque hipovolêmico, além de apresentar psicopatias como depressão, doenças psicossomáticas e bulimia nervosa (FONSECA *et al*., 2009).

Em alguns casos, pode ser necessária a realização do exame ginecológico sob analgesia ou anestesia. A observação da diurese, espontânea ou obtida por sondagem, pode alertar quanto a existência de lesões do trato urinário. A ultrassonografia do abdome e da pelve pode ser valiosa nos casos de suspeita de lesões intra-abdominais (LEAL; LOPES, 2011).

Nas lesões vulvoperineais superficiais sem sangramento, deve-se proceder com a rigorosa assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios de sutura delicados e absorvíveis, providos de agulhas atraumáticas. Nesses casos é recomendável, além da associação de antibióticos, a profilaxia para a infecção por tétano. Na presença de hematomas, a aplicação local de bolsa de gelo pode ser suficiente para o controle. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica e correção da hemorragia (MORAES; MONTEIRO, 2010)

A imagem corporal é algo estabelecido pela pessoa com relação a si mesmo, esse conceito embora seja construído pelo próprio indivíduo, não depende só de fatores corporais, mas também de fatores psicológicos, sociais, culturais, físicos, socioeconômicos e biológicos, expandindo-se com suas experiências que permitem aos indivíduos a mudança da condição de estar ou não satisfeitos (NEVES, 2006).

Sentir-se satisfeito consigo mesmo é um quesito importante para o ser humano, pois pode levá-lo ao sentimento de confiança em seu valor, força, capacidade e utilidade com relação as demais coisas. Em contrapartida, a insatisfação consigo mesmo leva ao sentimento de inferioridade, temor, fraqueza e impotência (MORAES; MONTEIRO, 2010).

Existem várias razões para que o indivíduo, e mais especificamente a mulher, distorça sua imagem, e isso pode acontecer por fatores físicos, mas também por fatores relacionados a agressão. A violência sexual ocorre principalmente com mulheres e os danos causados são, muitas vezes, irreversíveis e pode provocar sentimentos de auto depreciação, desanimo e baixa-estima (OLIVEIRA, 2015).

As doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo aquelas causadas pelos vírus da imunodeficiência humana tipos 1 e 2, permanecem como uma área de importante foco para a saúde pública (BRASIL, 2014). Isso é justificado em decorrência da alta morbidade associada às DST, tais como as sequelas de infecções no trato reprodutivo, câncer cervical, sífilis congênita, gravidez ectópica e infertilidade, assim como a morbidade de doenças relacionadas ao HIV e morte pela síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (BRASIL, 2014).

As estratégias de saúde pública para o controle das DST incluem a promoção de um comportamento sexual mais seguro e oferta de preservativos (prevenção primária), assim como o gerenciamento eficaz e precoce de pacientes com DST, fluxogramas para gerenciamento do diagnóstico de cada DST (PASSOS, 2010).

Desde a publicação de um manual do Ministério da Saúde em 1999, houve uma sucessão de avanços nos procedimentos de diagnósticos de DST., principalmente, "[...] no que se refere à amplificação de ácido nucleico e testes rápidos, assim como as metodologias e recomendações dos testes de susceptibilidade antimicrobiana." (BRASIL, 2015, p. 12).

São mais de 30 vírus e bactérias parasitas que compõem o grupo infecções denominadas de DST e, mesmo que alguns deles sejam adquiridos de forma que não seja a sexual, epidemiologicamente o contato sexual é importante para a transmissão de uma pessoa pra outra. Podemos verificar na tabela abaixo os principais patógenos transmitidos

sexualmente, além das doenças causadas por eles:

Tabela 1 - Principais patógenos transmitidos sexualmente e doenças por eles causadas

PATÓGENO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS
INFECÇÕES BACTERIANAS	
Neisseria gonorrhoeae	GONORREIA **Homens:** corrimento uretral (uretrite), epididimite, orquite, infertilidade. **Mulheres:** cervicite, endometrite, salpingite, doença inflamatória pélvica, infertilidade, ruptura prematura de membranas, perihepatite; comumente assintomática.
Chlamydia trachomatis	INFECÇÃO CLAMIDIAL **Homens:** corrimento uretral (uretrite), epididimite, orquite, infertilidade. **Mulheres:** cervicite, endometrite, salpingite, doença inflamatória pélvica, infertilidade, ruptura prematura de membranas, perihepatite; comumente assintomática **Ambos os sexos:** proctite, faringite, síndrome de Reiter **Recém-nascidos:** conjuntivite, pneumonia.
Chlamydia trachomatis (sorotipos L1–L3)	LINFOGRANULOMA VENÉREO **Ambos os sexos:** úlcera, inchaço inguinal (bubão), proctite
Treponema pallidum	SÍFILIS **Ambos os sexos:** úlcera primária (cancro) com adenopatia local, erupções na pele, condiloma lata; danos ósseos, cardiovasculares e neurológicos. **Mulheres:** perda da gravidez (aborto, natimorto), parto prematuro. **Recém-nascidos:** natimorto, sífilis congênita
Haemophilus ducrey	CANCRO MOLE **Ambos os sexos:** úlceras genitais doloridas; podem ser acompanhadas por bubão.
Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomati	DONOVANOSE (GRANULOMA INGUINAL) **Ambos os sexos:** inchaços nodulares e lesões ulcerativas das áreas inguinal e anogenital **Homens:** corrimento uretral (uretrite não gonocócica) **Mulheres:** cervicite, endometrite, provável doença inflamatória pélvica
Mycoplasma genitalium	Homens: corrimento uretral (uretrite não gonocócica) Mulheres: cervicite, endometrite, provável doença inflamatória pélvica
INFECÇÕES VIRAIS	
Vírus da imunodeficiência humana (HIV)	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) **Ambos os sexos:** doenças relacionadas ao HIV, AIDS
Vírus da herpes simples tipo 2 Vírus da herpes simples tipo 1 (menos comum)	HERPES GENITAL **Ambos os sexos:** lesões vesiculares anogenitais e ulcerações **Recém-nascidos:** herpes neonatal (frequentemente fatal)

Papilomavírus humano	VERRUGAS GENITAIS **Homens:** verrugas penianas e anais; carcinoma no pênis **Mulheres:** verrugas vulval, anal e cervical; carcinoma cervical, carcinoma vulval, carcinoma anal **Recém-nascidos:** papiloma de laringe
Vírus da hepatite B	HEPATITE VIRAL **Ambos os sexos:** hepatite aguda, cirrose hepática, câncer de fígado
Citomegalovírus	INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS **Ambos os sexos:** febre subclínica ou não específica, inchaço difuso no linfonodo, doenças hepáticas, etc.
Vírus do molusco	MOLUSCO CONTAGIOSO **Ambos os sexos:** nódulos firmes e umbilicados na pele, genitais ou generalizados
Herpesvírus associado ao sarcoma de Kaposi (herpesvírus humano tipo 8)	SARCOMA DE KAPOSI **Ambos os sexos:** tipo de câncer agressivo em pessoas imunossuprimidas
INFECÇÕES POR PROTOZOÁRIOS	
Trichomonas vaginalis	TRICOMONÍASE **Homens:** Corrimento uretral (uretrite não gonocócica); frequentemente assintomático **Mulheres:** vaginose com corrimento vaginal abundante e espumoso, nascimento prematuro, bebês de baixo peso ao nascer **Recém-nascidos:** baixo peso ao nascer
INFECÇÕES POR FUNGOS	
Candida albicans	CANDIDÍASE **Homens:** infecção superficial na glande do pênis **Mulheres:** vulvo-vaginite com secreção vaginal espessa e aspecto de coalhada, prurido ou queimação vulvar
INFECÇÕES PARASITÁRIAS	
Phthirus pubis *Sarcoptes scabiei*	Infestações por piolhos Pubianos Sarna

Fonte: BRASIL (2015, p. 19-20).

3. VULNERABILIDADE DA VÍTIMA

Os abusos sexuais acabaram por construir um contexto negativo ao redor das crianças e adolescentes, criando os chamados "menores abandonados. Pois como afirma Tenório (2018), as crianças havidas fora do casamento, isto é, as provenientes dos abusos sexuais, passaram a ser um problema típico das cidades. Os cuidados com "enjeitados" se tornavam cada vez mais difíceis. Aparece, então, a figura do "menor abandonado".

Surgiram assim as mais variadas formas de violência voltadas a esse grupo social, não se demonstrando apenas na forma de violência física, mas também, psicológica e estrutural. Passando-se do Brasil Colônia ao Brasil Império e ao Brasil República, obser-

vamos que as crianças e adolescentes, brancas, negras, ricas, pobres, do sexo feminino ou masculino têm sido disciplinadas por práticas que incluem qualquer forma de violência, sendo que esse disciplinamento era tomado como sinônimo de educação frente às leis do adulto (BRAUN, 2002).

A violência acaba por si tornar um hábito e ação frequente dentro das relações instituídas, pois passa a ser visto como instrumento de educação e submissão dos filhos aos pais. Pois como é colocado por Guedes e Silva (2009, p. 6), essa violência institucionalizada no lar vem permeando a história das crianças e dos adolescentes na sociedade brasileira, através de diferentes práticas, culminando na maioria das vezes, na repressão e no silenciamento dos mesmos.

De acordo com Fonseca (2009, p. 16), começa-se a se observar que: de certa forma, a sociedade legitima essa espécie de violência, pois só em 1927, com o advento do Código de Menores, que tal matéria foi disciplinada, sendo que o Código Penal Brasileiro, que data de 1940, tratava apenas dos castigos exacerbados, vez que a violência contra criança e o adolescente só era considerada crime quando praticada de forma imoderada, porém quando realizada para a correção era considerada lícita. Segundo, portanto, tal concepção, a família acaba por tornar-se um espaço de violações, sob o comando do "chefe" supremo da casa – o pai. Esta configuração patriarcal foi extremamente lesiva, na qual imperava o exercício da força.

Tendo em vista o contexto social disposto, fica evidente que desde o período colonial e chegando até a atualidade, a constituição de um sistema patriarcal em que o convívio familiar e gerenciado por um chefe supremo o "pai" foi relevante na introdução da violência de maneira ampla no convivo familiar, principalmente quando se fala no processo de educar.

A violência acaba por se tornar, parte da sociedade e muitas das vezes aceita como a resolução dos mais variados problemas, o que torna não apenas as relações intrafamiliares, mas também, todas as relações sociais impregnadas pelos mais variados conceitos voltados à violência.A sociedade brasileira está habituada a considerar a violência como uma transgressão de regras e leis aceitas pelo todo e das quais depende para continuar existindo. Desta forma, a violência está longe de ser considerada estranha à sociedade, bem pelo contrário, muitas vezes ela é utilizada como forma de regular as relações sociais e superar conflitos (SILVA, 2017).

Tal situação se reflete diretamente na construção da violência contra a mulher durante os tempos, pois se criou diretamente uma estrutura de privação de direitos fundamentais, que acabam por tornar essa fase da vida, um período infeliz de ser presenciado. Devemos ter presente que a violência cometida contra a criança e ao adolescente deve ser considerada como negação dos valores universais tais como: a liberdade, a igualdade e acima de tudo ao direito primordial do ser humano, que é o direito à vida. A violência apresenta-se como uma manifestação de sujeição e coisificação do ser humano, atentando contra a construção de uma sociedade de homens livres, passando a ser considerada uma ameaça constante ao direito à vida, como também à dignidade e ao respeito (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Tendo por base tal questão, quando analisado todo ambiente histórico ao redor da construção social que norteia todas as crianças e adolescentes, torna-se visível o pouco cumprimento e aplicação dos direitos fundamentais, culminando em resultados negativos e assim na violência em um contexto prático. De caráter universal, a violência doméstica tem sido objetivo de atenção crescente, sobretudo em face da conscientização generalizada de que não deve ser vista como um drama particular, um problema exclusivamente

privado, cumprindo ao Estado intervir sempre que abusos forem constatados (LEITE; NORONHA, 2015)

Partindo desse ponto, um dos grupos mais atingidos são as crianças e adolescentes, que tem na constituição de lares conturbados, um dos pontos fundamentais, culminando em diferentes formas de violência a serem presenciadas. Por habitarem lares conturbados, disfuncionais, são amiúde vítimas de dupla violência – direta e indireta – cometida por parte dos pais biológicos ou por afinidade, responsáveis ou parente, muito sob efeito de álcool ou drogas ou distúrbios de comportamento, na faixa etária predominante de 26 a 34 anos (FAÚNDES; ROSAS; BEDONE, 2006).

Todo esse contexto histórico de violência apresenta a importância das políticas públicas para assegurar o assistencialismo à vítima, onde a mulher, a criança e o adolescente passam a necessitar de um assistencialismo especial e com olhos voltados para as suas necessidades. No próximo capítulo será abordado o papel do enfermeiro no assistencialismo a mulher vítima de violência.

4. O PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

O processo educacional dentro do sistema de atendimento básico aos pacientes é um dos instrumentos mais adequados para promover o conhecimento sobre as questões relacionadas à saúde, ao bem-estar e ao processo de qualidade de vida dos pacientes que fazem parte desse quadro de atendimento, esse tipo de atendimento pode ocorrer em clinicas, em postos de saúde, em centros culturais ou até mesmo dentro de centros sociais desde que se tenham profissional habilitadora para a prestação desse tipo de serviço (SILVA, 2017).

Durante o processo de relacionamento entre o profissional da área da saúde e o paciente, diversos foram os rompimentos que modificaram a prática desse profissional no processo de revolução forma tradicional da prestação de atendimento e isso possibilitou à assistência e uma melhor forma de assumir o compromisso com um novo projeto social, criando assim um comprometimento da classe trabalhadora e consequentemente um processo de luta por direitos iguais (VILELAS; JANEIRO, 2012).

É dentro desse projeto social, que se define como um projeto ético que envolve precedentes político que possa possibilitar aos profissionais uma nova construção para as respostas que a demanda social precisa que visam dar continuidade e assistência ao tratamento a criança e ao adolescente vítima de violência doméstica (BRASIL, 2012).

A prestação de serviços vinculados a modo como o profissional da área da saúde deve prestar seu atendimento, onde o mesmo deva representar seu papel e realizar suas atividades profissionais sempre que necessário, com maior frequência na execução e no planejamento das políticas sociais pública, isso porque estão ligados aos mais diferentes segmentos que tratam das necessidades da população em geral, isso envolve desde a saúde, a habitação, o processo de previdência social, a educação e o amparo social. É necessário que se tenha um posicionamento diante das barbáries que se têm diante das mais diversas desigualdades sociais, dentro desse contexto de prestação de serviço é que deve se encaixar o atendimento aos pacientes, onde é necessário que seja proporcionado uma confiabilidade tanto entre o paciente, quanto a equipe de profissionais que faz parte desse tipo de atendimento (VIEGAS; PENNA, 2013).

É necessário ressaltar o processo de articulação que foi criada para ajudar na criação

de movimentos sociais que estivessem ligados a todos os interesses da classe trabalhadora e é indispensável que se tenha uma compreensão do fortalecimento desse processo Ético Político Profissional, onde somente assim pode se caminhar rumo a uma constituição de uma nova característica social. Diante disso é necessário compreender que o trabalho desse profissional se torna uma ferramenta principal para que o paciente não abandone o tratamento, a forma como ele é acolhida deve ser feita de maneira clara e objetiva (TENÓRIO, 2018).

Dentro desse contexto é necessário refletir a respeito do processo de criação políticas sociais e quais os reais motivos do estado fazer a formulação de tais políticas, onde faz uma descrição do modo que devem agir diante das questões sociais. Essas políticas devem agir de forma afetiva para alcançar os direitos sociais e enfermeiro, que é o prestador de serviço que possui uma qualificação adequada, a respeito do conhecimento democrático, sem que haja qualquer empecilho que limite a efetivação da profissão (SILVA, 2017). O trabalho do profissional de saúde implica em conscientizar o paciente sobre a duração do tratamento e conhecimento do ato de violência, além da sua importância no processo de regularidade no uso dos medicamentos e os danos que a interrupção ou o abandono do tratamento podem lhe causar (FONSECA, 2009).

A condição social do paciente portador da violência é uma avaliação de extrema importância, pois é preciso deixar claro todo o processo de violência e o assistencialismo que a paciente precisa. Outro fator importante que os profissionais da área da saúde necessitam compreender são as questões relacionadas a condição demográfica, que tem influência direta no tratamento do paciente por conta da distância. Diante desse desafio, a participação de uma equipe de saúde ativa no acompanhamento mensal ou até mesmo diário a esses pacientes, faz toda a diferença para que possa dar um suporte (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Vale ressaltar que acessibilidade é um direto assegurados a todos os cidadãos que possuem algum tipo de deficiência física, ou são portadores de algum tipo de doença, ou mesmo aos que possuem integridade de sua saúde e podem ter acesso aos serviços de saúde pública. O atendimento e o aceso a saúde é um direito de qualquer cidadão, onde lhe é assegurado a assistência de forma integra e facilitadora para todos os usuários (BRASIL, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início da compreensão humana da emoção e da formação da identidade ocorre na infância. A questão surge quando essa criança passa a viver em um ambiente hostil e, assim, fica exposta a agressões verbais, físicas e psicológicas. O ambiente familiar serve de base para o crescimento da criança e do adolescente, sendo fundamental que os pais estejam atentos a todas as metamorfoses que ocorrem quando uma pessoa passa da infância para a vida adulta.

Insere-se neste contexto o cenário de violência doméstica contra mulheres de diversas idades. O impacto da agressão, seja física ou psicológica, na vida dessas mulheres é significativo. Negligenciar a violência é um ato de agressão, assim como negar a alguém comida, cuidados pessoais ou mesmo higiene. O comportamento da mulher muda e ela passa a se culpar quando é submetida a qualquer tipo de agressão.

É necessário realizar uma investigação quando uma mulher apresenta sinais de comportamento abusivo e de violência para que a vítima possa ser devidamente acolhida e tratada. Para diminuir os efeitos sobre crianças e adolescentes, é fundamental que os

profissionais de saúde sejam incluídos nessa problematização social. Refira-se que esta questão remonta a tempos mais remotos, quando a violência doméstica se espalhava de geração em geração e os cônjuges (ou pais) acreditavam que algumas sanções e privações eram necessárias para fortalecer a relação em casa.

Os enfermeiros que trabalham em hospitais são um dos primeiros contatos que uma mulher vítima de violência tem. A recuperação realizada por esses profissionais tem evoluído para ser essencial para as vítimas além do atendimento emergencial. Falar com o paciente e entender suas preocupações contribui positivamente para o tratamento e medidas preventivas. É um processo lento, mas quando feito corretamente, ajuda a diminuir o trauma que as vítimas teriam que carregar pelo resto de suas vidas.

Portanto, pode-se dizer que o presente estudo atingiu seu objetivo geral, que era identificar a atuação do profissional de saúde no atendimento às mulheres que sofreram algum tipo de violência. Desta forma, desenvolveu-se um sistema abrangente de apoio e violência contra a mulher dentro de casa, levando diretamente ao estabelecimento de direitos legais e, eventualmente, a um declínio no número de crimes violentos, com um dos fatores mais significativos em jogo e os cuidados prestados pelos enfermeiros frente a esta problemática.

Referências

ANDRADE, Clara de Jesus. As equipes de Saúde da Família e a violência domesticam contra a mulher: um olhar de gênero.**Revista escrita Enfermagem**. São Paulo 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica sobre Notificação Compulsória pelo Sistema de Saúde dos Casos de violência praticada contra as mulheres.** Ministério Público do Estado da Bahia Centro de Apoio Operacional da Cidadania - CAOCI Grupo de Atuação Especial em Defesa das Mulheres – GEDEM. Salvador, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profi laxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**, 2015a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica de Padronização das delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres.** Brasília, DF, 2012.

BRAUN, Suzana. **A violência sexual infantil na família:** Do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: AGE Editora, 2002.

FAÚNDES A, ROSAS, CF, BEDONE, A.J. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro.**Revista Brasil Ginecol**. 2006.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 974-980, 2009. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4073/4909 . Acesso em: 26 nov. 2021.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A Violência de Gênero e o Processo Saúde-doença das Mulheres. **Rev Enferm**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.625-631, jul./ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf. Acesso em: 19 set. 2022.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p.256-266, maio/ago. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27- 02-00256.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Julia Marques;GASPAR, Maria Filomena Mendes. **Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem**. 2011.

LEITE, R.M; NORONHA, R.M.L.Violência contra a mulher: herança histórica e reflexo das influências culturais e religiosas. **Revista Direito e Dialogicidade**, Crato, Ceará, n. 1, v.6, 2015.

MORAES, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da. **O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual.**Dissertação para o programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), 2010.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 4, p.556-559, jul. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400016 . Acesso em: 25 out. 2022.

OLIVEIRA, Andressa Porto de. **A Eficácia da Lei Maria da Penha no combate à violência doméstica contra a mulher.** Monografia apresentada em Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: http://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/851/1/Andressa%20Porto%20de%2 . Acesso em: 24 out. 2022.

PASSOS, Hozana Reis. **Conhecendo a rede de apoio a mulher vítima de violência do município de belo horizonte.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista. Orientadora: Profa. Maria José Cabral Grillo. Belo Horizonte, 2010.

SILVA, Emilayne Amara Siqueira. **O estupro corretivo, dupla vulnerabilidade das mulheres LBT"S e a urgência de tipificação legal.** Orientador: Mrs Elba Ravane Alves Amorim. 2017. 9-37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharel em direito) - Faculdade Asces-Unita, Caruaru, 2017.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Tranculturalidade: o Enfermeiro com Competência Cultural. Reme: **Rev. Min. Enferm**, Portugal, v. 16, n. 1, p.120-127, jan-mar. 2012. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509. Acesso em: 10 out. 2022.

VIEGAS, A. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, v.17, n. 1, p.133-141, jan./mar. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

TENÓRIO, Emilly Marques. **LEI MARIA DA PENHA E MEDIDAS DE PROTEÇÃO: ENTRE POLÍCIA E AS POLÍTICAS**. Campinas: Papel Social, 2018.

9

A EFICIÊNCIA DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO

THE EFFECTIVENESS OF THE INTRAUTERINE DEVICE (DIU) AS A CONTRACEPTIVE METHOD

Rosa Maria Ferreira

Resumo

Assuntos relacionados aos direitos femininos, sexuais e reprodutivos vem tomando destaque ao longo da história, promovendo modificações profundas na sociedade. O dispositivo intrauterino (DIU) surgiu da necessidade de evitar gravidez não desejada, e assim poder realizar um planejamento familiar como também é um método de barreira para doenças transmissíveis, através da utilização desse dispositivo contraceptivo. O DIU é um dos métodos contraceptivos mais seguros que existe, utilizado por milhões de mulheres no mundo, pois possui taxas de eficácia relativamente altas e não depende das usuárias para ser efetivo. Sendo assim, o presente estudo teórico tem como objetivo compreender a eficiência do dispositivo intrauterino (DIU) como método contraceptivo, com intuito de identificar as principais bases constitutivas sobre o assunto e propor um conceito unificar. Para que esses objetivos fossem alcançados foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações mais recentes sobre o assunto. Como resultados obtidos, foi possível identificar que ainda existem barreiras para a disponibilidade e acesso ao DIU, principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), onde existe pouca oferta do método contraceptivo.

Palavras-chave: Dispositivo Intrauterino. Saúde da Mulher. Método Contraceptivo.

Abstract

Issues related to women's sexual and reproductive rights have been highlighted throughout history, promoting profound changes in society. The intrauterine device (IUD) arose from the need to avoid unwanted pregnancy, and thus be able to perform family planning as well as a barrier method for communicable diseases, through the use of this contraceptive device. The IUD is one of the safest contraceptive methods that exists, used by millions of women worldwide, because it has relatively high rates of effectiveness and does not depend on the users to be effective. Thus, this theoretical study aims to understand the efficiency of the intrauterine device (IUD) as a contraceptive method, in order to identify the main constituent bases on the subject and propose a unified concept. For these objectives to be achieved, a bibliographic survey of the most recent publications on the subject was carried out. As results obtained, it was possible to identify that there are still barriers to the availability and access to IUD, especially in the Unified Health System (SUS), where there is little offer of the contraceptive method.

Keywords: Intrauterine Device. Women's Health. Contraceptive Method.

1. INTRODUÇÃO

O dispositivo intrauterino (DIU) é conhecido por ser um dos métodos mais usados, eficaz e seguro, tem em sua categoria o *longacting reversible contraception* ou LARC. Porém, no Brasil esse método é pouco frequente tendo apenas 1,5% de aceitação por mulheres, esse dado mostra que o não acesso ao serviço de saúde tem levado as mulheres a não terem informações acerca do DIU, assim como a oferta insuficiente do método pela rede de Saúde principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Existem dois tipos de DIUs, os não hormonais e os hormonais, onde ambos agem de diferentes maneiras no corpo da usuária e também possuem distintas contraindicações. Portanto, neste trabalho foi abordado o Dispositivo intrauterino de cobre, sendo o mais utilizado pela sua eficácia e disponibilidade. O DIU de cobre

Diante disso, existem algumas barreiras que interferem na utilização do DIU, como a não informação sobre o método, assim como profissionais de saúde ter pouco ou nenhum conhecimento sobre os mecanismos de ações do DIU, mitos e tabus, receio de efeitos colaterais. Outros aspectos como segurança e eficiência também são questionados a respeito do dispositivo intrauterino, pois muitas mulheres ainda têm receio em utilizar o dispositivo devido às complicações causadas pela sua inserção.

Discute-se, assim, que este trabalho tem como fundamento esmiuçar um tema tão debatido e pouco compreendido na prática, por desmistificar ideologias e abrir caminho para uma concepção moderna sobre o assunto. Contudo, ainda existem muitas dúvidas a respeito dos dispositivos contraceptivos, a causa principal é a falta de informação e incentivo sobre ele, sendo o maior obstáculo ao uso do DIU.

Apesar do DIU ser um método altamente seguro e possuir uma taxa de falhas relativamente mais baixas do que os outros métodos convencionais. O debate acerca do seu tema ainda apresenta uma importante lacuna na literatura. Desse modo, esta pesquisa busca responder a seguinte questão problema: O método contraceptivo DIU (Dispositivo Intrauterino) pode proporcionar segurança e eficácia para a saúde da mulher, assim como a prevenção de gravidez indesejada, também na luta para diminuição de aborto?

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo geral compreender a eficiência do dispositivo intrauterino como método contraceptivo, através de estudos bibliográficos e teorias que comprovam que esse contraceptivo é bastante eficiente. Já como objetivos específicos, foram estabelecidos: Conceituar o dispositivo intrauterino (DIU), suas vantagens e desvantagens como método contraceptivo, compreender a eficácia do dispositivo intrauterino de cobre (DIU) para contracepção e descrever os principais questionamentos a respeito da inserção do DIU e especificar o papel do profissional da saúde.

Portanto, o trabalho trata-se de um estudo bibliográfico que se propôs discorrer sobre a importância do método contraceptivo DIU e como ele pode ser eficiente para evitar uma gravidez não planejada, através de uma revisão de literatura descritiva e qualitativa sobre o impacto desse contraceptivo na vida das mulheres, assim como imprescindível para o desenvolvimento da sociedade. Os dados para fundamentação do tema proposto, foram coletados em publicações oficiais como periódicos, artigos científicos e livros mais recentes, com o objetivo de identificar as bases constitutivas sobre o assunto principal, e assim propor um conceito unificador.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Dispositivo intrauterino (DIU)

A utilização de dispositivos como método contraceptivo existe desde a antiguidade, quando o homem percebeu que ao utilizar objetos no interior do útero, funcionaria como uma barreira para evitar a gravidez indesejada (PEREIRA; CARDOSO, 2021).

Hoje esses dispositivos são conhecidos como Dispositivo Intrauterino (DIU) ou *Long--Acting Reversible Contraception* (LARC), que é um método contraceptivo fabricado mais comumente de cobre e que possui formatos variáveis (SLYWITCH et al., 2021; ANDRADE et al, 2022).

Nesse contexto, tem-se notícia dos primeiros relatos sobre o DIU no ano de 1909, pelo médico Richards Richter, quando ele inseriu anéis de intestino de bichos de seda dentro do útero de mulheres. Todavia, não foi aceito pela população tão pouco eficaz esse método, sendo substituído mais tarde por anéis de prata, cobre, níquel e zinco (PEREIRA; CARDOSO, 2021).

O DIU é um método contraceptivo que previne a gravidez indesejada, apesar de ser um contraceptivo bastante eficaz, o Brasil ainda apresenta baixo índice de utilização do dispositivo entre a população feminina. O principal motivo da baixa utilização do método é a falta de informação, muitas mulheres não conhecem sobre o dispositivo e não sabem onde encontrar (AMORIM, 2019).

De acordo com Andrade et al. (2022), existem alguns critérios que precisam ser levados em consideração para inserção do DIU, a saber:

- mulheres que possuam risco de contrair ou estejam infectadas com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);
- mulheres que possuam a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Levando em consideração essas informações, Batista (2019). salienta que o DIU é indicado para toda mulher adolescente ou adulta que estão dentro do quadro para fazer uso desse dispositivo, mulheres que possam contrair ou que estão infectadas com o HIV ou AIDS e que estejam em terapia antirretroviral (ARV), assim também por mulheres que estão clinicamente bem de saúde. Portanto, levar em consideração essas condições é muito importante, pois assim as mulheres poderão se proteger, e estarem clinicamente bem para inserção do DIU.

Segundo Gonzaga et al. (2017), a nível Brasil a frequência de utilização do DIU chegou a cerca de 1,5% entre as mulheres entrevistadas pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde em 2006. Já nas pesquisas realizadas por Andrade et al. (2022), entre os anos de 2020 a 2021 houve um aumento de 150% de inserção de DIU. Tais informações podem ser analisadas na figura 1.

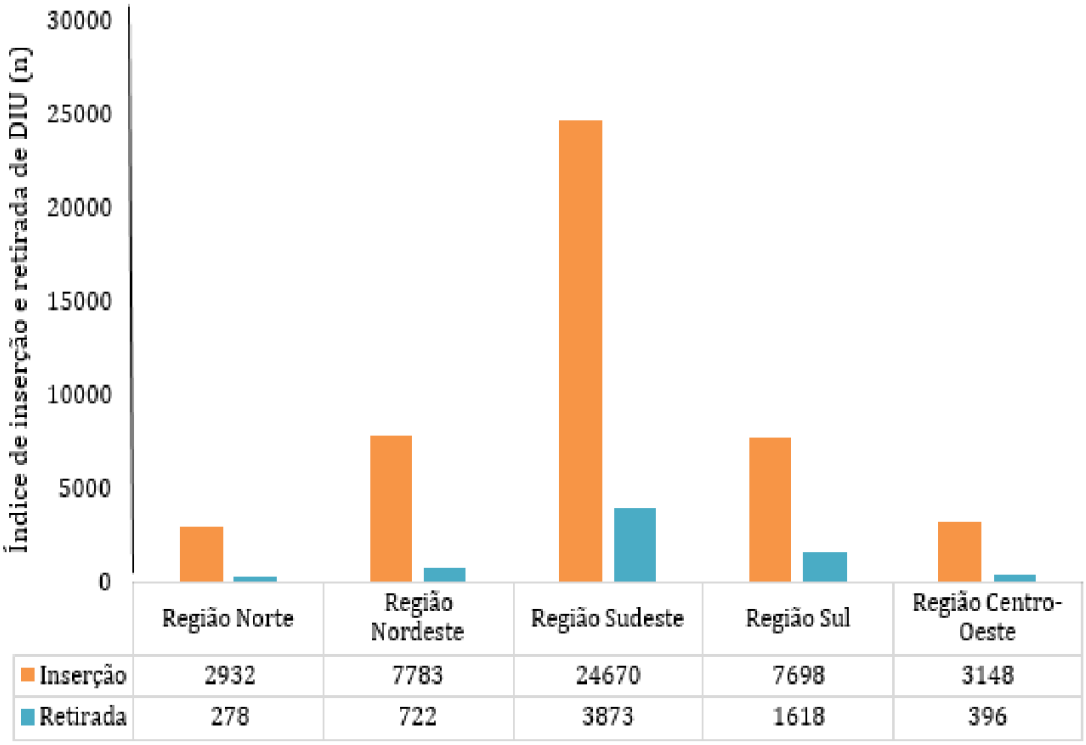

Figura 1 – Índice de inserção e retirada de DIU entre as Regiões Brasileiras

Fonte: Andrade *et al*. (2022), baseados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Observa-se que, a taxa de inserção do DIU vem evoluindo, principalmente nas regiões Sudeste que teve um registro total de 28.543 notificações (53,7%) e a Região Nordeste que registrou uma taxa de 16% que totaliza 8.505 registros de inserção do dispositivo. Essa evolução se dá devido ao crescimento do conhecimento sobre o método contraceptivo e o acesso ao serviço (ANDRADE *et al*., 2022).

2.2 Características do DIU

O DIU é um dispositivo que tem uma ação entre 5 a 10 anos, sendo um método bastante eficaz. Além disso, é considerado um contraceptivo que possui poucos efeitos colaterais e excelente custo-benefício. Com a utilização desse método as chances de gravidez indesejadas são relativamente reduzidas, em média são inferiores a 1 em 100 mulheres por ano (GIORDANO; GIORDANO; PANISSET, 2015).

Slywitch et al. (2021), enfatizam que o DIU é indicado para mulheres que querem utilizar contraceptivos que sejam mais eficazes, pode ser utilizado em adolescentes, no pós-aborto e pós-parto e também em mulheres que possuem alguma comorbidade e contraindicações em utilizar outros métodos contraceptivos.

Também pode ser utilizado em lactantes e para mulheres com contraindicação ao uso de estrogênio, ou seja, que passaram por câncer de mama. Portanto, os benefícios consequentes do DIU podem ser considerados como um método altamente eficiente, que tem uma proteção de longo prazo contra gravidez indesejada e possui mínimo efeito colateral (AMORIM, 2019; GIORDANO; GIORDANO, PANISSET (2015).

Destarte, torna-se relevante fundamentar que o DIU (Dispositivo Intrauterino), vem sendo uma excelente opção para usuárias que desejam utilizar um método contraceptivo reversível e que tem um prazo de duração relativamente mais longo. Por isso, cabe ao

profissional da saúde influenciar na escolha do método contraceptivo, com relação a indicação do paciente e critérios de avaliação. Sobre as características comuns do Dispositivo Intrauterino (DIU), quando é inserido por um profissional qualificado pode ter uma taxa de falha menor em comparação a outros dispositivos. Neste contexto destaca-se por ser um método bastante eficiente para evitar gravidez indesejada (SLYWITCH et al., 2021).

2.3 Os diferentes tipos de DIU

De acordo com Bezerra (2014), o DIU é um dispositivo constituído por pequenas peças fabricadas de plástico e/ou metal e podem ser de dois tipos: os medicamentosos e não medicamentosos. Por isso, os principais tipos de dispositivos intrauterino existentes são o DIU de cobre e o DIU hormonal, DIU de cobre com prata e o mais recente DIU Kyllena (PEREIRA; CARDOSO; BATALHÃO, 2021).

O DIU de cobre é um dos métodos contraceptivos que possui um índice de falha relativo menor do que o DIU de liberação hormonal (SLYWITCH et al., 2021). Ambos têm o mesmo objetivo que é evitar a fecundação através de mudanças locais no endométrio. Contudo, o DIU de cobre libera metal e o de DIU hormonal levonorgestrel (hormônio de progestágeno sintético), evitando assim a gravidez não planejada (ABREU et al., 2019).

Vale ressaltar que, entre os métodos hormonais disponíveis no Brasil, temos também o Mirena® e Kyleena® que tem um prazo de validade de 5 anos (PEARSON, 2022). O DIU de Kyllena é um contraceptivo mais recente, que tem como característica o seu tamanho reduzido. A sua fabricação se deu para adequar as usuárias que possuem canal cervical estreito ou ainda aquelas mulheres que possuem cavidade uterina menor (PEREIRA; CARDOSO; BATALHÃO, 2021).

Este dispositivo é o mais recente no mercado brasileiro e pode ser utilizado para o tratamento menstrual intenso ou para tratamento da menopausa. Suas dimensões chegam a 28 x 30 mm e seu tubo possui 3,8 mm e tem como ação liberar cerca de 12 mcg/24h no organismo (NELSON, 2017 apud HARA et al., 2022; PEARSON, 2022; FRENZ, 2020).

Outro dispositivo utilizado é o Mirena, que é um DIU hormonal que possui 52mg de levonorgestrel, tem dimensões de 32 x 32 mm por isso é um dos maiores contraceptivos hormonais intrauterinos. Sendo, um dos métodos com uma taxa de chance de gravidez menores, exatamente cerca de 0,2% (HARA et al., 2022; PEREIRA; CARDOSO; BATALHÃO, 2021). De acordo com Hara et al. (2022), esse dispositivo possui algumas contraindicações (Quadro 1).

Quadro 1 - Contraindicações do uso do DIU Mirena

CONTRAINDICAÇÕES
Gravidez atual ou suspeita de gravidez
Anormalidade uterinas congênitas ou adquiridas (ex: fibrose ou estenose cervical)
Doença inflamatória pélvica
Endometriose pós-parto ou aborto por infecção nos últimos 3 meses
Hipersensibilidade ao produto
Neoplasia cervical ou uterina confirmada, suspeita
Doença hepática
Condição associada com aumento da suscetibilidade a infecções com microrganismos
Carcinoma de mama suspeito ou confirmado
Sangramento vaginal de etiologia desconhecida
Múltiplos parceiros sexuais
História de gravidez ectópica ou predisposição a tal

Fonte: HARA *et al*. (2022), adaptado de MIRANDA (2018) e PRINE (2018).

De acordo com Teixeira, De Almeida Teixeira e Teixeira (2022), o DIU quando mal posicionado pode acarretar sangramento anormal, expulsão, incrustação e perfuração uterina, descida, rotação horizontal e vertical, entre outros efeitos que podem causar doenças inflamatórias ou até mesmo uma gravidez ectópica. Portanto, a posição ideal do DIU é aquela em que sua haste longitudinal possa estar acima do orifício interno do colo uterino (Fig.2).

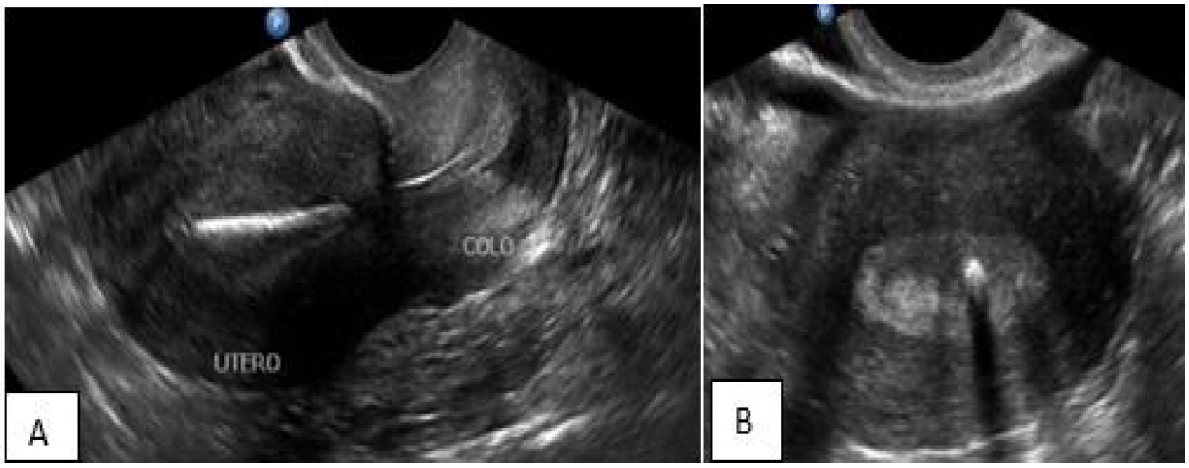

Figura 2 – Posicionamento ideal do DIU

Fonte: Teixeira, De Almeida Teixeira e Teixeira (2022).

As imagens ilustram a USTV da posição do DIU no plano sagital (Fig. 5 A) e plano transversal (Fig. 5 B). Diante disso, a distância ideal do DIU-endométrio seria de <7,0 mm. Onde não importa a posição do fundo da cavidade uterina, mas sim sua eficiência anticoncepcional. Pois, quando mais distante da cavidade uterina menor é a eficácia anticoncepcional (TEIXEIRA; DE ALMEIDA TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2022).

2.4 Vantagens e desvantagens do DIU

A vantagem do DIU é que ele pode ser utilizado por tempo prolongado. E é considerado como um método eficaz na contracepção, assim como são muito econômicos em

comparação com outros métodos ou pílulas anticoncepcionais. Em sua ausência, é considerado um contraceptivo reversível mais usado no mundo (SLYWITCH *et al*., 2021).

Diante da importância do DIU, Gavilán, López e López (2018) enfatizam que as principais vantagens da utilização do DIU, são:

- alta eficácia contraceptiva;
- é um método econômico;
- fácil implantação e remoção do dispositivo;
- é um método anticoncepcional reversível;
- não é abortivo;
- uma vez colocado, tem uma duração de 5 a 10 anos, dependendo do tipo de DIU;
- uma vez removido, não prolonga seu poder contraceptivo, com o qual a mulher pode engravidar se desejar após a remoção do útero;
- não tem contra-indicações com o uso de outros medicamentos;
- o DIU de cobre pode ser usado durante a amamentação, pode ser inserido tão cedo quanto quatro semanas após o parto e após um aborto;
- não precisa de períodos de descanso, após a inserção;
- é indicado em algumas patologias ginecológicas como dismenorreia ou hipermenorreia.

Em relação as desvantagens do DIU, Holanda *et al*. (2013), deixa claro que que, ao utilizar o contraceptivo DIU, pode acarretar o aumento do fluxo menstrual, aumento de cólicas menstruais, sendo essas causas os principais fatores para remoção do dispositivo. Com isso, há a necessidade de realizar periodicamente ultrassonografia transvaginal para identificar se existe alguma inadequação com o equipamento em relação a posição e também para identificação de falhas. Vale ressaltar também que uma das desvantagens do DIU, é a frequência de mau posicionamento da inserção do dispositivo, pois acaba acarretando desconforto e prejudicando a usuária.

2.5 contraindicações para o uso do DIU

O DIU é contraindicado para mulheres que possuem anormalidades como útero bicorno, septado ou estenose cervical. Como também em mulheres que tenham miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial, assim como endometrite, cervicite mucopurulenta, tuberculose pélvica e mulheres com anticoagulação ou com distúrbios da coagulação (GIORDANO; GIORDANO; PANISSET, 2015).

Na mesma linha, Trigueiro (2021), assegura que os principais riscos após a inserção do DIU estão relacionados "com a perfuração uterina, infecção, expulsão, falha contraceptiva e gravidez ectópica". Portanto, esses fatores vêm sendo relevantes para que as mulheres não queiram utilizar o método. De acordo com FEBRASGO (2016) alguns dos efeitos colaterais do DIU estão descritos no quadro abaixo.

Quadro 2 - Desvantagens do uso do DIU

DIU COBRE	DIU HORMONAL
DOR	DOR
SANGRAMENTO	CÓLICAS, CEFALEIAS
CÓLICAS	ACNES, MUDANÇA DE HUMOR
PERFURAÇÃO	AUMENTO DE PESO

Fonte: Febrasgo (2016) e Sanders JN *et al.* (2017).

Conforme visto no conceito anterior, Pereira e Cardoso (2021) também abordam alguns contraindicações para inserção do DIU:

- anormalidades anatômicas do útero;
- infecção ginecológica ativa;
- gravidez presente ou suspeita (mulheres grávidas não podem usar DIU, pois há elevado risco de aborto);
- câncer uterino (mulheres com câncer do endométrio ou câncer do colo do útero não devem utilizar o DIU);
- sangramento ginecológico de origem não esclarecida (antes da implantação do DIU, qualquer sangramento anormal deve ser investigado);
- o DIU de cobre, especificamente, também é contraindicado a mulheres com alergia à cobre, já o DIU de Mirena não deve ser utilizado por mulheres que tiveram câncer de mama nos últimos 5 anos ou doenças hepáticas, devido aos hormônios.

Vale ressaltar, que os métodos contraceptivos se tornaram um assunto muito debatido principalmente sobre sua eficiência, pois ainda são vistos como ineficientes, baixo nível de conhecimento entre os casais, assim como mitos e tabus. Além disso, existem barreiras pelos próprios profissionais da saúde, onde muitos não possuem conhecimentos técnicos e não sabem orientar a população feminina a respeito da utilização do dispositivo, e assim as pessoas não têm informações claras para auxiliar na escolha do melhor método.

3. EFETIVIDADE DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

O DIU de cobre é entendido como eficaz, pois possui uma média de duração de 10 anos após ser inserido no útero da mulher. Onde possui uma taxa de falha entre 0,6% a 0,8% por 100 mulheres (BEZERRA, 2014). De acordo com a FEBRASGO (2016), o dispositivo intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) está entre os dispositivos com uma taxa alta de eficácia que varia entre 0% a 0,6% de mulheres/ano.

Diante disso, o DIU é um método contraceptivo altamente eficaz e bem tolerado, sua prevenção pode durar por bastante anos e pode ser comparado como uma laqueação devido a sua eficiência (PEREIRA et al., 2021).

Confirma-se, assim, que uma das principais barreiras enfrentadas para o uso de DIU, é o acesso aos serviços de saúde para a disponibilização do dispositivo. Portanto, entre essas barreiras também existem a falta de conhecimento das mulheres sobre o dispositivo, mitos e tabus, onde contribui para a baixa taxa de sua utilização (GONZAGA et al., 2017).

No estudo realizado por Pereira et al. (2021), evidenciam a alta segurança e eficiência do DIU, isso porque foi analisado uma quantidade de mulheres entre 16 a 46 anos,

onde após a inserção do método contraceptivo ocorreram aproximadamente 6 gestações, ou seja, cerca de 0,12 por 100 mulheres por ano. Portanto, o DIU proporciona menores índices de gerações indesejadas em relação a outros métodos.

3.1 Dispositivo intrauterino de cobre

De acordo com a pesquisa da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o DIU de cobre é o método contraceptivo mais conhecido e usado no mundo, pois esses dispositivos não contêm hormônios, são de fácil inserção e remoção, sendo os formatos mais utilizados o DIU TCu-380 e o Multiload®375 (FEBRASGO, 2016).

Diante disso, o dispositivo mais utilizado vem sendo o DIU fabricado de Cobre constituído de plástico com filamento de cobre enrolado na sua haste e o Sistema intrauterino (SIU) que na sua estrutura libera levonorgestrel (LNG-DIU) (TEIXEIRA; DE ALMEIDA TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2022).

Na mesma linha Batista (2019) e Junges et al. (2021), afirmam que, o DIU de cobre é considerado um contraceptivo atualmente mais utilizado por ter características mais simples, com um formato pequeno, é flexível e possui um formato T para fácil inserção e mede aproximadamente 31mm. Com isso, o DIU de cobre é o mais moderno, seguro e mais eficiente, sendo o único modelo disponibilizado via SUS.

Os modelos de DIU de Andalan Classic Cu 380, são de fácil aplicação e possuem vida útil de 10 anos, possuem menor risco de deslocamento e expulsão, tem entre 05 e 09 cm de diâmetro e ainda tem formato de letra grega ômega (DA SILVA, 2021).

Diante disso, Pereira e Cardoso (2021) deixam claro que a utilização do DIU de cobre é mais eficiente as seguintes vantagens:

- isento de ação hormonal na mulher. O DIU de prata é mais fácil de ser inserido no útero, já que é mais fininho e maleável quando comparado aos outros modelos de cobre e hormonais;
- outro ponto positivo é que ele possui eficácia contraceptiva melhor do que as pílulas anticoncepcionais - com taxa de falha de 0,5% ao ano ou 1 falha a cada 2 anos em um grupo de 100 usuárias;
- pode ser usado em mulheres que tiveram câncer de mama, pois tem menor fragmentação do cobre no organismo e mais estabilidade quando comparado aos outros DIUs não hormonais;
- por não utilizar hormônios, o DIU de prata é isento de efeitos colaterais possíveis com o DIU de Mirena, como acne, oleosidade de pele, queda de cabelo e retenção hídrica.

Campos et al. (2020) consideram que as principais vantagens do DIU Cu 380A é a sua eficácia, além de não utilizar hormônios sistêmicos, o DIU pode ser utilizado por mulheres lactantes, mulheres que estejam amamentando ou ainda que possuem histórico familiar de câncer de mama. Ainda de acordo com os autores, esse método precisa ser inserido e divulgado com mais eficiência.

3.2 Inserção do DIU

O SUS disponibiliza a inserção do DIU de forma gratuita, contudo apesar do método ser bastante eficiente e ser ofertado gratuitamente a taxa de inserção ainda está muito inferior do que seria o ideal (FONSÊCA et al., 2021).

Segundo Campos et al. (2020), a colocação do DIU é relativamente simples, quando inserido por um profissional qualificado. A inserção pode ser realizada no próprio ambulatório não necessitando de anestesia ou uso de medicamentos. Logo após a inserção do DIU, é necessário que a paciente retorne ao hospital para o acompanhamento do médico, havendo a necessidade também de fazer ultrassonografia transvaginal para saber o posicionamento do dispositivo na cavidade uterina, isso garante maior eficiência do método.

Na mesma linha, Teixeira, De Almeida Teixeira e Teixeira (2022), informam que que após a inserção do DIU é recomendado o exame ginecológico de acompanhamento, esse exame precisa ser realizado a partir da primeira menstruação, e assim depois de seis e doze meses. Entretanto, após esses meses o acompanhamento pode ser feito anualmente. Os autores informam ainda que as principais intercorrências com o uso de DIU são:

- perfuração uterina: podem ocorrer de forma parcial ou incompleta, quando apenas um segmento do DIU encontra-se fora da cavidade uterina e perfurando o interior das paredes uterinas ou total ou completa quando todo o corpo do DIU perfura a parede uterina através da serosa uterina com migração do dispositivo para o espaço intraperitoneal;
- deslocamento: nesses casos a distância DIU-endométrio está muito acima do limite de 05 mm e está diretamente relacionada à diminuição da eficácia contraceptiva;
- gravidez ectópica: pode ocorrer a gravidez ectópica em pacientes que utilizam o DIU, mesmo que o dispositivo esteja bem posicionado.

De acordo com Fonsêca et al. (2021), a inserção do DIU era realizada por médicos e enfermeiros, desde que fossem capacitados e treinados para realizar o procedimento. Contudo, a norma foi revogada restringindo assim, apenas à classe médica a possibilidade de realizar a inserção do dispositivo, tal nota técnica foi regulamentada pelo Ministério da Saúde em 18 de dezembro de 2019.

3.2.1 Mecanismo de ação

O mecanismo de ação do DIU pode alterar conforme a sua composição, que são de cobre ou levonorgestrel. Onde o DIU de cobre tem como mecanismo dificultar a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, já no DIU hormonal constituído por levonorgestrel possui como principal mecanismo de ação impedir a passagem do esperma pelo colo do útero, essa ação é realizada através do espessamento do muco cervical (SLYWITCH et al., 2021).

Bezerra (2014), acrescenta, ainda, que o mecanismo de ação do DIU de cobre é a combinação inflamatória no local de inserção, onde libera íons de cobre que impossibilitam a fecundação. Após a sua inserção não necessita de ação da usuária, pois é inserido no útero, dependendo somente da aceitação por parte dela, caso a paciente não queira mais usar pode ser removido a qualquer momento (HOLANDA et al., 2013).

No que tange às discussões sobre o mecanismo de ação do DIU de Cobre, Giordano, Giordano e Panisset (2015), enfatizam que "o dispositivo intrauterino (DIU) de T Cu 380A, é formado por polietileno coberto com cobre na haste vertical e horizontal, e assim ele não

possui látex na sua composição".

Ainda sob a linha de raciocínio de Holanda et al. (2013), este tipo de dispositivo "para ser considerado bem posicionado, a distância do ápice do DIU ao fundo uterino não deve ultrapassar 2,5 cm, assim como a distância do ápice ao fundo da cavidade uterina não deve ser superior a 5 mm".

3.3 Legislações que asseguram a inserção do DIU

Segundo o Ministério da saúde (2013), os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos reconhecidos em leis nacionais e internacionais, onde tornaram-se uma conquista histórica. Em relação aos marcos nacionais de referenciais sobre os direitos sexuais e reprodutivos, destacam-se:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM/MS/1984;
- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS/2004;
- Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005.

De acordo com estes atributos, surgiu o planejamento familiar em 2007 com intuito de promover a saúde da mulher, é um meio de controlar a natalidade e consequentemente pode contribuir para redução dos números de abortos. Sobre as características desse programa, ele promove palestras informativas e aconselhamentos tanto para a mulher como para o casal (CAMPOS et al., 2020).

O direito ao planejamento familiar compete a qualquer pessoa e está na constituição brasileira, especificamente na lei federal nº 9.203/96, onde o cidadão tem o direito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) aos métodos contraceptivos (ALBUQUERQUE, 2020). Contudo, ainda se tem a ideia de que o uso dos métodos contraceptivos está estritamente relacionado sobre as mulheres a maior responsabilidade, isso por que é inexistentes medicamentos anticoncepcionais para homens (FONSÊCA et al., 2021).

4. PRINCIPAIS BARREIRAS PARA DISPONIBILIZAÇÃO DO DIU

No Brasil, o DIU é um método disponível, bastante conhecido e demandado pelas mulheres, porém, ao optarem por este método, encontram obstáculos que as levam a abandonar o DIU e optar pela pílula ou cirurgia Esterilização (HEILBORN et al., 2009). Para Figueiredo, Castro Filho e Kalckmann (2014), a disponibilidade e acessibilidade do DIU precisam ser melhoradas, visto que todas as unidades de saúde do país não possuem protocolos de adesão ao DIU.

Aspectos como a limitação da atuação do enfermeiro na colocação do DIU, agendamento de procedimentos, e a adoção de determinadas condições clínicas que podem impossibilitar a mulher de inserir o DIU, bem como os protocolos de uso, estes são os principais fatores que contribuem para as que o público feminino não adote ao método.

De acordo com Gonzaga (2017), a ausência ou a não utilização de protocolos, a utilização incorreta ou utilização de protocolos elaborados fora das orientações podem impor obstáculos à disponibilização do DIU. Como é o caso de solicitações de exames clínicos que não são necessários para que o DIU seja colocado. Outra questão limitante

também diz respeito ao número de profissionais especializados para a colocação do dispositivo, atualmente o enfermeiro já é apto a receitar e implantar o dispositivo. No parecer 17/2010/COFEN/CTLN1: "o enfermeiro está apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU, como ações intraconsulta", (COREN/SP, 2016).

De acordo com Barreto et al. (2021), as principais barreiras e dificuldades que interferem na oferta e inserção do DIU, são:

- disponibilidade do método no serviço à atenção básica;
- falta de conhecimento sobre critérios de
- elegibilidade;
- tempo longo de espera entre a decisão e o procedimento;
- excesso de exames para realizar a inserção;
- utilização de protocolos sem evidências científicas;
- dificuldade encontrada em inserir o procedimento na rotina de trabalho frente a outras demandas;
- limitação da atuação do enfermeiro tornando o procedimento exclusivo para médicos;
- a falta de informação da população.

É nítido que o DIU já é um método contraceptivo disponível no sistema de Saúde Brasileiro, segundo dados do SUS realizou em 2021 cerca de 31,6 mil procedimentos de implantação de DIU em mulheres em idade fértil. No entanto, Figueiredo, Castro Filho e Kalckmann (2014), destacam que dispor do método contraceptivo no serviço de saúde não significa necessariamente que o indivíduo tenha acesso simples e rápido a ele. Sempre haverá a necessidade de analisar os critérios estabelecidos pelos serviços de saúde, buscando verificar se neles existem elementos que possam se constituir como barreiras para a sua utilização.

Além dessas características que intensificam as barreiras na inserção do dispositivo intrauterino, existem especificidades inerentes para a utilização desse método, que estão relacionadas ao conhecimento das mulheres, ou seja, o nível de conhecimento das mulheres a respeito do DIU, depende da classe social em que ela está inserida, onde muitas não possuem acesso à informação adequada (BARRETO et al., 2021).

Portanto, observa-se que há evidências de que os fluxos e a organização dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva no Brasil são falhos, pois apresentam barreiras organizacionais na disponibilização do DIU, contribuindo para a baixa frequência de seu uso.

4.1 Dificuldade na inserção do DIU na atenção primária à saúde

O termo planejamento reprodutivo veio a ser empregado em substituição ao planejamento familiar pelo Ministério da Saúde, em razão de ser mais abrangente em relação aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013).

Ainda que seja direito de todas as pessoas ter acesso aos meios indispensáveis para o planejamento reprodutivo, a Organização das Nações Unidas (ONU), destaca que no Brasil, a demanda de mulheres que não utilizam os métodos contraceptivos pode afetar até 4,2 milhões da população em idade reprodutiva e cerca de 46% gestações ocorridas no país não são planejadas. Desse percentual, as adolescentes são as mais afetadas, pois 20% das

mães têm menos de 20 anos, sendo que 40% abandonam os estudos (ONU, 2016).

É possível observar, que além da desinformação sobre o método contraceptivo, também há um grande impasse em relação a divulgação do método nas unidades de saúde pelo Brasil. Poucas são as campanhas voltadas para esse planejamento reprodutivo e abordagem de modo geral sobre a sexualidade. O DIU é um método contraceptivo que ainda possui pouca aceitação em sua utilização, visto que a falta de informação e divulgação sobre seus benefícios é o que faz com que a maioria das mulheres adotem outros métodos, como cirurgias, pílulas e métodos hormonais.

Portanto, é necessário que haja intervenção nos postos de saúde voltados à saúde da mulher para que a mesma possa estar informada sobre os tipos de métodos contraceptivos e seus benefícios no que tange o planejamento reprodutivo. Assim como,

4.1.1 Taxa de descontinuação do DIU

Uma das razões pela alta taxa de descontinuação é os efeitos colaterais que estão associados à utilização do DIU. Durante a colocação do DIU há relatos de dores e sangramento, destaca que essa é uma das principais razões para a descontinuação do uso (HOWARD et al., 2017).

Nessa mesma linha, Barreto et al. (2021) afirma que a taxa de descontinuação do DIU, está relacionada com as principais causas: expulsão do dispositivo, dor pélvica, sangramento anormal e corrimento vaginal. Os autores informam ainda que em alguns casos a retirada do DIU é realizada porque o parceiro sentiu o dispositivo no ato sexual.

Uma das causas que também pode estar relacionada a descontinuidade do DIU é a má posição do dispositivo no útero da usuária, ou seja, quando o DIU está mal posicionado ele pode levar consequências como dor, sangramento e diminuição da eficácia contraceptiva (TEIXEIRA; DE ALMEIDA TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2022). Outros aspectos como segurança e eficiência também são questionados a respeito do DIU (dispositivo intrauterino), pois muitas mulheres ainda têm receio em utilizar o dispositivo devido às complicações causadas pela sua inserção.

4.2 O papel do profissional da saúde na inserção do DIU

Os profissionais da saúde, possuem um papel de extrema importância no que diz respeito às práticas de orientação e diretrizes do ministério da Saúde. Antes a aplicação do DIU restringia-se aos médicos, no entanto, a OMS (Organização Mundial da Saúde) definiu que um dos critérios de prestação de serviço a ser considerado universalmente é que métodos que exijam abordagens cirúrgicas, inserção, adaptação e/ou remoção sejam realizados por um profissional de saúde treinado (WHO, 2015).

Dessa maneira, é nítido que há a preocupação da OMS com a capacitação de profissionais para que possam sanar a necessidade de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde em todas as áreas. Somando-se a isso, a demanda por mudanças em relação às melhorias institucionais a fim de capacitar os profissionais para a aplicação de métodos contraceptivos, para que não se torne um método limitado a profissionais específicos limitando-se a não utilização por falta de profissionais.

Já o estudo de Andrade et al. (2022), deixa claro que por lei a inserção do DIU deve ser realizada por médico capacitado. Entretanto, o Conselho de Enfermagem (COFEN/

COREN) por meio de um parecer e resolução nº 0931/2019 dá autonomia ao enfermeiro para realizar o procedimento, mas que possua qualificação técnica e habilidade adequada.

De acordo com Abreu et al. (2019), há poucos relatos sobre a inserção do DIU por enfermeiros, isso pode estar atrelado ao fato que poucos profissionais da área que possuem habilitação e conhecimento para inserção do DIU. Os autores informam ainda que a falta de informação sobre o método ainda é uma barreira dessa área.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise das principais teorias sobre o tema DIU (Dispositivo Intrauterino), conclui-se que os estudos evoluíram de acordo com o período em que surgiram e representavam a realidade de até então. Teorias como sua eficiência, ineficiência, baixo nível de conhecimento entre os casais e profissionais, assim como mitos e tabus, ainda são vistos e influenciam as teorias atuais.

A ideia de o DIU ser um dispositivo que após inserido, a mulher tem dificuldade de engravidar, aumenta o risco de câncer uterino, assim como efeitos adversos desagradáveis, vem sendo desmistificada com o passar do tempo. Sendo o DIU um contraceptivo de longa duração bastante eficaz, assim como tem um custo-benefício para o sistema de saúde.

Contudo, ainda existe barreiras para a inserção do DIU, entre elas estão a falta de conhecimento das mulheres em relação aos dispositivos, muitas não conhecem e não tem acesso à informação adequada, outra barreira está na oferta do dispositivo pelo sistema de saúde, onde na sua maioria só oferta o DIU de cobre e também barreiras relacionadas ao conhecimento dos profissionais, onde muitos não sabem quais os tipos de tratando, indicação e orientações para passar as mulheres e conhecimentos sobre os benefícios dos métodos contraceptivos

Conclui-se também que o DIU de cobre é um dos métodos anticoncepcionais comumente mais ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois apresenta taxas de falhas mais baixas em relação a outros métodos. Vale ressaltar, que após a inserção do DIU é necessário fazer um acompanhamento para verificar o posicionamento do dispositivo, assim também para minimizar eventualidades e sequelas de mau posicionamento.

Portanto, em relação às futuras investigações sobre a eficiência do DIU, recomenda-se fortemente analisar esse assunto em relação aos fatores facilitadores que possam quebrar as barreiras de inserção do DIU, assim como em diferentes conceitos subsídio de acesso a mulheres, explorar a sua relação com a demais áreas da saúde e os impactos que esse dispositivo proporciona às mulheres, pois o DIU figura um contraceptivo seguro.

Por fim, tendo esclarecido a importância e eficiência do dispositivo intrauterino como método contraceptivo para mulheres, considera-se este estudo uma base de dados que será de grande contribuição para construção de novos estudos exploratórios sobre o assunto. Nota-se também a relevância que esse assunto é para o meio acadêmico e também para a sociedade.

Referências

ABREU, Victórya Suéllen Maciel et al**. Fatores associados ao uso do dispositivo intrauterino (DIU):** Revisão integrativa da literatura. 2019.

ALBUQUERQUE, Clarisse Uchoa de. **Satisfação e continuidade do uso do DIU de cobre pós-cesárea**. 2020.

AMORIM, Hélio Sales De. A importância da utilização do DIU (dispositivo intrauterino) como método eficaz para evitar a gravidez não planejada. 2019.

ANDRADE, Mirene Santos et al. Planejamento familiar no Sistema Único De Saúde: Uso do dispositivo intrauterino. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e38211326386-e38211326386, 2022.

BATISTA; Rosimeire Pereira Bressan. **Do protocolo para a inserção; DIU, dispositivo intrauterino. Linha de cuidado saúde da mulher planejamento familiar**. 2019.

BARRETO, Danyella da Silva et al. Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2821-2821, 2021.

BEZERRA, Maria das Neves Guedes Cavalcanti et al. **Avaliação e caracterização de dispositivos intrauterinos utilizados comercialmente**. 2014.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 28, 2020.

BRASIL. **Cadernos da Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. **DIU: SUS realiza 31,6 mil procedimentos para colocação do DIU em mulheres em idade fértil em 2021**. 2022.

BRASIL. **Manual técnico para profissionais de saúde – DIU com cobre t cu 380 a. Ministério da Saúde**. Brasília, 2018.

CAMPOS, Luciana Figueirôa de Siqueira et al. Avaliação da satisfação das usuárias do dispositivo intrauterino T CU 380A acompanhadas no ambulatório de planejamento familiar em um hospital escola de Recife, Pernambuco. **Revista de Medicina**, v. 99, n. 6, p. 538-544, 2020.

DA SILVA, Elizabeth Carvalho et al. Impactos da utilização de dispositivos contraceptivos reversíveis de longa duração na saúde feminina. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e466101523281-e466101523281, 2021.

FEBRASGO. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia** (FEBRASGO), v. 3, n.1, nov. 2016.

FERREIRA, Gabriella Lucas da Cruz et al. O uso contínuo de DIU com levonorgestrel como fator predeterminante para a gravidez ectópica The continuous use of IUD with levonorgestrel as a predetermining factor for ectopic pregnancy. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 55152-55158, 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA et al. Contracepção reversível de longa ação. **São Paulo: FEBRASGO**, 2016.

FIQUEIREDO, R.; CASTRO FILHO, J. M.; KALCKMANN, S. **Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado?** Boletim do Instituto de Saúde, v. 15, n.2. dezembro, 2014.

FONSÊCA, Fabiana Soares et al. **Oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde: fatores dificultadores no âmbito da estratégia Saúde da Família no DF**. 2021. Tese de Doutorado.

GAVILÁN, Estrella Alba García; LÓPEZ, Miguel Ángel Gavilán; LÓPEZ, Ángela Gavilán López. Dispositivo intraiterino (DIU). **Revista Electrónica de Portales Medicos.** 2018.

GIORDANO, Mario Vicente; GIORDANO, Luiz Augusto; PANISSET, Karen Soto. Dispositivo intrauterino de cobre. **Femina**, p. 15-20, 2015.

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva et al. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

GONZAGA, V. A. S. et al. **Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services**. Rev Esc Enferm USP. v. 51, e03270, 2017.

HARA, Joana Tamy. Dispositivos intrauterinos hormonais disponíveis no Brasil: revisão sistemática: Hormonal intrauterine devices available in Brazil: systematic review. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 9, p. 64810-64827, 2022.

HOLANDA, Antônio Arildo Reginaldo de et al. Adequação do dispositivo intrauterino pela avaliação ultrassonográfca: inserção pós-parto e pós-abortamento versus inserção durante o ciclo menstrual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 8, p. 373-378, 2013.

HEILBORN ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS, Grupo CONPRuSUS. **Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad Saude Publica. 2009;25(Sup 2):s269-s278.

JUNGES, Ana Paula Pedroso et al. Métodos contraceptivos reversíveis de longa ação. **Lubianca, Jaqueline Neves; Capp, Edison (org.). Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2023/2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2021. p. 13-26.**, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. Ministério da Saúde, p. 304, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Quase metade das gestações no Brasil não é planejada, destaca Fundo de População da ONU**, 2016.

PEARSON, Suzanne; BOERMA, Clare J; MCNAMEE, Kathleen; et al. **Long-acting reversible contraceptives:** New evidence to support clinical practice. Australian Journal of General Practice, v. 51, n. 4, p. 246–252, 2022.

PEREIRA, Fabiana Aparecida Carmelim; CARDOSO, Tabata Peres; BATALHÃO, Isabela Gertudes. A importância do dispositivo intra-uterino (DIU). **Revista Científica**, v. 1, n. 1, 2021.

SANDERS, Jessica N. et al. **Continuação de dois anos de dispositivos intrauterinos e implantes contraceptivos em um ambiente de pagamento misto: uma revisão retrospectiva**. Revista americana de obstetrícia e ginecologia, v. 216, n. 6, pág. 590. e1-590. e8, 2017.

SLYWITCH, Nathalia Coelho et al. Comparação entre os dispositivos intrauterinos de cobre e hormonal: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7345-e7345, 2021.

TEIXEIRA, Arildo Correa; DE ALMEIDA TEIXEIRA, Bernardo Correa; TEIXEIRA, Gustavo Correa de Almeida. Aspectos atuais da avaliação do dispositivo intrauterino (DIU) pelos métodos de imagem e suas principais intercorrências. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 1536-1552, 2022.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira et al. Inserção de dispositivo intrauterino por médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

10

OS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA

THE BENEFITS OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN THE FIRST SIX MONTHS OF LIFE

Nathalia Marinho Pereira

Andrielle Sousa da Silva Mendes

Ângela Gabriela de Araujo Costa

Iaila Bianca Fernandes Lima

Jennifan Carla Sanches Moreira

Karla Danielle Ribeiro Melo

Maria Jorndânia Novais Araujo

Rayanne Assunção Magalhães

Suzane Tamires Silva Menezes

Thácylla Cynara da Rocha Silva

Resumo

O aleitamento materno é a forma mais eficaz de nutrição da criança após seu nascimento. A amamentação é responsável por proporcionar diversos benefícios a longo e curto prazo, para a mãe e também para o bebê, sendo recomendada a sua realização de forma exclusiva até os 6 meses do menor. A presente pesquisa teve como objetivo discorrer sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para a promoção de saúde da mãe e da criança. Como metodologia esta pesquisa foi uma revisão da literatura, onde foram realizadas as buscas nas bases de dados do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (*SCIELO*) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*) e *PUBMED*. Foram pesquisados os artigos publicados em língua portuguesa nos últimos onze anos, 2010-2021, texto completo, disponível online, com acesso livre. Concluiu-se, portanto, que a amamentação é benéfica para o binômio mãe e filho, que a interrupção do aleitamento de forma precoce pode gerar consequências físicas e emocionais para a mulher e para a criança. Logo, urge que o enfermeiro forneça apoio e orientações adequadas durante a gestação, parto e pós-parto no que concerne ao aleitamento para a lactante, intervindo em problemas e situação se necessário. A partir dessas ações, e através do conhecimento absorvido, a mulher estará preparada para enfrentar o período de aleitamento de forma mais tranquila e segura, obtendo ao final o sucesso da amamentação.

Palavras-chave: Breastfeeding. Breast-feeding. Women. Benefits. Nursing.

Abstract

Breastfeeding is the most effective form of child nutrition after birth. Breastfeeding is responsible for providing several long and short-term benefits, for the mother and also for the baby, and it is recommended to be carried out exclusively until the child is 6 months old. The present research aimed to discuss the importance of exclusive breastfeeding in the first six months of life for the promotion of mother and child health. As a methodology, this research was a literature review, where searches were carried out in the databases of the Nursing Database (BDENF); Virtual Electronic Scientific Library (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and PUBMED. Articles published in Portuguese in the last eleven years were searched, 2010-2021, full text, available online, with free access. It was concluded, therefore, that breastfeeding is beneficial for the mother and child, and that the interruption of breastfeeding early can generate physical and emotional consequences for the woman and the child. Therefore, it is urgent that the nurse provides adequate support and guidance during pregnancy, childbirth and postpartum regarding breastfeeding for the lactating woman, intervening in problems and situations if necessary. From these actions, and through the knowledge acquired, the woman will be prepared to face the period of breastfeeding in a more peaceful and safe way, obtaining, in the end, the success of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Breastfeeding. Women. Benefits. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O pré-natal é o momento que melhor se apresenta para a abordagem adequada do incentivo ao aleitamento materno. Oferece, sem dúvida, o período de maior contato entre a população feminina, os profissionais e a instituição. O caráter cíclico das consultas permite uma discussão produtiva, sem atropelos com intervalo útil para a absorção e reflexão do tema. Permite também a participação da família, o que é sempre oportuno e recomendável num momento tão ímpar de suas vidas. A duração ideal da amamentação exclusiva tem sido objeto de debate entre especialistas ao longo de vários anos. Após uma ampla revisão sistemática da literatura sobre o tema, foi aprovada pela 54ª assembleia mundial de saúde a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses.

A resolução conclama aos estados membros o fortalecimento de atividades e o desenvolvimento de novos caminhos para a proteção, promoção e apoio à amamentação exclusiva por seis meses, como uma recomendação global da saúde pública, levando em consideração os achados da consulta de experts da OMS sobre a duração ótima da amamentação, e o provimento de alimentação complementar segura e adequada, com a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, enfatizando os canais de disseminação social desses conceitos a fim de levar as comunidades a aderir a essas práticas.

Neste sentido, a Assistência de Enfermagem acaba por pressupor um modo específico no acompanhamento da mãe no período de amamentação, na qual toda a característica ligada à autonomia da mãe e do filho deve ser, acima de tudo, respeitada em sua integridade absoluta, transferindo-o dentro dos limites éticos e profissionais, todo o controle de sua condição e administração da amamentação. É muito importante relacionar a assistência de enfermagem à uma proposta cuidadora com características humanizadas. Não se deve entender tal assistência como uma obrigação, uma carga, mas como um processo dirigido com respeito e solidariedade. Vale ressaltar que uma infinidade de profissionais de enfermagem se vê desafiada na tentativa de promoção de uma assistência pautada na qualidade, sem, no entanto, deixar de lado a questão humana do cuidar. Logo, qual a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê?

O objetivo geral deste trabalho foi discutir a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para a promoção de saúde da mãe e da criança. Os objetivos específicos foram: caracterizar a importância do aleitamento materno, evidenciar a necessidade do conhecimento das gestantes com relação ao aleitamento materno, destacar a atuação do enfermeiro no incentivo ao aleitamento materno.

Esta pesquisa foi uma revisão da literatura, onde foram realizadas as buscas nas bases de dados do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED. Foram pesquisados os artigos publicados em língua portuguesa nos últimos onze anos, 2010-2021, texto completo, disponível online, com acesso livre.

2. A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

O crescimento saudável é alcançado com uma alimentação adequada na fase inicial da vida do bebê. O leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, com

o balanceamento adequado de nutrientes. Além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil. A amamentação é de grande importância para a criança, mãe, família e a sociedade em geral (ARANTES, 2017).

A amamentação é um dos momentos mais íntimos da mulher tornando mais afetiva à relação entre mãe e filho. Além de ser um ato de amor e carinho é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável dos pequenos. O leite materno é o único alimento capaz de oferecer todos os nutrientes na quantidade exata de que o bebê precisa para o seu desenvolvimento, razão pela qual não deve ser substituído (MARTINS, 2019). Segundo Rego (2019):

> Quanto mais cedo à amamentação for estimulada, melhor será a produção do leite, nos primeiros dias após o parto a produção é pequena, mas é o suficiente para suprir as necessidades da criança. Esse leite, chamado de colostro, é transparente ou amarelo, rico em IgA, IgE e Lactoferrina (REGO, 2019 P. 32).

Para Lopes (2020), o leite materno é a primeira vacina do bebê, e o colostro é o leite de peito que a mulher produz nos primeiros dias após o parto, as suas propriedades são ricas em diversos fatores anti-infecciosos (anticorpos) e vitamina A, é grosso de cor amarela ou transparente, suas propriedades protegem contra infecções e alergias, já que o recém-nascido não consegue produzir os seus próprios anticorpos. Além de fácil digestão e de prática utilização, o econômico leite materno tem um importante efeito laxante, ajuda o bebê a eliminar o mecônio e preparando o seu aparelho digestivo para aceitar o leite materno. O leite maduro contém todos os ingredientes necessários à boa formação do bebê, como proteínas, anticorpos, gorduras, vitaminas, ferro, açúcar, enzimas e outros fatores que proporcionam o seu crescimento.

A adesão ao aleitamento materno exclusivo é uma estratégia fundamental para diminuir as taxas de mortalidade infantil, protegendo contra diarreias agudas e persistentes, diminuindo a incidência de alergias, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade infantil, infecção gastrintestinal, respiratória e sistêmica. Segundo Lang (2018), o leite materno protege o bebê e diminui a suscetibilidade do lactente de obter certas doenças, ajudando também no desenvolvimento neurológico, digestório e renal, além de oferecer outras vantagens para a mãe, como a diminuição e prolongamento do período de infertilidade pós-parto e contribuindo para que a mãe perca rapidamente o peso que ganhou durante a gravidez, previne à anemia pela diminuição do sangramento pós-parto, hipertensão, osteoporose, diabetes, câncer de mama, ovário e útero (LOPES, 2020). Além das vantagens do aleitamento materno exclusivo, somente em raríssimas ocasiões como na mãe portadora do vírus HIV, ele está contraindicado. É importante, que a mãe tenha consciência de que a amamentação ao seio é uma das experiências mais gratificantes para a maioria das mulheres (SILVA, 2018).

> O leite materno é o único alimento que o bebê precisa até o sexto mês de vida, crianças que não são amamentadas exclusivamente com leite materno nos primeiros seis meses têm menos defesa contra doenças que podem ser fatais, como pneumonia e diarreia, para elas, também faltam nutrientes para desenvolver o corpo e a mente (LAWRENCE, 2017 apud SILVA, 2019, p. 10).

A introdução de alimentos complementares só deve acontecer quando o bebê estiver completado seis meses de idade. Assim, até os dois anos ou mais, as mães devem estar amamentando o seu filho mesmo que ofereça outros alimentos. Durante a gestação,

as mulheres devem procurar se informar sobre as vantagens da amamentação. O bebê que é amamentado exclusivamente conforme os dados da organização mundial de saúde (OMS), terão menos chance de desenvolver diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2007). Os médicos desaconselham que se deem ao bebê nos primeiros seis meses de vida, chás, água, sucos ou qualquer outro tipo de leite.

A criança que é amamentada várias vezes, em 24 horas, não precisa de mais nada é prático e econômico. Além de ser caro, o leite em pó é responsável, muitas vezes, por diarreia, desnutrição e outras doenças (GIUGLIANI, 2017).

Apesar da grande importância da amamentação, muitas mulheres sentem-se inseguras em relação à qualidade do leite e acabam interrompendo o processo por temer que o leite seja fraco ou por acharem que a criança não está ganhando peso. Existem muitos fatores que contribuem para o desmame precoce, no entanto a falta de informação das mães é frequentemente observada em pesquisas as quais revelam entre as justificativas para o desmame como: "o leite é fraco", "os seios irão cair", "o leite não sustenta", enfim, deve-se ressaltar que a falta de conhecimento sobre a importância do leite materno é um dos grandes motivos para o desmame precoce.

A cultura popular incorporou hábitos que distanciaram o bebê da mãe, algumas mães tinham o receio de colocar o bebê no colo sobre o pretexto de deixar a criança mimada e rompendo dois vínculos importantes: a amamentação e a relação afetiva do bebê com a mãe (SILVA, 2018).

> A sociedade inventou o mito do leite fraco para justificar a falta de informação ou até limitações da mulher que a impedem de amamentar. não existe leite fraco, se o bebê chora de fome nos intervalos das três horas da mamada, é porque há diferenças fisiológicas que a fazem terem necessidade de mamar mais vezes ou até porque o bebê pode sugar o leite de maneira errada, desperdiçando o final da mamada, onde a mãe fornece o leite que sacia e que tem mais gordura (CORINTIO NETO, 2018, P. 18).

As crianças não devem usar chupetas ou mamadeiras, porque os bicos artificiais fazem com que os bebês peguem apenas o mamilo, o que pode provocar rachaduras (fissuras) e pouca produção de leite. Uma pesquisa realizada pela OMS (2015) relata que bebês que tomam mamadeira têm o maior risco de obesidade na vida adulta, e o leite artificial em mamadeira tende a desenvolver cáries precocemente. Até um brinquedo pode estimular o desmame precoce, geralmente meninas adoram ganhar bonecas, elas vêm com chupetas, mamadeiras, comidinha, e tudo isso estimularia um comportamento inadequado (LANA, 2017).

O instituto nacional de nutrição (INAN) foi criado em 1968, mas o seu lançamento só ocorreu em 1972; através dele houve a criação do grupo técnico nacional de incentivo ao aleitamento materno (GTENIAM). Este grupo em conjunto com a sociedade brasileira de pediatria (SBP), federação brasileira de ginecologia e obstetrícia (FEBRASGO), legião brasileira de assistência (LBA) integram uma ação de estímulo ao aleitamento materno. Estas ações se estenderam por vários estados do Brasil fazendo parte, mais tarde, de uma política nacional de saúde (PNS), quando então foi criado o programa nacional de aleitamento materno (PNAM), com novas ações, normas para o banco de leite, alojamento conjunto, parto normal, dentre outras. o PNAM se tornou um fato real em vários estados do Brasil fazendo parte mais tarde de uma política nacional de saúde (BRASIL, 2002). O programa nacional de aleitamento materno (PNAM) tem como prioridade o crescimento qualitativo e quantitativo dos bancos de leite e a redução da mortalidade neonatal, o ministério da

saúde está divulgando a importância do hábito de amamentar e reestruturando o PNAM.

O Programa Nacional de Aleitamento Materno ficou conhecido internacionalmente e o brasil foi citado como um dos países mais importantes do mundo na prática da amamentação exclusiva (BRASIL, 2018). O relatório da Organização Mundial da Saúde (2015) afirma que 63% das crianças com menos de seis meses, nos países em desenvolvimento, não recebem adequadamente o leite materno. Uma alimentação adequada para meninos e meninas durante os primeiros dois anos de vida poderiam prevenir quase um quinto das mortes de crianças nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2018). De acordo com os indicadores de morbidade há uma redução na prevalência do aleitamento materno exclusivo das crianças brasileiras por região e por capital.

No Nordeste há uma queda de 55,4% para 10,7%. Em São Luís-MA há uma queda de 60,7% para 18,1% respectivamente do primeiro ao sexto mês de vida da criança (BRASIL, 2018). Atualmente, existem no maranhão, 23 hospitais com o título de hospital amigo da criança e quatro bancos de leite humano nos municípios de São Luís, Caxias e Imperatriz. É evidente a importância das políticas de saúde quanto ao incentivo à amamentação exclusiva, planejando estratégias mais eficazes para a manutenção do aleitamento materno, não só nos postos de saúde, ambulatórios, como também nas maternidades e hospitais. Considerando que o aleitamento materno exclusivo é um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção de saúde das crianças. No próximo capítulo vamos evidenciar as técnicas e duração da amamentação para que a mesma seja adequadamente realizada.

3. CONHECIMENTO DAS GESTANTES COM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

O conhecimento das mães na atualidade sobre a prática de amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança tem aumentado nos últimos anos, isso mostra que as práticas de incentivo estão sendo eficazes, portanto, cerca de 30% das mães ainda demonstram certa incompreensão e dúvidas sobre aleitamento exclusivo (CAMPOS et al., 2015). Com isso, ainda que seja um tema corriqueiramente discutido, muitas puérperas, principalmente primigesto não possuem o conhecimento específico sobre a importância desta ação ou não sabem a realização da maneira correta, julgando por vezes o leite sendo de teor "fraco" ou "insuficiente", o que na verdade é um equívoco (MACHADO et al., 2012). A determinação de amamentar está conexa, à consideração da seriedade do leite materno para a saúde do filho. Apesar disso, o apoio fornecido pela Instituição, a partir da adesão e auxílio dos profissionais de saúde às mães, com evidência para o enfermeiro, desponta-se como meio determinante para a prática exclusiva do aleitamento (CHORNA et al., 2014).

Neste sentido é conveniente destacar que as políticas públicas de amamentação desenvolvidas ao longo das últimas três décadas no Brasil têm registrado resultados positivos no que diz respeito ao aumento das taxas de amamentação no país (TEIXEIRA et al., 2013). Brasil (2013) afirma que a amamentação é uma estratégia fisiológica, natural e espontânea de vínculo, afeto, proteção e nutrição para o lactente e constitui de forma econômica e eficaz proteção reduzindo a morbimortalidade infantil, sendo elo de ligação entre mãe e filho, trazendo elevações no estado nutricional do lactente, atuando contra as infecções, nas fisiologias, no desenvolvimento cognitivo e emocional, além de implicações na saúde física e psíquica da puérpera.

Para o sucesso do aleitamento materno Barros et al. (2012) afirmam ser primordial

o incentivo e a promoção desta prática ser iniciada no período gestacional, mais precisamente durante o pré-natal, onde a gestante tem oportunidade de receber orientações individuais e em grupo sobre as mamas, o leite materno e a prática da amamentação, assim como discutir as vantagens, questões polêmicas e mitos relacionados ao aleitamento materno. De acordo com Marylyn e Wong (2011) a amamentação bem-sucedida depende mais do desejo da mãe de amamentar, da satisfação em fazê-lo e dos sistemas de apoio disponíveis do que de quaisquer outros fatores. E este período as mães necessitam de apoio, encorajamento e assistência durante a permanência pós-parto, para aumentar suas oportunidades de sucesso e satisfação.

Segundo Graça et al. (2011) afirmam que algumas puérperas referem ter experiências positivas anteriormente à amamentação atual, onde influencia na sua decisão de amamentar novamente. E entre as experiências podem existir relações com a vida social com gestações anteriores, à convivência e apoio dos familiares, vizinhos, bem como à assistência recebida no período gestacional, parto e pós-parto pelos profissionais de saúde. E diante disso alguns estudos evidenciam a importância de as puérperas exporem suas vivências e experiências anteriores acerca da amamentação. Além do conhecimento, o apoio familiar e o planejamento são importantes para que a puérpera se sinta segura e possua o desejo de amamentar, logo, este fator influencia no processo de formação e ejeção do leite (RODRIGUES; GOMES, 2014).

De acordo com Souza et al. (2011) durante o pré-natal, as orientações prestadas sobre aleitamento materno por profissionais de saúde podem enfatizar os conhecimentos das mulheres e suas famílias relacionados à temática, mostrando que a amamentação deve ser vivida como algo prazeroso pela mulher e, em vista disso, é de suma importância ressaltar a participação da enfermagem em ações e programas voltados à promoção do aleitamento materno, logo a equipe é uma classe profissional de atuação proximal, e neste processo tem papel fundamental e responsabilidade de apoiar as mulheres e suas famílias por meio de ações que possam influenciar positivamente no sucesso da amamentação, evitando possíveis problemas.

De acordo com Campos et al. (2015), é muito comum vermos no pós-parto as gestantes ter em mente que já terão as mamas cheias de leite e quando percebem que não é desta forma acabam acreditando que não poderão amamentar. Logo após a expulsão da placenta, cessa a produção de estrogênio e progesterona, e assim é liberado a prolactina, com ação sobre a lactação.

Quando o RN mama ele promove o estímulo para a produção da prolactina e da ocitocina (responsável pelas contrações uterinas e pela ejeção do leite). Logo, quanto mais o bebê mama, mais a mãe produz leite (CHORNA et al., 2014). Neste sentido, é rico em anticorpos, proteínas e gordura. Sua produção varia de 5 a 20ml por mamada, de acordo com a sucção bebê. O leite humano contém altos níveis de atividades de lisozima e de imunoglobulina A (IgA), permitindo a proteção contra diversas doenças bacterianas e virais, especialmente do sistema respiratório, incluindo a otite média e gastrointestinal (ARAÚJO et al., 2013).

Se tratando da posição do RN, seu abdômen deve ficar encostado com o da mãe, braço para trás, cabeça voltada para o seio. Não existe um tempo pré-determinado para o bebe ficar em cada mama. Pois deve esvaziar primeiro uma mama para poder oferecer a outra, desta forma ele mamará a fase final do leite que é rica em gordura. Além de promover contato íntimo entre mãe-filho, desenvolvimento da inter-relação afetiva e profunda, também favorece para o desenvolvimento físico e mental adequado (ARANTES, 2017).

O Ministro da Saúde ressalta a importante participação e envolvimento de toda sociedade, inclusive de empresas para o auxílio do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, adotando medidas com o apoio de salas exclusivas para amamentação, capacitação para profissionais de saúde e destaca o esforço do Ministério da Saúde em manter e favorecer a cultura de aleitamento materno presente em toda a sociedade, refere que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ESF e toda a rede de atenção do SUS, que realizam campanhas, ações e orientações as mães para o aleitamento materno seja desenvolvido permanentemente (ARAÚJO et al., 2013).

É responsabilidade do profissional de saúde identificar durante o pré-natal os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante para uma boa qualidade da promoção, educação em saúde para o aleitamento materno, podendo assim, garantir a vigilância e a efetividade durante a assistência a nutriz no pós-parto (BARROS, 2014). Com essa visão iniciou-se um processo de conscientização dos profissionais de saúde enfatizando a responsabilidade de todos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno.

O profissional de enfermagem deve sempre atentar em não somente atuar no campo técnico-científico de seus conhecimentos, mas em suas habilidades apreendidas durante anos de atividade, sempre com bom senso e vontade de ajudar as mulheres que se encontram amamentando (CAMPOS et al., 2015).

Com isso, o intento de informar continuamente de maneira fácil, prática e assistir de forma humanizada junto às pacientes que estão grávidas, fazendo pré-natal ou as que estão amamentando é uma missão que às vezes se torna um tanto difícil, mas que deve ser o objetivo destes profissionais que atuam na saúde básica. Já Brandão et al. (2011), enfatiza que cabe ao enfermeiro a orientação para as mães sobre todos os benefícios do aleitamento materno exclusivo, orientações estas que devem ter início já nas primeiras consultas de pré-natal e que este profissional deve destacar-se pela sua comunicação para uma boa condução de acolhimento e detectar as expectativas das gestantes, para assim promover a adesão das mães para a prática de amamentar (CORINTIO, 2018).

O papel do enfermeiro é de extrema importância no processo de amamentação, pois são esses profissionais que darão às mães as informações necessárias sobre a prática da amamentação, como os benefícios do AM, as desvantagens de não amamentar e uso das técnicas corretas da amamentação, proporcionando assim o aumento da habilidade e consequentemente a autoconfiança da mãe em relação à prática (GIUGLIANI, 2017)

Diante desse contexto, o enfermeiro assume papel importante no que diz respeito às práticas do AM, o qual detém o conhecimento técnico e científico adequado para o estabelecimento de um padrão para a alimentação do lactente. Suas intervenções devem ter enfoque nos benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para o binômio mãe-filho, embasados em justificativas científicas (LANG, 2018).

O enfermeiro é o agente que, seja no atendimento primário hospitalar ou ambulatorial, deve sempre estar apto para trabalhar e conduzir uma clientela múltipla, onde as questões são mais complexas e quando se tratar de mulheres em estado de aleitamento materno, observando com desembaraço e educando para colaborar no processo mais apropriado dessa ação (LOPES, 2020).

4. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Segundo Almeida, Fernandes e Araújo (2014) durante o pré-natal o enfermeiro deverá promover e aconselhar as gestantes quanto aos benefícios da amamentação, as desvantagens do uso de fórmulas infantis, desfazendo os mitos que elas trazem, e incentivar a prática da amamentação, prevenindo e tratando das possíveis complicações que possam surgir, estando próximo das mães antes, durante e após o parto, contribuindo dessa forma para a formação da autoconfiança e sucesso da amamentação (MACHADO, 2012).

O enfermeiro tem a responsabilidade de ressaltar a importância do aleitamento materno exclusivo e o bem-estar que ele causa ao recém-nascido. Portanto, para que esse profissional preste apoio afetivo as mães, é necessário conhecer o manejo, e os benefícios da amamentação para a criança. O sucesso da amamentação está intimamente relacionado com o processo de aprendizagem do ato de amamentar (LOPES, 2020).

Importa referir que o aleitamento materno, sob livre arbítrio da mãe, deve ser incentivado para assegurar o bem-estar, segurança e saúde do bebê, uma vez que o leite materno é um alimento ideal. Além disso, garante a manutenção do vínculo mãe e filho que se inicia na gestação (MACHADO, 2012). Inumeráveis investigações têm mostrado o efeito protetor do leite contra a mortalidade e morbidade infantil, bem como a sua importância na construção da componente emocional do ser humano, assegurando a sua sobrevivência com qualidade de vida futura.

Como o Enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e tem importante papel nos programas de educação em saúde, durante o pré-natal, ele deve preparar a gestante para o aleitamento, para que no pós-parto o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e tranquilo, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (MARTINS, 2019).

É necessária uma comunicação simples e objetiva durante a orientação, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno, demonstrando diversas posições, promovendo relaxamento e posicionamento confortável, explicando a fonte dos reflexos da criança e mostrando como isso pode ser usado para ajudar na sucção do recém-nascido (MARTINS, 2019).

O enfermeiro que possui sua atuação na saúde básica é o que mais se se aproxima da mulher durante todo o processo de gravidez, devendo utilizar como prática recorrente a educação da saúde, ou seja, informar sobre os demasiados programas de apoio a esta gestante, pois desta maneira preparará a mulher para um aleitamento adequado e que não sofra neste estágio tão fragilizado (REGO, 2019).

Nesse contexto, Pereira et al. (2015) relatam que a atuação da enfermagem, orientando, incentivando, dentre outros, pode ser um diferencial para facilitação do processo adaptativo familiar, incentivando e orientando as mães ao modo correto e preventivo para evitar as complicações do aleitamento materno. Dessa maneira as ações da enfermagem colaboram para a diminuição da aflição e do medo, tentando alocar o empoderamento as mães para estar enfrentando os desafios durante o período de aleitamento materno.

Para Castelli, Maahs e Almeida (2014), as puérperas encaram uma fase de difícil manejo nas primeiras horas de amamentação devido às dificuldades físicas nas mamas, como o ingurgitamento mamário, dor e trauma mamilar. Algum desses fatores pode consistir em dificuldade física com repercussão negativa sobre o ato de amamentar que pode causar o rompimento do aleitamento materno.

Desta forma a mulher poderá cessar o aleitamento materno ou desmamar precoce-

mente o recém-nascido. É de grande valia que a mulher seja adequadamente auxiliada nas suas dúvidas e dificuldades, pois as mesmas poderão sentir-se imponderadas para assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento de seu filho (REGO, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa, nos foi possível compreender a importância da assistência da enfermagem durante o pré-natal, bem como evidenciar a relevância da criação e fortalecimento de vínculos entre o profissional da enfermagem e a lactante, para que haja maior orientação e informação sobre a necessidade do aleitamento materno. percebe-se que o aleitamento materno dentro do período necessário a criança, é pouco praticada. a interrupção precoce da amamentação ocorre devido a pouca orientação que é dada sobre quais os principais benefícios que essa prática oferece tanto as mães quanto aos bebês, percebendo assim, a necessidade de se ter um acompanhamento durante o pré-natal. a amamentação contempla não somente o bebê, mas também a mãe durante o período puerperal.

O aleitamento, efetivamente funciona como uma troca de benefícios entre mãe e filho, sendo na mulher, o aleitamento exclusivo responsável pela prevenção de câncer de mama, ovário, entre outras, na criança, além de promover nutrição, ele fortalece o sistema imunológico. notou-se que, o desmame precoce implica diversas complicações a criança, a substituição da prática do aleitamento pode trazer diversas consequências entre elas à mortalidade infantil. algumas implicações, como a ruptura no desenvolvimento motor-oral e alterações fonoaudiólogas, no que se refere ao sistema motor-oral. além disso, a quebra da prática da amamentação materna causa prejuízo na digestão e assimilação de alimentos. torna-se evidente que a assistência da enfermagem é essencial para encarar esse problema vivenciado pelas mães e famílias, que intervém na promoção do aleitamento materno, visto que, com o auxílio do profissional de enfermagem, facilita-se a transmissão de informação, bem como o esclarecimento sobre o aleitamento da criança.

O enfermeiro é o profissional que mais se mantém próximo das mães, exercendo assim, uma função importante nos programas de educação e saúde. portanto, vale destacar que cabe ao profissional de saúde incentivar e incitar a mãe à prática do aleitamento materno, fundamentando em ações educacionais e aconselhamento a gestante, mostrando assim a importância do aleitamento exclusivo durante o período necessário a criança. essas informações são de extrema importância, pois assegura que a mãe dê continuidade ao aleitamento, mesmo após o fim da licença maternidade. o esclarecimento de dúvidas e a troca de saberes entre enfermeiro e lactante durante o pré-natal de forma antecipada, é de extrema relevância para o bom desempenho da mãe ao longo da amamentação. a mulher deve estar assistida e amparada no decurso do pré-natal, pois nesse período há a presença de diversos mitos e dúvidas que podem dificultar na adesão da prática da amamentação futuramente.

O acompanhamento do enfermeiro para com a mulher, durante o pré-natal e pós-parto, pode-se dar através da promoção e realização de palestras educacionais, grupos de apoio, baseados na realidade sociocultural da família em que ele está atuando para que haja o esclarecimento de dúvidas sobre aspectos fisiológicos e até mesmo emocionais. a informação durante o período do puerpério e também durante o pré-natal é de extrema relevância para a lactante, a gestante deve estar sempre ciente das possíveis dificuldades que ela poderá passar durante o aleitamento. todavia, cabe ao enfermeiro tranquilizar e passar segurança para a gestante. assim, através da orientação correta, poderão ser evi-

tados muitos fatores que podem comprometer o aleitamento materno dentro do período ideal e assim evitar o desmame precoce.

Levando-se em consideração esses aspectos citados, percebe-se que a atuação dos profissionais de saúde é de suma importância para ajudar as mães durante o pré-natal, o acompanhamento é um fator colaborativo e contribui para a segurança e crescimento dos bebês de forma mais saudável. a inserção dos profissionais da enfermagem durante esse período tem consequências positivas, com uma assistência acrescida nas bases educacionais, tendo em vista, proporcionar não só a melhoria na assistência pré-natal, mas em todos os procedimentos que podem ser beneficiados com essa prática.

Referências

ARANTES, C. I. S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de pediatria**. rio de janeiro, vol.71, n.4, p. 195-202, 2017.

ARAÚJO, K. R. B., FARIAS, M. D. D., MELO, W. D. S. N. Influência da Assistência de Enfermagem na Prática da Amamentação no Puerpério Imediato. **Saúde em debate**, v.37, n. 96, p. 130-138, 2013.

BARROS, Paula Fernanda Silva. et al., Prática da amamentação em puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**; v. 27, n. 1, p. 18-21, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. UNICEF. **Cadernos de Atenção Básica:** Carências nutricionais e micronutrientes. Brasília: ministério da saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério / Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, Alessandra Macruz de Souza; et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Rev. Latin-am. Enf. Ribeirão Preto**, v.23, n.2, p.283-290, mar./abr. 2015.

CHORNA OD, SLAUGHTER JC, WANG L, STARK AR, MAITRE NL. A pacifier-activatedmusic player withmother's voice improves oral feeding in preterminfants. **Pediatrics**. 2014;133:462-8.

CORINTIO NETO, M. **Aleitamento Materno:** manual de orientação. São Paulo: ponto, 2018.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatria**. RJ. 2017.

GRAÇA, Luís Carlos Carvalho da; FIGUEIREDO, Maria do Céu Barbiéri; CONCEIÇÃO, Maria Teresa Caetano Carreira. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, Viana do Castelo - Portugal, 2011.

LANA, A. **O livro de estímulo à amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2017.

LANG, S. **Aleitamento do Lactente:** Cuidados especiais. São Paulo: livraria santos, 2018.

LOPES, P. R. A. **As vantagens da amamentação**. por que amamentar? São Paulo: Atheneu, 2020.

MACHADO. M.O.F. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 46, n. 2, 2012.

MARTINS, J. Evolução do aleitamento materno no Brasil. in: REGO j. d. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2019.

MARYLYN. J.H; WONG. **Fundamento de enfermagem pediátricas**/[editado por]Marylyn J. Hockenbeny; [coedição David Wilson]; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. et al. Rio de Janeiro, 2011

REGO, J. D. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 32.

RODRIGUES, N. A; GOMES, A. C. G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. Artigo Revisão. **Revista de Enfermagem**, v.17, n.1, jan/abr,2014.

SILVA, I. A. **Amamentar:** Uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: robe, 2018.

TEIXEIRA, M. M., et al. Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 179-186, 2013.

11

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NO ALOJAMENTO CONJUNTO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

NURSING CARE FOR THE NEWBORN IN ROOMING ROOMING FOR BREASTFEEDING PROMOTION

Maria Jordânia Novais Araujo

Ângela Gabriela de Araujo Costa

Andrielle Sousa da Silva Mendes

Jennifan Carla Sanches Moreira

Hirllannya Santos Lopes

Karla Danielle Ribeiro Melo

Nathalia Marinho Pereira

Rayanne Assunção Magalhães

Rubivaldo do Nascimento Reis

Resumo

Alojamento conjunto é um sistema de atenção hospitalar onde a puérpera e o recém-nascido são atendidos juntos e permanecem no mesmo quarto de enfermaria. Suas vantagens incluem aleitamento materno a livre demanda, fortalecimento do vínculo mãe e filho, além de contribuir para redução dos níveis de infecção hospitalar. O objetivo geral deste trabalho é discutir a importância da atuação do enfermeiro nos cuidados ao recém-nascido no alojamento conjunto para promoção do aleitamento materno. O estudo foi realizado por meio de uma revisão da literatura, onde foram realizadas as buscas nas bases de dados do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED. Foram pesquisados os artigos publicados em língua portuguesa nos últimos dez anos, 2011-2021. Conclui-se que, O enfermeiro é o principal responsável pelas atividades de educação em saúde prestadas no alojamento conjunto, auxílio a amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Palavras-chave: Aleitamento. Amamentação. Mulher. Alojamento Conjunto. Enfermagem.

Abstract

Rooming-in is a hospital care system where the puerperal woman and the newborn are cared for together and remain in the same ward room. Its advantages include breastfeeding on demand, strengthening the bond between mother and child, in addition to helping to reduce levels of nosocomial infection. The general objective of this work is to discuss the importance of the nurse's role in the care of the newborn in the rooming-in to promote breastfeeding. The study was carried out through a literature review, where searches were carried out in the databases of the Nursing Database (BDENF); Virtual Electronic Scientific Library (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and PUBMED. Articles published in Portuguese in the last ten years, 2011-2021, were searched. It is concluded that, The nurse is primarily responsible for health education activities provided in rooming, breastfeeding assistance and care for the newborn.

Keywords: Breastfeeding. Breast-feeding. Women. Joint Accommodation. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, é um processo que envolve relacionamento intenso entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, a fisiologia e no desenvolvimento cognitivo e emocional. Esse processo é considerado como principal fonte de alimentação para crescimento saudável dos lactentes, sendo o único alimento capaz de atender necessidades fisiológicas metabólicas das crianças menores de seis meses, consistindo no método de alimentação mais antigo e eficiente da espécie humana. O colostro e o leite materno são fundamentais para o bebê, pois transportam anticorpos maternos, o que é importante para o estímulo do sistema imunológico contra infecções e alergias. A digestão do leite materno é fácil, o que implica no melhor e rápido aproveitamento dos nutrientes pelo organismo do bebê, quando comparado ao leite artificial.

Neste sentido, a amamentação natural é um aliado na redução dos índices de mortalidade infantil, diminui a probabilidade de processos alérgicos e gastrintestinais nos primeiros meses de vida do bebê, proporciona melhores indicadores de desenvolvimento cognitivo e psicomotor, favorece o adequado desenvolvimento de estruturas da face, entre outros benefícios. As mulheres, ao se depararem pela primeira vez com o aleitamento materno, requeresse que lhes sejam apresentadas modelos ou guias práticos de como devem conduzir esse processo, que tem como primeira referência o meio familiar, amizades nos quais estão inseridas. O sucesso do aleitamento materno depende de vários fatores, dentre eles orientações prévias ao nascimento assim como no pós-parto, objetivando preparar a mãe para superar dificuldades que possam surgir, minimizar as preocupações e fortalecer sua autoconfiança, acreditando que quanto mais instruída sobre o assunto, maior facilidade terá para superar os obstáculos.

O enfermeiro deve constatar, durante o pré-natal, os conhecimentos, a experiência prática e a vivência social e familiar da gestante, com a finalidade de promover educação em saúde para o aleitamento materno. Entende-se que o enfermeiro é de suma importância para à amamentação, pois são eles quem mais se relaciona com as mulheres grávidas durante o período do pré-natal, e por meio de suas práticas incentivam as gestantes a amamentar, assim, diminuindo os sintomas de desnutrição infantil e as doenças que surgem com a falta do leite materno. Um fator que merece destaque no processo da amamentação é o sistema de alojamento conjunto, que visa um atendimento humanizado, além de estreitar o vínculo afetivo entre mãe e filho como também estimular a amamentação e os cuidados compartilhados por meio do contato e a permanência conjunta da mãe e do bebê durante toda a internação, os quais ficam sob os cuidados da equipe de enfermagem. Neste sentido a pergunta que norteou este estudo foi: Qual a importância dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido no alojamento conjunto?

O objetivo geral deste trabalho se definiu em: discutir a importância da atuação do enfermeiro nos cuidados ao recém-nascido no alojamento conjunto para promoção do aleitamento materno. Os objetivos específicos foram: caracterizar a importância dos cuidados de enfermagem em recém-nascidos; evidenciar a importância do aleitamento materno; refletir sobre o espaço do alojamento conjunto como facilitador do cuidado materno.

O estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura, onde foram realizadas as buscas nas bases de dados do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED. Foram pesquisados os artigos publicados em língua

portuguesa nos últimos dez anos, 2011-2021

2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDOS

No século passado os hospitais e maternidades possuíam enfermarias apropriadas para os recém-nascidos, na qual se denominava de berçário, cuja sua principal função era acolher os bebês, e suas mães ficavam em enfermarias separadas, mantendo o contato com seus filhos somente em horários estabelecidos pela unidade, o que para Faria, Magalhães e Zerbetto (2016), era considerado como uma forma de isolamento, na qual havia alta taxa de mortalidade infantil, principalmente pelas diarreias, doenças respiratórias entre outras patologias infecciosas. Na década de 80, com a aprovação da Resolução n° 18/ INAMPS, tornou-se obrigatória a permanência do filho ao lado da mãe durante 24 horas. Nesta mesma década, surgiu a publicação do programa de reorientação da assistência obstétrica e pediátrica, com as normas básicas do Sistema de Alojamento Conjunto (AC).

Essas normas foram dirigidas aos hospitais públicos e conveniadas em todo o país, onde todos deviam adequar as novas regras com o principal objetivo de minimizar os problemas encontrados com os berçários separados de suas mães (CARVALHO; MAGALHÃES, 2011). Desta forma surgiu o Alojamento Conjunto, no qual possibilita até os dias de hoje que as mães permaneçam ao lado de seus filhos e desfrutem de todo atendimento junto deles. Depois dos anos 90, a preocupação por parte de alguns órgãos começa a ser evidenciada frente a essa nova realidade e sobre a adesão das unidades pelo Brasil. Foi quando o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com apoio da UNICEF, realizou pesquisa cujos resultados apontaram que 47% das 667 unidades pesquisadas desconheciam a Resolução INAMPS 18/83 (BRASIL, 2016).

Em consequência desta pesquisa em 1993 surge uma nova portaria de adoção de medidas facilitadoras no início do aleitamento materno em alojamento conjunto. Essa portaria apresenta uma série de recomendações que devem ser compreendidas como um mínimo ideal, para que o binômio mãe-filho tenha condições adequadas de atendimento, tendo como principal reconhecimento a dificuldade de diversas regiões do país para implementação. Porém o objetivo maior deve ser respeitado, que é manter o recém-nascido junto de sua mãe logo após o nascimento com os devidos cuidados (FARIA, MAGALHÃES e ZERBETTO, 2016). Em 2016 surge a Portaria nº 2.068, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto, com instrução de como deve ser o espaço físico, procedimentos, estrutura de atendimento e técnicos e profissionais necessário, para que cada unidade de parto consiga a instalação do alojamento conjunto, e assim, obtenha benefícios junto às mães e seus filhos, fortalecendo e adequando as portarias anteriores, baseada em algumas legislações vigentes, mas mantendo o foco principal que é permitir que o recém-nascido que esteja gozando de plena saúde possa imediatamente ficar ao lado da mãe 24 horas dentro de um mesmo alojamento, até que os dois estejam em condições de saída e seja determinada a alta hospitalar pela equipe de saúde (COSTA, TEODORO; ARAÚJO, 2017).

Ainda existem muitas crenças relacionadas ao aleitamento materno, crenças e tabus adquiridos junto à geração familiar que merecem muita atenção por parte do profissional de enfermagem na hora do pré-natal, para que sejam desmistificadas algumas dúvidas da futura mamãe, além de orientar quanto aos benefícios para a vida tanto da mãe como para o bebê (CAMPOS et al., 2015).Portanto, é evidente que as dificuldades na amamentação são inúmeras e não se apresentam de forma isolada, mas sempre ligadas a outros fatores que necessitam de um acompanhamento do profissional de enfermagem, para

que, desta forma o aleitamento materno não seja interrompido. Assim, afirma-se que a equipe assistencial de enfermagem é de suma importância nas ações de preparo e assistência, para que problemas frequentes relativos a dificuldades de amamentar sejam resolvidos (VARGAS et al., 2016).

Galvão (2011), afirma a importância do aleitamento materno em alojamento conjunto, pois nesse modelo é possível apreciar o relacionamento no processo de amamentação entre mãe e bebê, e detectar algumas dificuldades com mais frequência. Entre elas, segundo os mesmos autores, estão a ocorrência de fissura, o ingurgitamento mamário, o trauma mamilar, a dificuldade com a pega, a escassez de informações e orientações que são fatores fundamentais para o sucesso e eficácia desse processo de amamentação (MOSELE et al., 2014). Se esta mãe não é acompanhada e orientada de forma exclusiva, avaliando a sua necessidade no período de lactação, pode futuramente desencadear a interrupção precoce do aleitamento, no que consiste no bebê deixar de mamar antes do tempo necessário, deixando-o vulnerável a algumas patologias.

A falta de conhecimento da gestante e dos familiares sobre os benefícios e a importância do aleitamento pode desencadear o desmame precoce (GALVÃO, 2011). Os problemas de amamentação são uma realidade ainda muito presente na vida das mães, principalmente as primíparas que mesmo com a realização das consultas e acompanhamento no pré-natal, ainda enfrentam dificuldades na hora do aleitamento. Desta forma, é essencial o trabalho do enfermeiro para que minimize os problemas e rapidamente essa mãe torne as orientações recebidas como hábitos bem definidos. Diante das evidências é necessário um acompanhamento e avaliação diária dos profissionais de enfermagem junto a mãe e o bebê, para assim corrigir as dificuldades precocemente o que prolongaria o tempo de amamentação materna exclusiva (CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

Segundo Batista, Farias e Melo (2013), dentre as dificuldades que o profissional de enfermagem enfrenta para desempenhar as funções no alojamento conjunto, apresenta-se a falta de mão de obra, ou seja, existe sempre um número reduzido de funcionários, estrutura física inadequada e falta de material. Isso minimiza a possibilidade da realização de um bom trabalho nas suas funções dentro de um alojamento conjunto. Apesar de muitas vezes o número de profissionais está em conformidade em cada unidade de saúde, o mesmo atua em diversas funções, ou seja, não são unicamente do alojamento conjunto. Na maioria das unidades de saúde pública, esses profissionais têm outras atribuições, como o cuidado com as gestantes em trabalho de parto, exame ginecológico nas gestantes e puérperas que procuram a unidade, realização de partos e outras tarefas administrativas, o que causava sobrecarga de atividades (GONÇALVES et al., 2014).

Para Volponi (2010), a falta de material é um dos fatores que interferem até mesmo no emocional do profissional, causando sentimentos de estresse, angústia, ansiedade, desgaste físico e emocional mobilizando-os a utilizar mecanismos de adaptação para realizar as tarefas cotidianas do trabalho. Outro fator importante quanto aos desafios encontrados é a sobrecarga de trabalho, que dependendo da necessidade de cada puérpera e dos cuidados necessários, demanda muito tempo na intervenção, causando acúmulo de tarefas, o que com a falta de pessoal só tende a aumentar, bem como a alta demanda de pacientes, provocando diminuição da produtividade, desenvolvimento de atividades com ineficiência, desorganização laboral e dificuldades na comunicação (FARIA, MAGALHÃES; ZERBERTTO, 2016).

Segundo Faria, Magalhães e Zerbetto (2016) é papel do enfermeiro também prestar esclarecimentos para a mãe e o pai sobre a importância e as especificidades do sistema de alojamento conjunto, propiciando condições para que a mãe possa reconhecer seu filho,

mostrando-se disponível para auxiliá-la na amamentação, ou situações que lhe pareçam difíceis. Instruir essa mãe quanto à importância do aleitamento materno e sobre as técnicas de amamentar, como posicionamento dela e do bebê, avaliando sempre se o recém-nascido está sendo amamentado de forma correta, além esclarecer que amamentar é, acima de tudo, um ato de amor. Assim como instruir essa mãe quanto os cuidados específicos, com dietas, higiene, para que o processo de amamentação seja eficiente não somente no alojamento conjunto, mas efetivamente fora do mesmo (GONÇALVES et al., 2014).

Outro cuidado que o enfermeiro deve ter é em relação às mães de parto cesáreo, para orientação quanto à diferença do aleitamento materno de uma mãe com parto normal, sobre a demora da descida do leite que, no caso da cesárea, por ser um processo cirúrgico, o organismo não reconhece de imediato o nascimento do bebê daí a necessidade das constantes sucções do bebê, que fará a liberação de hormônio e consequentemente, a produção e descida do leite, necessitando do acompanhamento de enfermagem (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Portanto, é necessário que o profissional de enfermagem esteja devidamente capacitado, não somente em condições teóricas, mas que o mesmo desenvolva a capacidade de promover orientações e esclarecimentos necessários sobre os benefícios da amamentação, para a qualidade de vida da mãe e do filho, assim como acompanhar toda a desenvoltura da mãe e do filho nesse processo no período de internação, favorecendo o fortalecimento do binômio Mãe-Filho, como também mostrar que a amamentação pode ser realizada de forma prazerosa, trazendo o mínimo de traumas e complicações para a mãe, principalmente para aquelas de primeiro parto. No próximo capítulo vamos abordar as principais dificuldades encontrada pelos profissionais de enfermagem no cuidado ao recém-nascido no alojamento conjunto.

3. A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Para Volponi (2017), o leite materno é a primeira vacina do bebê, e o colostro é o leite de peito que a mulher produz nos primeiros dias após o parto, as suas propriedades são ricas em diversos fatores anti-infecciosos (anticorpos) e vitamina A, é grosso de cor amarela ou transparente, suas propriedades protegem contra infecções e alergias, já que o recém-nascido não consegue produzir os seus próprios anticorpos. Além de fácil digestão e de prática utilização, o econômico leite materno tem um importante efeito laxante, ajuda o bebê a eliminar o mecônio e preparando o seu aparelho digestivo para aceitar o leite materno. O leite maduro contém todos os ingredientes necessários à boa formação do bebê, como proteínas, anticorpos, gorduras, vitaminas, ferro, açúcar, enzimas e outros fatores que proporcionam o seu crescimento.

A adesão ao aleitamento materno exclusivo é uma estratégia fundamental para diminuir as taxas de mortalidade infantil, protegendo contra diarreias agudas e persistentes, diminuindo a incidência de alergias, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade infantil, infecção gastrintestinal, respiratória e sistêmica. Segundo Lang (2018), o leite materno protege o bebê e diminui a suscetibilidade do lactente de obter certas doenças, ajudando também no desenvolvimento neurológico, digestório e renal, além de oferecer outras vantagens para a mãe, como a diminuição e prolongamento do período de infertilidade pós-parto e contribuindo para que a mãe perca rapidamente o peso que ganhou durante a gravidez, previne à anemia pela diminuição do sangramento pós-parto, hipertensão, osteoporose, diabetes, câncer de mama, ovário e útero (VOLPONI, 2017). Além das vantagens do aleitamento materno exclusivo, somente em raríssimas ocasiões como

na mãe portadora do vírus HIV, ele está contraindicado. É importante, que a mãe tenha consciência de que a amamentação ao seio é uma das experiências mais gratificantes para a maioria das mulheres (VARGAS et al., 2016)

À medida que se exploram os fatores que podem contribuir para o desmame precoce, pode-se atuar melhor no sentido de prevenção de forma mais direcionada e, portanto, mais eficaz. Em outras palavras, a comunicação é a base para o desenvolvimento das ações de saúde e para o alcance dos objetivos propostos. Dentro desse contexto, a promoção da saúde, por meio de mecanismos de educação em saúde, apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política, os serviços de saúde, a comunidade, às iniciativas públicas e privadas, além do próprio cidadão na proposição de ações que procurem bem-estar e qualidade de vida a toda população (REZENDE, 2002).

O enfermeiro tem a oportunidade de difundir e esclarecer a nutriz quanto aos benefícios do aleitamento materno, estabelecendo vínculos e reforçando sua importância na prevenção de doenças e no desenvolvimento pleno da criança. Os benefícios resultantes do aleitamento materno (AM) para a criança e a mãe são conhecidos e comprovados cientificamente (ARAUJO et al., 2008). O valor nutricional, a proteção imunológica e o menor risco de contaminação contribuem para a redução da morbimortalidade infantil por diarreia e por infecção respiratória; evidência crescente também sugere que a amamentação pode proteger contra o excesso de peso e diabetes mais adiante na vida. A amamentação promove, ainda, adequado desenvolvimento da cavidade oral, resultado do exercício que a criança faz para retirar o leite da mama.

Há também evidências de que a amamentação está associada ao melhor desempenho em teste de inteligência, repercutindo em maiores níveis de escolaridade e maior renda na idade adulta. A mãe, por sua vez, ao amamentar, promove a aceleração da involução uterina reduzindo o sangramento pós-parto, amplia o tempo entre as gestações e partos e reduz a probabilidade de alguns tipos de cânceres de mama e de ovário, como também o desenvolvimento de diabetes (FIALHO et al., 2014). Para o binômio mãe-bebê, o AM configura-se como oportunidade de interação contribuindo para o estabelecimento de vínculos afetivos que resultam em maior segurança para a mãe e promoção do desenvolvimento afetivo-emocional e social da criança. O leite materno é um alimento natural e renovável (FIALHO et al., 2014).

Apesar de a maioria dos profissionais de saúde considerar-se benéfico ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Isso pode ser devido à desigualdade entre percepções do que é apoio na amamentação. As mães que estão amamentando querem suporte ativo (inclusive emocional), bem como informações indispensáveis, para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo e reativo. Se o profissional de saúde de fato quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele (GALVÃO, 2011).

O enfermeiro pode atuar junto à população não somente prestando assistência, mas também na promoção e educação continuada de forma efetiva, mais concernente com as demandas de treinamento, com a atualização e reciclando seus conhecimentos. Acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe (MANZINI et al., 2002). Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito

cedo a se comunicar com afeto e confiança (MANZINI et al., 2002).

A amamentação oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, sendo a melhor maneira capaz de promover seu desenvolvimento integral, pois o leite materno fornece os nutrientes necessários para a criança iniciar uma vida saudável e se modifica conforme seu crescimento para continuar atendendo às suas necessidades. Por isso, é o alimento ideal não somente para recém-nascidos a termo, como também é o mais indicado para prematuros (MOREIRA et al., 2017).

Dentre os benefícios trazidos pela prática da amamentação, podemos citar: prevenção contra doenças infecciosas e diarreias; proteção contra alergias; favorecimento no crescimento e desenvolvimento intelectual, entre outros, além de intensificar as relações da mãe com o neonato (MOREIRA et al., 2017). Não obstante, nota-se também os benefícios econômicos, que impedem a interrupção da alimentação da criança por dificuldades financeiras, e as vantagens para a mãe, como menores possibilidades de desenvolver câncer de mama, maior rapidez na involução uterina e proteção contra a gravidez nos primeiros meses após o parto (ALMEIDA et al., 2008).

Observa-se que, antes dos seis meses de vida, a introdução de outros tipos de alimentação aos bebês. Isso ocorre pela preocupação das mães, em que a criança se acostume com outros alimentos, pois nesse período aquelas que trabalham fora de casa têm que retornar em suas atividades profissionais, ou ainda pelo fato de a mãe considerar que seu leite é insuficiente para o bebê. O abandono precoce do aleitamento materno traz repercussões importantes para o crescimento e o desenvolvimento da criança, uma vez que é fato que os outros tipos de leite encontrados, mesmo as preparações especiais, não são capazes de substituir o potencial contido no leite materno (MANZINI et al., 2002).

Para que ocorra a promoção ao aleitamento materno é necessário um treinamento para todos os profissionais da área da saúde. A comunicação entre membros da equipe é de grande importância, para que todos falem a mesma linguagem e o trabalho seja eficiente, resultando num bom entendimento intragrupo, evitando falhas que possam comprometer o andamento da atuação (MANZINI et al., 2002).

As intervenções que se iniciam no pré-parto, continuam no pós-parto, e se prolongam no tempo, são mais eficazes do que aquelas que se limitam a um dos períodos, existem três oportunidades preferenciais para a promoção do aleitamento materno. O terceiro trimestre de gravidez, quando se discute o regime alimentar da criança, avalia-se a motivação para amamentar, os conhecimentos, crenças e mitos, devendo os profissionais proporcionar informação pertinente, relevante, em linguagem acessível e cientificamente sustentada, respeitando e apoiando as escolhas das mulheres (VARGAS et al., 2016).

4. O ALOJAMENTO CONJUNTO E SEUS BENEFÍCIOS PARA O ALEITAMENTO MATERNO

O Alojamento Conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, mantém-se ao lado da mãe 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar, sendo um local de ensino e aprendizagem, em que a permanência do recém-nascido ao lado do leito materno permite que sejam dadas orientações e que essas sejam checadas, quando a mãe executa a tarefa de cuidar de seu filho, que se favorece a aceitação da maternidade, aumentando-se os laços da relação mãe-filho por permitir o proximidade precoce e íntimo entre o binômio, os quais são mais satisfeitos emocionalmente por sentirem maior proteção (BERETTA et al., 2000).

Essa aproximação precoce simplifica a prática da amamentação, pois estando no Alojamento Conjunto, a mãe amamentará mais e por mais tempo, o que facilitará a apojadura, possibilitando que se estabeleça a lactação e trazendo à criança outros benefícios, como aumento da absorção de nutrientes e ganho de peso acelerado durante os primeiros dias de vida. A verdade é que o tempo de desmame para crianças que utilizaram o sistema de Alojamento Conjunto foi de 10 meses e para as que ficaram no berçário convencional foi de 8 meses (BERETTA et al., 2000).

Este sistema permite à equipe multiprofissional realizar o cuidado direto recém-nascido a termo necessita ter vitalidade e capacidade sucção, além de controle térmico adequado. Como intuito de realizar promoção da saúde e prevenção de eventuais problemas. O profissional deve ser preparado para fornecer à mãe informações sobre o atual estado de saúde do binômio, avaliar suas condições físicas e emocionais, esclarecer sobre as rotinas gerais da unidade e sobre o autocuidado e cuidado ao recém-nascido. Cabe também à equipe oportunizar que a família, participe de todo esse processo; acompanhar a evolução diária do binômio; reforçar orientações e detectar precocemente problemas (VOLPONI, 2017).

O Alojamento Conjunto é um sistema em que o RN permanece ao lado da mãe desde o momento do parto até a alta da maternidade sendo um local de ensino e aprendizagem, em que a permanência do RN ao lado do leito materno permite que sejam dadas orientações e que essas sejam checadas, quando a mãe executa a tarefa de cuidar de seu filho (VARGAS et al., 2016).

Destaca ainda o papel do profissional de saúde, essencial no apoio e promoção ao aleitamento materno, no apoio e instrução à mãe no favorecimento do alojamento conjunto, nas consultas de puericultura e, principalmente, na promoção de campanhas de incentivo ao aleitamento as equipes de enfermagem têm a responsabilidade do repasse de informações sobre o AM a o manejo clínico da lactação e as orientações/técnicas para prevenção de dificuldades iniciais da amamentação. Com base no exposto, o enfermeiro da área hospitalar como integrante de uma equipe multiprofissional, deve ser uma fonte repassadora de conhecimento, técnicas e orientações no que diz respeito ao AM, como também no que se refere à saúde da criança (FIALHO et al., 2014).

À medida que se conhecem os fatores que podem colaborar para o desmame precoce, pode-se atuar melhor no sentido de prevenção de forma mais direcionada e, portanto, mais eficaz. Partindo desse enfoque, acrescenta-se que o aleitamento materno depende de fatores que podem implicar positiva ou negativamente no seu sucesso. Alguns desses fatores estão diretamente relacionados à mãe, como as características de sua individualidade e sua atitude frente à situação de amamentar, ao passo que outros se referem à criança e ao ambiente, como por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida (FIALHO et al., 2014).

Os primeiros dias após o parto são indispensáveis para o sucesso da amamentação, é um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê. Os seguintes aspectos devem ser debatidos com as mães: comportamento normal do bebê, número de mamadas por dia, duração das mamadas, uso de mamadeira, água, chás e principalmente outros leites devem ser evitados, uso de chupeta hoje em dia, a chupeta tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, entre outros motivos (MOREIRA et al., 2017).

Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo das dificuldades no aleitamento materno são abordadas as principais. Bebê que não suga ou tem sucção fraca, demora na "descida do leite" em algumas mulheres a "descida do lei-

te" ou apojadura só ocorre alguns dias após o parto. Mamilos planos ou invertidos, para fazer o diagnóstico de mamilos invertidos, pressiona-se a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, ele se retrai; caso contrário, não é mamilo invertido (MOREIRA et al., 2017).

Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, é fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do bebê, que representa promover à confiança e condição a mãe, deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais favoráveis à amamentação; ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê fazendo com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele no início não conseguir é muito importante que a aréola esteja macia devemos tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adapta se melhor; mostrar à mãe manobra que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como simples estímulo do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10 ml ou 20 ml adaptada. Recomenda-se essa técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar (MOREIRA et al., 2017).

O mamilo deve ser mantido em sucção por 30 a 60 segundos, ou menos. No ingurgitamento mamário, há três elementos básicos: congestão/aumento da vascularização da mama; retenção de leite nos alvéolos; e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático, é importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico, que é normal, do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está "descendo", não sendo necessária qualquer intervenção. Portanto, amamentação em livre demanda, começada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento (GALVÃO, 2011).

Segundo Galvão (2011) a dor nos mamilos/mamilos machucados. É comum a mulher sentir dor controlada ou mesmo moderada nos mamilos no início das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve continuar além da primeira semana. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns, não é normal e requer intervenção.

A aplicação de compressas frias no intervalo das mamadas ajudará a diminuir a dor. Se necessário, podem ser utilizados analgésicos como o paracetamol e o ibuprofeno. A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequada são um importante causa de desmame e, por isso, a sua prevenção é muito importante, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas: amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados (GALVÃO, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação é um dos fatores mais eficientes para contribuir na saúde dos lactentes nos primeiros meses de vida, pois oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, sendo a melhor maneira capaz de promover seu desenvolvimento integral; toda a mulher tem possibilidade biológica para amamentar. A mãe e o bebê podem apresentar dificuldade no estabelecimento ou na manutenção da amamentação, por esse motivo pode ocorrer o desmame precoce.

Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo das dificuldades no aleitamento materno; o enfermeiro tem a oportunidade de difundir e esclarecer a nutriz quanto aos benefícios do aleitamento materno, estabelecendo vínculos

e reforçando sua importância na prevenção de doenças e no desenvolvimento pleno da criança. À medida que se exploram os fatores que podem contribuir para o desmame precoce, pode-se atuar melhor no sentido de prevenção de forma mais direcionada e, portanto, mais eficaz.

Em outras palavras, a comunicação é a base para o desenvolvimento das ações de saúde e para o alcance dos objetivos propostos. Apesar de a maioria dos profissionais de saúde considerar-se benéfico ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Isso pode ser devido à desigualdade entre percepções do que é apoio na amamentação. As mães que estão amamentando querem suporte ativo (inclusive emocional), bem como informações indispensáveis, para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo e reativo.

Se o profissional de saúde de fato quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele. A nutriz precisa falar a respeito de si para que possamos identificar suas dificuldades podem assim dar um apoio adequado para promover uma amamentação de qualidade para a nutriz e seu bebê. O enfermeiro é o principal responsável pelas atividades de educação em saúde prestadas no alojamento conjunto, auxílio a amamentação e cuidados com o recém-nascido. As ações de educação devem ser centradas na família e nos cuidados, envolvendo os participantes para fortalecer o vínculo entre mãe e filho.

Conclui-se, portanto que os principais diagnósticos de enfermagem levantados foram relacionados a amamentação. Ainda há muito o que se estudar quanto ao alojamento conjunto, os artigos pesquisados trazem principalmente assuntos relacionados a amamentação, e pouco tratam de outros aspectos da atenção de enfermagem no alojamento conjunto. Mais trabalhos devem ser realizados abordando os cuidados de enfermagem realizados no alojamento conjunto, com foco em outras áreas de atenção, como as orientações aos acompanhantes e maneiras de incluí-los no cuidado com o recém-nascido.

Referências

ALMEIDA, Gabriela Garcia de et. al. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciênc. Saúde coletiva**. vol.13 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2008.

ARAUJO, Olívia Dias de et.al. **Aleitamento materno**: fatores que levam ao desmame precoce. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 61, núm. 4, julho-agosto, 2008, pp. 488-492

BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde debate**. v. 37, n. 96, p. 130-138, 2013.

BERETTA, Maria Isabel Ruiz et. al. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na Maternidade D. Francisca Cintra Silva Da Santa Casa de São Carlos-SP. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 3 - p. 59-66 - julho 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília: IEC. /, 2016.

CAMPOS, A. M. S.; CHAOU, C. de O.; CARMONA, E. V. et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 2, p. 283-290, 2015.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al. Fatores de risco para a não amamentação: Um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Saúde Mater**. Infant., Recife, V. 15, N. 2, P. 193-199, June 2015.

CARVALHO, J. K. M.;MAGALHÃES, S. R. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. **RevistaE-scientia**. v. 4, n. 2, p. 11-20, 2011.

COSTA, A. R. C.; TEODORO, T. N.; ARAÚJO, M. F. M. Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação: estudo de revisão. **Revista Comunicação em ciências da saúde**. v. 20, n. 1, p. 55-63, 2017.

FARIA, A. C.; MAGALHÃES, L.; ZERBETTO, S. R. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 4, p. 669-677, 2016.

FIALHO, Flávia Andrade et. al. Fatores Associados ao Desmame Precoce do Aleitamento Materno. **Revista CUIDARTE**, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 670-678

GALVÃO, D. G. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 2, p. 308-314, 2011.

GONÇALVES, A.; SOUSA, T. O.; CARDOSO, O. P. et al. **Alojamento conjunto**: o papel do enfermeiro obstetra na assistência ao binômio mãe-filho durante o puerpério imediato, 2014.

MANZINI, Fernanda C. et. al. Aleitamento materno na sala de parto: a visão dos profissionais de saúde. An. 8. Simp. Bras. **Comun. Enferm**. May. 2002.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Revista-Ciências Saúde Coletiva**.v.16, n. 5, p. 82, 2011.

MOREIRA, Luciana Alves et al. Apoios à mulher/nutriz nas peças publicitárias da semana mundial da amamentação. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, V.70, N1, P.61-70, fev. 2017.

MOSELE, P. G.; SANTOS, J. F.; GODÓI, V. C. et al. Instrumento de Avaliação da sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. **Revista CEFAC-Saúde e Educação**. v. 16, n. 5, p. 1548-1557, 2014.

OLIVEIRA, Juliana Fechine Braz de; QUIRINO, Glaubert da Silva; RODRIGUES, Dafne Paiva. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde. **Rev. Rene**. 2012; 13(1):74-84.

PASQUAL, Kelly Karine; BRACCIALLI, Luz marina Aparecida Doretto, VOLPONI, Mirela. Alojamento conjunto: Espaço Concreto de Possibilidades e o Papel da Equipe Multiprofissional. **Cogitare Enfermagem**, vol. 15, núm. 2, abril-junho, 2010, pp. 334-339.

REZENDE, Magda Andrade et. al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-em Enfermagem**, 2002 março-abril; 10(2):234-8 (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

ROCHA, Maria da Graça Domingues Rocha. **Saúde Infantil**.l 2005 27|1:3_4

VARGAS, G. S.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. et al. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016.

VOLPONI, M. Alojamento Conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 15, n. 2, p.334-339, 2017.

12

EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM: CAMPOS DE ATUAÇÃO PARA O ENFERMEIRO EMPREENDEDOR

EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM: CAMPOS DE ATUAÇÃO PARA O ENFERMEIRO EMPREENDEDOR

Rayanne Assunção Magalhães

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

Andrielle Sousa da Silva Mendes

Jennifan Carla Sanches Moreira

Karla Danielle Ribeiro Melo

Maria Jordânia Novais Araujo

Nathalia Marinho Pereira

Resumo

Demonstrando as tendências empreendedoras dos enfermeiros em relação às suas competências gerenciais. Tentamos oferecer os principais elementos introdutórios ao tema do empreendedorismo durante o estudo depois de perceber que não tem nada a ver com a profissão de enfermagem. A importância de conhecer o perfil do empresário enfermeiro auxilia na compreensão do trabalho desse profissional e fornece subsídios para uma melhor assistência assistencial. O objetivo geral buscou compreender a importância do empreendedorismo para o profissional de enfermagem, e fazer ênfase ao campo de oportunidades. A metodologia realizada neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis. A busca foi através das plataformas virtuais de pesquisa, destacando-se Google acadêmico, Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Conclui-se, portanto que é necessário encorajar a posse de negócios independentes entre os enfermeiros, sendo crucial para a profissão como um todo porque ajuda os enfermeiros a entrar em novos campos de prática e eleva o status social da enfermagem.

Palavras-chave: Empreendedorismo. Enfermagem. Saúde. Mercado. Inovação.

Abstract

Demonstrating the entrepreneurial tendencies of nurses in relation to their managerial skills. We try to offer the main introductory elements to the topic of entrepreneurship during the study after realizing that it has nothing to do with the nursing profession. The importance of knowing the profile of the nurse entrepreneur helps in understanding the work of this professional and provides subsidies for better assistance. The general objective sought to understand the importance of entrepreneurship for the nursing professional, and to emphasize the field of opportunities. The methodology carried out in this work was a Qualitative and Descriptive Literature Review, in which books, dissertations and scientific articles and reliable websites were consulted. The search was through virtual research platforms, highlighting Google academic, Virtual Electronic Scientific Library (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). It is therefore concluded that there is a need to encourage independent business ownership among nurses, which is crucial for the profession as a whole because it helps nurses to enter new fields of practice and raises the social status of nursing.

Keywords: Entrepreneurship. Nursing. Health. Marketplace. Innovation.

1. INTRODUÇÃO

O empreendedorismo é de extrema importância para o profissional de enfermagem, pois traz um novo olhar para a profissão e um mundo de possibilidades, apesar da prática empreendedora existir a muitos anos, para enfermagem tem sido algo novo. Trabalhar em um hospital você tem hora para entrar, e sair, ou seja, tem uma escala de trabalho a cumprir. Nos dias atuais com as mudanças no mercado de trabalho, surgiu alternativas diversificadas no campo da enfermagem, todavia faz-se necessário o enfermeiro está sempre atualizado com as mudanças e as necessidades da sociedade.

Todas essas dificuldades e desafios dificultam a atuação empreendedora dos profissionais de saúde. Em consequência, para além das dificuldades no exercício da profissão, existe também o desconhecimento das inúmeras oportunidades de emprego que decorrem da formação, bem como da concorrência desleal do mercado e da falta de apoio das entidades competentes. Deste modo, relação a esta ocorrência, qual a importância de instituições de ensino preparar seus profissionais conforme a necessidade do mercado de trabalho?

O objetivo geral buscou compreender a importância do empreendedorismo para o profissional de enfermagem, e fazer ênfase ao campo de oportunidades. Já os objetivos específicos foram entender o perfil do enfermeiro empreendedor, conhecer os campos de atuação, e retratar os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros em seus empreendimentos.

A metodologia realizada neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis. A busca foi através das plataformas virtuais de pesquisa, destacando-se Google acadêmico, Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizando descritores: Empreendedorismo na enfermagem, Campos de atuação para enfermagem, Enfermeiro empreendedor e Importância de empreender na enfermagem.

2. PERFIL DO ENFERMEIRO EMPREENDEDOR

Empreendedorismo é elucidado como um movimento gerado pela pessoa empreendedora que tem como características a coragem para assumir riscos, a visão diferenciada das situações, a criatividade para criar e a inovação para construir algo novo mediante uma oportunidade (DORNELAS, 2016).

Em um mundo globalizado, altamente competitivo, com mercado consumidor ávido por novidades e com rápidos avanços tecnológicos, no qual o conhecimento produzido, que dobrava a cada dois séculos, na atualidade dobra aproximadamente a cada cinco anos, inovar é fundamental para diferenciar-se e conquistar novas maneiras de produzir melhor e/ou com baixo custo, atendendo as demandas do mercado (SILVA, 2018).

Na saúde a figura empreendedora é nova, mas vem se destacando por conta da necessidade da sociedade em buscar melhores qualidade em determinado serviço. A enfermagem possui formas, habilidades e competências para lidar com pessoas.

O profissional em enfermagem possui práticas que foram adquiridas ao longo de sua formação como pensar criticamente, analisar problemas e solucioná-los. Desenvolvendo espírito de liderança, administração, e gerenciamento, tendo capacidade em tomar deci-

sões.

Sobre esta conjuntura, Licciardi e Bartolomeo (2016) descrevem o empreendedor individual, aquele que exerce atividade de trabalho como profissional liberal e usualmente abre uma empresa sozinho:

O empreendedor que visa estruturar seu próprio negócio, em geral, é aquele que tem uma ideia ou uma habilidade e quer que ela se transforme em um negócio duradouro e lucrativo. [...] Estabelece metas sempre crescentes (ambição). Analisa e planeja, prevendo situações futuras (visão de longo prazo). Envolve-se em todos os detalhes e assume muitas atribuições (centralização) (RUSSO, 2007).

Outra característica apresentada pelos empreendedores é a liderança, da mesma forma que se encontra presente a visão. Dornelas (2016) explana que a visão e a liderança são características marcantes nos empreendedores de sucesso. Ele as descreve da seguinte maneira:

> São visionários: têm visão de como será o futuro para seu negócio e sua vida, e o mais importante: têm a habilidade de implementar seus sonhos. São líderes e formadores de equipes: os empreendedores têm um senso de liderança incomum. São respeitados e adorados por seus funcionários, pois sabem valorizá-los, estimulá-los e recompensá-los, formando um time em torno de si. Sabem que, para obter êxito e sucesso, dependem de uma equipe de profissionais competentes. Sabem ainda recrutar os melhores profissionais para assessorá-los nos campos em que não detêm total conhecimento (DORNELAS, 2016).

O autor Dornelas (2016) versa sobre as habilidades requeridas de um empreendedor, classificando-as em três áreas, sendo técnicas, gerenciais e características pessoais. Entre habilidades da área técnica são ressaltadas "saber escrever, saber ouvir as pessoas e captar informações, ser um bom orador, ser organizado, saber liderar e trabalhar em equipe e possuir know-how49 técnico na área de atuação" (IBID, 2016, p. 31). Já das habilidades gerenciais são realçadas aquelas que envolvem "criação, desenvolvimento e gerenciamento de uma nova empresa: marketing, administração, finanças, operacional, produção, tomada de decisão, controle das ações da empresa e ser um bom negociador" (IBID, 2016, p. 31).

Atrelado à identificação com o empreendimento, o Enfermeiro tem ainda que se habituar com informatização da era digital. Os meios de comunicação em massa e as redes sociais, juntamente com o marketing, são hoje importantes aliados à profissão em todas as áreas de atuação. Utilizando-os de forma adequada, observando a Resolução COFEN nº 554 2017 que estabelece os critérios norteadores das boas práticas de uso e de comportamento nessas mídias, é possível construir uma imagem positiva do Enfermeiro e tornar o seu negócio conhecido, reinventando e divulgando o seu trabalho, alcançando o empoderamento profissional e reconhecimento social (COFEN, 2019c).

Embora seja evidente que o ato de empreender está em progresso no país, ao se perceber a ascensão da taxa geral de empreendedorismo no Brasil (38,7%) em 2019, que engloba todos os cidadãos envolvidos com alguma atividade empreendedora (IBQP, 2019), diversos acadêmicos e profissionais graduados da área da Enfermagem desconhecem essa área promissora. Tal fato se fundamenta ao se perceber que o primeiro consultório de Enfermagem em Minas Gerais foi aberto apenas no final de 2019, sendo considerado um marco do empreendedorismo na profissão (COFEN, 2019a).

Sendo assim, vale ressaltar a importância de conhecer e estimular o empreendedorismo empresarial na Enfermagem, principalmente ainda durante a graduação, pois através dele o profissional estará não apenas promovendo seu desenvolvimento econômico e social e expandindo o próprio mercado de trabalho, mas também agregando valor à profissão perante a sociedade e explorando seus conhecimentos técnicos científicos, capazes de promover avanços nas respectivas áreas de atuação. Vale enfatizar que difundir a cultura empreendedora na Enfermagem por meio de novos estudos pode apresentar, futuramente, resultados positivos e aumento das múltiplas possibilidades de exercício profissional (COPELLI *et al.*, 2019).

Segundo Colichi (2020) realizaram uma pesquisa científica com 839 acadêmicos de Enfermagem, sendo 383 brasileiros, e por meio de um estudo transversal analítico que também levantou que o retorno financeiro, a satisfação pessoal, colocar em prática seus talentos, personalidade e disponibilidade de novas tecnologias como maiores motivos de aderência ao empreendedorismo. Para estes autores, que também trazem em seu estudo que a Enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina, foi de suma importância destacar que "empreendedorismo pode e deve ser entendido como uma forma de empoderamento das mulheres" devido possibilitar a superação de questões de gênero e trazer benefícios para a sociedade. Permite ainda que o desenvolvimento seja alcançado mundialmente, superando questões culturais, sobretudo em países onde ele ainda é praticado predominantemente por homens (COLICHI *et al.*, 2020).

3. OS PRINCIPAIS CAMPOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EMPREENDEDOR

Atualmente, o empreendedor está sendo relacionado à exploração de novas oportunidades de negócios; à responsabilidade pelas transformações no ambiente organizacional; às transformações intercedidas em favor da sociedade; ao progresso de novas tecnologias; aos novos procedimentos gerenciais e à inclusão social (RONCON; MUNHOZ, 2009).

Neste cenário, o empreendedorismo privado, isto é, "ter o próprio negócio", emerge como a alternativa mais oportuna para os enfermeiros brasileiros. Nos Estados Unidos, onde o Sistema de Saúde baseia-se no Seguro Privado, essa prática já está bastante presente, sobretudo nas regiões em que os médicos não ofertam serviços à população (COPELLI *et al.*, 2019).

As empresas abertas por profissionais da saúde refletem novos mercados de trabalho e sua análise pode ser interpretada como importante indicador de empreendedorismo de negócios, bem como indicador da expansão da atuação desses profissionais no cenário atual. Na área de enfermagem, recentemente foi publicada a Resolução do COFEN nº 568/18, que regulamenta o funcionamento dos consultórios e clínicas de Enfermagem, valorizando o caráter empreendedor do enfermeiro ao reconhecer a personalidade jurídica desses serviços (RONCON; MUNHOZ, 2009).

Segundo Colichi e colaboradores (2019), há uma diversidade de negócios para o Enfermeiro empreendedor, sendo que, no empreendedorismo empresarial há prevalência dos cuidados primários. Visto isso, na condição de empreendedor de negócios, o Enfermeiro tem permissão de oferecer serviços de atenção à saúde a partir de competência técnica, interativa e humanizada.

Dentre as opções encontradas na literatura para os campos de atuação do Enfermeiro empreendedor, destacam-se a prática clínica privada, assistência nos serviços de

obstetrícia e puerpério materno, serviços de *homecare*, administração de medicamentos, tratamentos prescritos, realizações de diagnósticos, cuidados de feridas, com pacientes diabéticos, com estomas e com histórico de acidente vascular encefálico (AVE). Serviços de consultoria, assessoria e gestão de projetos estão em progresso, destacando-se as consultorias na área de Saúde Ocupacional. Também há relatos de expansão para áreas não tradicionais, como estética (depilação a laser e tratamentos faciais), podologia e tratamentos alternativos. Essa valorização vem sendo relacionada ao conhecimento inerente ao Enfermeiro, que traz um valor adicional na prestação desses serviços. Outros possíveis campos são: aluguel de equipamentos, treinamentos, educação, comércio e marketing de produtos, tecnologia, casas de repouso, transporte de pacientes, cuidados de crianças e adolescentes, pesquisa, de cunho administrativo, invenção, fundo de investimento para Enfermeiros, fabricação e inovação de produtos (VILLARINHO, 2016).

A educação continuada promove a capacitação e competências profissionais por meio de atualizações de conhecimentos, enquanto a educação permanente produz conhecimento dentro da área a partir dos problemas vivenciados no dia a dia do profissional. Ambas permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência na área de atuação, apresentando bom desempenho profissional. Além disso, aperfeiçoam, atualizam e capacitam os profissionais frente às inovações e necessidades relacionadas aos setores de atuação, reciclando e construindo novos conhecimentos (BARBOSA; COSTA, 2015).

A possibilidade de o enfermeiro trabalhar de forma liberal está regulamentada pela Resolução Cofen 568/2018, do dia 9 de fevereiro de 2018, esta atividade já era prevista e autorizada em legislações anteriores, mas agora obteve mais visibilidade social e segurança para atuação profissional. Realizar consulta de enfermagem é um direito do enfermeiro, assegurado pela 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. Com essa base, foi normatizada a Resolução Cofen 358/09 (COFEN, 2018).

De acordo com as pesquisas de Tossin (2017) no âmbito do empreendedorismo, a autonomia é uma atitude incorporada à personalidade empreendedora e valorizada em ambientes que demandam um perfil de liderança e cargos de confiança. O ambiente de trabalho do docente universitário do curso de enfermagem e do enfermeiro, em seus diversos ramos de atuação, lhes confere capacidade de autogoverno, liderança e envolvimento com pessoas, tornando a autonomia uma competência necessária para ambas as profissões.

Dentre os motivos e aspirações que levam o enfermeiro ao empreendedorismo de negócios, não optando pelo trabalho institucional com arranjos tradicionais dos serviços de enfermagem em clínicas e hospitais, foram identificados na literatura ambientes organizacionais estressores, turnos, sobrecarga de trabalho, baixos salários oferecidos à categoria nos serviços privados, desgaste emocional por trabalhar muito tempo como empregado, modelo médico-centrado, ausência de autonomia, os enfermeiros investigados sentem-se limitados, necessitam seguir suas metas, fazer o diferencial em suas práticas, buscam flexibilidade nos horários de trabalho e geração de renda. Além disso, vislumbra possibilidade de lucratividade e independência, autonomia, estar no comando, ser seu próprio chefe, possuir controle de carreira, ser bem-sucedido e busca pela satisfação profissional (VILLARINHO, 2016).

Ainda em concordância, Copelli, Erdmann e Santos (2019), evidencia que a oportunidade para a enfermagem, caracteriza-se com a exploração de novos campos de ação profissional, ocasionando benefícios para a sociedade e pelo desfrute de circunstâncias incomuns na práxis profissional que ocasionará melhoria na assistência, educação, nos

negócios, sociedade ou em qualquer conjuntura de exercício do enfermeiro.

Avalia-se que, para ser empreendedor, são fundamentais competências como iniciativa, autonomia, empenho, motivação, entusiasmo, autoconfiança, imaginação, responsabilidade, raciocínio lógico, multifuncionalidade, persistência, esforço, disponibilidade e comprometimento, e que o progresso dessas atitudes completa a capacidade do empreendedorismo. Faz-se obrigatório, primeiramente, que o profissional enfermeiro se valorize e reconheça a importância da sua profissão para que seja capaz de convencer os clientes sobre a importância do seu negócio, por meio de comportamentos primordiais, mas, essencialmente, pela autoconfiança, responsabilidade e muito empenho (VILLARINHO, 2016).

4. OS PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO EMPREENDEDOR AO INGRESSAR NO MERCADO

Dando importância a atuação dos enfermeiros empreendedores em 2018 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) criou a resolução n° 0568/2018, que tem por objetivo respaldar o enfermeiro brasileiro no trabalho como profissional liberal e autônomo. Para além disso, tal resolução instiga tanto os profissionais quanto aos graduandos da área de enfermagem, tendo como foco o empreendedorismo, por ser uma opção de crescimento, autonomia, prestígio e reconhecimento profissional (COFEN 2018).

Com isso, a enfermagem em comparação a outras profissões da área da saúde, possui a maior quantidade de profissionais inscritos em conselhos federais, porém é a área que contém menor número de empreendimentos e investimentos. Sendo assim, o ato de empreender para o enfermeiro torna-se desafiador, visto que, a sociedade carrega uma cultura médico-centrada, e para além disso, são profissionais preparados exclusivamente para atuarem de forma assistencialista (COLICHI; LIMA 2018).

Por tanto, o empreendedorismo é uma realidade que vem se desenvolvendo para a atuação dos enfermeiros, carregando novas possibilidades aos profissionais, que ao produzir essa prática se deparam com os desafios na elaboração dos resultados desejados. Os principais obstáculos encontrados para a atuação dos enfermeiros empreendedores são: a formação acadêmica, que implica diretamente na não existência do estímulo ao empreendedorismo sendo que o foco principal é a criação de profissionais assistencialistas, em seguida a dificuldade de se inserir no mercado de trabalho de forma autônoma e a limitada determinação para redesenhar profissional (SILVA, 2018).

As dificuldades e limitações do empreendedorismo para o enfermeiro englobam os obstáculos e barreiras enfrentados pelos profissionais da área. Verifica-se que a formação acadêmica do profissional enfermeiro, não incentiva a atividade empreendedora, bem como não fornece as competências e habilidades necessárias para diversificação das atividades. (COLICHI; LIMA, 2020). Contudo, Silva et al. (2019) endossa a afirmação de Colichi e Lima (2020) e enriquece a discussão trazendo a importância de explorar o empreendedorismo na formação acadêmica.

Neste sentido, e, como referido nos estudos analisados, as escolas de enfermagem, também, têm um papel importante a desempenhar na preparação e evolução contínua do empreendedorismo. O ato de empreender na enfermagem exige que o profissional seja autônomo o suficiente para que possa estimular, inclusive, uma reforma do sistema de saúde (SILVA, 2018).

Dessa forma, compreendemos a necessidade de desenvolver habilidades empreen-

dedoras na graduação, a partir da fase acadêmica, por meio de disciplinas de empreendedorismo. Para que dessa forma, os enfermeiros possam buscar por melhorias na burocratização de seu exercício de profissão (SILVA *et al.*, 2019).

Outra dificuldade identificada na literatura é a de iniciar e manter os empreendimentos. Chagas (2018) aponta dentre as dificuldades pelos enfermeiros empreendedores, a multiplicidade de funções que gera sobrecarga de trabalho, o desconhecimento das legislações necessárias para a regulamentação dos empreendimentos, as dificuldades financeiras, a competição desleal e falta de conhecimento da população sobre a atuação do enfermeiro, resultado da cultura médico-centrada colocada por Colichi e Lima (2020) e por fim o excesso de burocracia para regulamentação.

Segundo Colichi e Lima (2020) apontam que os profissionais da enfermagem têm concentrado suas atividades nos serviços hospitalares, o que o aliena na realização dessas atividades, e impossibilitando de enxergar outras formas de atividade profissional, como o empreendedorismo. A cultura médico-centrada reafirma a desvalorização dos profissionais da enfermagem, favorecendo o destaque para consultórios gerenciados por médicos em detrimento aos enfermeiros.

Coke (2019) apresenta um recurso a esse desafio encontrado pelos enfermeiros, no qual eles não conseguem garantir que suas empresas se mantenham por muitos anos. O autor refere que o enfermeiro empreendedor para manter os seus empreendimentos ativos sem dificuldades, esse profissional precisa possuir habilidades cognitivas: autorregulação, "know-how" profissional e compreensão do contexto alargado, para que possa satisfazer as necessidades da população em termos de cuidados de saúde e conseguir se manter em seus negócios.

Todos esses desafios e dificuldades observados, desfavorecem a realização de atividades empreendedoras, por parte dos profissionais da enfermagem. De forma que, para além das dificuldades no exercício da profissão, ainda há um desconhecimento das inúmeras possibilidades de trabalho advindas da formação, a competição desleal no mercado e a não assistência dos órgãos competentes. Tudo congregando para a dificuldades de início e continuidade das atividades empreendedoras (VILLARINHO, 2016). Neste sentido, e, como referido nos estudos analisados, as escolas de enfermagem, também, têm um papel importante a desempenhar na preparação e evolução contínua do empreendedorismo. O ato de empreender na enfermagem exige que o profissional seja autônomo o suficiente para que possa estimular, inclusive, uma reforma do sistema de saúde (SILVA, 2018).

De acordo com o estudo de Chagas *et al*. (2018) a dificuldade financeira é vista como um obstáculo que precisa ser enfrentado, pois a sobrevivência e o avanço do mercado é um impacto do financiamento adequado da infraestrutura e, portanto, é fundamental para a prestação de cuidados de alta qualidade. Entre outras dificuldades, são relatados os exageros burocráticos, o desconhecimento das autoridades fiscalizadoras e do órgão, que apresentam fragilidades na regulação do mercado pelas autoridades. Empecilhos encontradas com abordagens empreendedoras, rejeição e preconceito por parte de alguns profissionais de saúde, dificuldades financeiras, privação de preparo na graduação, falta de compreensão de conceitos contábeis, questões legais e regulatórias, incluindo falta de compreensão da legislação e burocracia para permissão para entender os acordos privados, processos de gestão e registro, concorrência desleal, falta de credibilidade e insensibilidade relacionada à probabilidade de atuação pública dos enfermeiros, todos foram identificados como barreiras à atividade empreendedora do enfermeiro (VILLARINHO, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mercado de trabalho está relacionado a formas de trabalho, onde o profissional é remunerado para realizar determinada função, seja ela manual, ou intelectual. Com o passar das décadas, o mercado foi mudando, à economia crescendo. observando esse cenário, surge uma necessidade de contratação de profissionais qualificados para exercer determinada atividade.

Os desafios e restrições do empreendedorismo para enfermeiros incluem os obstáculos e barreiras que os profissionais locais devem superar. Constata-se que a formação acadêmica em enfermagem não promove a atividade empreendedora e não fornece as competências e habilidades necessárias para a diversificação das atividades.

Com isso se destaca o surgimento de novas profissões, é importante fazer ênfase ao tempo de vida delas. Algumas foram criadas em um período de tempo, muito curto. De outra forma, há ocupações que existem há décadas, como a enfermagem. Profissão que tem como principal objetivo cuidar do bem-estar e qualidade de vida do paciente.

Muitos são os desafios enfrentados pelo enfermeiro no mercado de trabalho, principalmente para aqueles que estão em início de carreira. Faz-se necessário o mesmo seguir às mudanças que o mercado de trabalho vem sofrendo. Quando falamos de enfermagem para alguém o primeiro pensamento que vem à cabeça é sempre a mesma coisa, trabalhar em um hospital com várias horas de plantão. As vezes o próprio profissional não tem esse pensamento amplo de que a enfermagem vai muito além, de trabalhar em uma área hospitalar.

Conclui-se, portanto que é necessário encorajar a posse de negócios independentes entre os enfermeiros, sendo crucial para a profissão como um todo porque ajuda os enfermeiros a entrar em novos campos de prática e eleva o status social da enfermagem. Logo o enfermeiro pode ter seu próprio negócio, trabalhar de uma forma autônoma, basta ter determinação, e conhecimento necessário. É essencial que às instituições de ensino venha suprir essa carência enorme de informação, e incentive os alunos a prática empreendedora.

Referências

BACKES, D. S; TOSON J. M.; DAL B. L. W.; ERDMANN, A. L. **Contribuições de Florence Nightingale como empreendedora social: da enfermagem moderna à contemporânea.**Rev REBEn. Santa Maria--RS, 2020.

COPELLI, F.H.S., ERDMANN, A.L. SANTOS, J.L.G. **Empreendedorismo na Enfermagem: revisão integrativa da literatura.** RevBrasEnferm. Florianópolis (SC), n72, v 1, p301-310, 2019.

COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem. Aprova o Regulamento dos Consultórios de Enfermagem e Clínicas de Enfermagem.** Resolução COFEN n° 0568/2018, Brasília-DF, 2018.

DORNELAS, José Carlos Assis. **Empreendedorismo: transformando idéias em negócios**, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

RONCON, Paulo Fernando; MUNHOZ, Sarah. Estudantes de enfermagem têm perfil empreendedor? **Rev. bras. enferm.** v.62 n.5 Brasília, Sept./Oct. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500007. Acesso em :25 out. de 2022.

RUSSO, R. F. M. **Tendência empreendedora do gerente de projeto: importância para o sucesso dos projetos.** 2007. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139tde-17102007-214841/. Acesso em :09 out. de 2022.

SILVA, Ì. S; XAVIER, P. B; ALMEIDA, J. L. S. **Empreendedorismo empresarial na Enfermagem: desa-**

fios, potencialidades e perspectivas. Rev. Research, Society and Development, Campina Grande-PB, v. 9, n. 8, ed.9, 2020.

SILVA, F. M. L;. **Empreendedorismo na Enfermagem: Um novo olhar sobre a profissão.** Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE – RN. Mossoró-RN, 2018.

VILLARINHO, P. R. L. **Características E Habilidades Dos Enfermeiros Empreendedores Adquiridas Por Meio Do Aprendizado Na Formação E Na Prática Profissional.** Universidade Federal Do Rio De Janeiro. Rio de Janeiro (RJ), 2016.

13

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO INCENTIVO DO ALEITAMENTO MATERNO

NURSING CARE IN ENCOURAGING BREASTFEEDING

Loudiane Duarte Lindoso

Thâmara Silva Ribeiro Ramos

Resumo

Infância é o período em que se desenvolve representa uma fase vulnerável da vida, já que o determinante biológico de mortalidade infantil está ligado à condição externa, sendo uma dela a alimentação. A alimentação e nutrição adequada nessa fase é essencial para manter a saúde, o crescimento e o desenvolvimento infantil. Entre os tipos de alimentação, o aleitamento materno (AM) é considerado pela Organização Mundial de Saúde como uma das cinco Ações Básicas de Saúde no combate à desnutrição e melhoria das condições de vida da população infantil. O vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Objetivo: o presente estudo buscou através do projeto de intervenção o incentivo ao Aleitamento Materno e à promoção da alimentação Complementar Saudável às crianças de zero a dois de idade. Esta pesquisa teve como objetivo demonstrar a relevância das ações desenvolvidas pelo enfermeiro em sua atuação nas equipes da ESF (Estratégia de Saúde da Família) no exercício do aleitamento materno e na promoção da saúde dessa puérpera. Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica, com o uso de artigos científicos e manuais do Ministério da Saúde. Conclui-se que o enfermeiro atuante na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é fundamental na orientação no preparo da mama para amamentação e na educação e sensibilização de mulheres a importância do aleitamento exclusivo até seis meses.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Assistência de enfermagem. Amamentação.

Abstract

Childhood is the period in which it develops and represents a vulnerable phase of life, since the biological determinant of infant mortality is linked to external conditions, one of which is food. Proper food and nutrition at this stage is essential to maintain health, growth and child development. Among the types of food, breastfeeding (BF) is considered by the World Health Organization as one of the five Basic Health Actions in combating malnutrition and improving the living conditions of the child population. Bonding, affection, protection and nutrition for the child is the most sensitive, economical and effective intervention to reduce child morbidity and mortality. Objective: the present study sought, through the intervention project, to encourage Breastfeeding and the promotion of Healthy Complementary Food for children from zero to two years of age. This research aimed to demonstrate the relevance of the actions developed by nurses in their work in the FHS teams (Family Health Strategy) in the exercise of breastfeeding and in the promotion of the health of this puerperal woman. This was a literature review study, using scientific articles and manuals from the Ministry of Health. It is concluded that the nurse working in the Family Health Strategy (ESF) is fundamental in guiding the preparation of the breast for breastfeeding and in educating and raising women’s awareness of the importance of exclusive breastfeeding for up to six months

Keywords: Breastfeeding. Nursing assistance. Breast-feeding.

1. INTRODUÇÃO

Lembre-se que uma formatação correta é essencial para o encaminhamento do seu trabalho ao Conselho Editorial para avaliação. Atualmente, tem-se enfatizado a importância do aleitamento materno e suas implicações para o desenvolvimento global da criança. Sabe-se que o leite humano é capaz de prover todas as necessidades alimentares da criança durante seis primeiros meses de vida. Ademais, a prevenção e o desenvolvimento do sistema imune de um bebê que é amamentado são indiscutivelmente visíveis.

Este trabalho se fez relevante pois o enfermeiro tem o papel essencial na conscientização dessas mães sobre a importância do leite materno. Receber informações erradas pode levar as mães ao afastamento do aleitamento materno. É necessário que os profissionais de saúde estejam preparados, buscando ter mais conhecimento e aumento das suas competências, para passar as orientações adequadas e corretas para as gestantes e lactantes, de modo a serem estimuladores da prática da amamentação, evitando o desmame precoce.

A interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses se dá devido a diversos fatores que impossibilitam essa prática. Como a introdução de outros tipos de alimentos sólidos ou líquidos, a influência cultural e negativa da família em afirmar que o leite materno é insuficiente, a falta de conhecimento e incentivo dos profissionais de saúde no pré-natal, parto e puerpério acabam repercutindo no desmame precoce. Diante disso, surgiu a seguinte questão norteadora do estudo: qual a importância da atuação de enfermagem no incentivo ao aleitamento materno?

Para responder ao questionamento acima, o objetivo geral foi destacar a importância do aleitamento materno e seus benefícios. Já os objetivos específicos foram: demonstrar os benefícios e as vantagens do aleitamento materno, identificar como amamentação e suas representações sociais são percebidas pelas nutrizes e, por fim, ressaltar a importância do profissional enfermeiro no incentivo do aleitamento materno.

2. ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é um processo que faz parte da vida da mulher que vivência a maternidade. Essa experiência gera um reconhecimento que causa um reflexo na mulher no sentido de entender que o objetivo de seu desejo é atender as necessidades do filho, privilegiando o seu bem-estar, em detrimento do próprio, afirma (BENEDETT; FERRAZ; SILVA, 2018).

O aleitamento materno exclusivo (AME) é a única alimentação que o bebê deve receber ao nascer, pois é muito mais que um simples alimento, é um líquido extremamente rico em nutrientes e muito complexo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam que, a amamentação deve iniciar ainda na sala de parto na primeira hora de vida, ser mantida na forma de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, ele é próprio para o bebê, sendo de fácil digestão, pois preparado especialmente para o organismo da criança, além de ser o único alimento a ser ofertado ao bebê, deixando de lado qualquer outro tipo de alimento, até mesmo agua, pois, o leite humano é considerado ideal para o lactente pelas suas propriedades nutritivas e protetoras contra infecções gastrintestinais, respiratórias, urinarias e alérgicas (ANDRADE, 2018).

A criança que recebe o leite materno diminui muito os índices de morbidade e mor-

talidade infantil, além dos nutrientes, contêm fatores antibacterianos, tendo grande importância para a saúde do bebê e da mãe, além de conter hormônios, enzimas e fatores especiais de crescimento (SILVA et al., 2013).

O leite materno é distribuído em três tipos: colostro, leite de transição e leite maduro. O primeiro é secretado logo quando se inicia as mamadas, se caracteriza por ser rico em eletrólitos, é altamente concentrado, cheio de proteínas e nutrientes, IgA e apresenta baixo teor de gordura e lactose. O leite de transição é a segunda etapa da produção, apresenta composição intermediária entre o colostro e o leite maduro, o período da produção ocorre entre sete a quatorze dias após o parto. As mamas produzem o leite maduro a partir da segunda quinzena após o parto, contendo todos os nutrientes necessários para o recém-nascido (RN) afirmam (MARTINS; SANTANA, 2013).

O Aleitamento Materno (AM) corresponde a uma das etapas mais importantes no processo reprodutivo da mulher e sua prática oferece benefícios tanto para a mãe como para o recém-nascido, pois melhora a sobrevivência, a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças. Apesar de muitas pessoas não acreditarem, os efeitos benéficos da amamentação se estendem a todo ciclo vital, reduzindo o risco e a gravidade de ocorrência de problemas que se manifestam tardiamente, como o grupo complexo de doenças crônicas não transmissíveis, entre outras comorbidades próprias da vida adulta e da senescência. (SILVA et al., 2018).

Além de tudo Moimaz et al. (2017), afirmam que os bebês que recebem o (AME) durante os seis meses de vida, tem melhor absorção interna, pois auxilia na formação das defesas imunológicas, propicia desenvolvimento psicológico mais adequado, diminui o risco de hospitalização na infância para uma série de doenças próprias dessa fase da vida, e quando amamentados direto no peito, o bebê é estimulado para o correto desenvolvimento esquelético e muscular.

A amamentação promove inúmeros benefícios tanto para o bebê quanto a mãe, fornecendo ao recém-nascido um alimento nutritivo composto por vitaminas, proteínas, sais minerais, água e gordura, sendo fundamental para seu desenvolvimento. Diante disso leite materno é composto por agentes imunológicos, enzimas, hormônios e fatores de crescimento que ajudam a criança fortemente (MESQUITA et al., 2016).

O leite sugado pela criança durante a mamada é produzido através de alguns estímulos: sucção, visão, cheiro, choro da criança, e fatores de ordem emocional. Porém existem algumas causas que podem interferir negativamente o processo da amamentação, sendo eles como o estresse, a ansiedade, a dor, o desconforto, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança (OLIVEIRA et al., 2016).

Quanto a saúde das puérperas Martins e Santana (2013), relatam que esse processo fisiológico traz inúmeras vantagens biopsicossocial, pois a produção do leite é estimulada após a saída da placenta, fazendo extenuar os níveis de estrógeno/progesterona e expandindo os de prolactina, incitando a produção do leite pelas glândulas mamárias, o ato de amamentar relatado por algumas mulheres, colabora na diminuição do mau humor e estresse após as mamadas, efeito causado imediato pelo hormônio ocitocina que é liberada em gigantesca quantidade na corrente sanguínea durante a amamentação.

Contudo, o ato de amamentar é bem mais do que simplesmente o bebê receber o leite de sua mãe. É também fonte de troca de calor, amor e conforto tão importantes para o desenvolvimento psíquico e emocional da criança. Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. As crianças que recebem leite materno, possuem melhor desenvolvimento e apresentam relativo aumento da inteligência em relação as crianças não amamentadas

no peito, além de prevenir alterações ortodônticas, de fala e diminuição na incidência de cáries. Tais dados fazem com que a promoção do AM seja a estratégia em primeiro lugar entre as medidas que a OMS preconiza para a redução da mortalidade infantil, seguida pelas imunizações, promoção da alimentação complementar saudável, saneamento básico e suplementação de vitamina A e zinco (NUNES, 2015).

De acordo com Oliveira (2011) os bebês que recebem aleitamento natural podem evacuar em todas as mamadas ou ficarem até mesmo ficar alguns dias sem evacuar, porém, isto não provocará nenhum problema, pois normalmente suas fezes são moles, não tendo constipação intestinal na maioria das vezes. Por mais que o leite artificial seja desenvolvido em laboratório, e possua os mesmos nutrientes necessários, nunca será igual o leite materno.

O leite artificial costuma gerar muita constipação intestinal e gases no bebê. Além de que o leite materno já vem pronto e limpo, é a forma mais barata, na temperatura correta para o bebê, não contendo risco de contaminação, como ocorre com as mamadeiras, que acumulam sujeiras e dão trabalho para serem preparadas, além da necessidade de serem compradas.

Segundo Caputo et al. (2015) a introdução e oferta de líquidos e alimentos antes dos seis meses, seja considerada pelas mães uma tentativa resolutiva de problemas como cólicas, gases ou sede. Segundo relatos das lactentes, a introdução de líquidos e alimentos, podem estar relacionadas não apenas pelo conhecimento intelectual, mas por crenças e culturas presentes na realidade em que a mulher está inserida. Isto sugere que o conceito de AME ainda não é bem compreendido entre as lactantes, entretanto, o conhecimento nem sempre é garantia da prática correta do aleitamento.

Para Nunes (2015) apesar de todas as vantagens mencionadas para as lactantes, a prática do AM traz também importantes benefícios para a saúde da mulher que amamenta como: menor incidência de diabetes mellitus tipo II entre mulheres sem história de diabetes mellitus gestacional, menor incidência de síndrome metabólica em mulheres com ou sem diabetes mellitus gestacional prévio; proteção contra o aparecimento do câncer de mama inclusive com efeito protetor maior em determinados subtipos dessa neoplasia, e menor risco de cânceres de ovário e de endométrio, provavelmente pelo aumento do número de ciclos anovulatórios.

3. ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NO INCENTIVO DO ALEITAMENTO MATERNO

Para Oliveira et al. (2017), as condutas relacionadas à amamentação geralmente estão ligadas a importante influência que as pessoas mais experientes exercem nessa prática, em especial os familiares e a rede social da nutriz. Destaca-se que para o efetivo estabelecimento e manutenção dessa prática acontecer, a mulher precisa de apoio e de ser compreendida na particularidade de sua realidade sociocultural. Não oponente o estímulo à amamentação e a sua comprovada importância, e o desmame precoce é uma realidade ainda predominante.

Segundo Lima, Nascimento e Martins (2018), em seu estudo, dizem relatam que é atribuição do profissional de saúde promover, apoiar e proteger a prática do aleitamento materno no Brasil, bem como incentivar as nutrizes e a família para que não ocorra o desmame precoce. Nessa perspectiva, a UNICEF desenvolveu os chamados "dez passos para o sucesso do aleitamento materno" que devem ser seguidos pelos profissionais de saúde

dentro de um serviço de saúde.

Segundo Oliveira (2017), o profissional de saúde em especial o enfermeiro, deve carregar em sua bagagem além do conhecimento e habilidades relacionadas a aspectos técnicos da lactação, precisa encontrar-se preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos-científicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não haverá suscetibilidade se ele não estiver atento, abrangente, levando em consideração os aspectos físicos, emocionais, a cultura familiar, a rede de apoio à mulher, entre outros fatores, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher deve ensinar e aconselhar a mãe em relação a amamentação.

Portanto o olhar necessariamente deve distinguir a mulher como atriz principal do seu processo na amamentação, valorizando-a, escutando-a e motivando-a. Nesse sentido, destaca-se a importância de que a equipe de saúde conheça o cotidiano materno e o contexto sociocultural em que a mãe e a criança estão inseridas e aos quais elas pertencem, suas dúvidas, medos e expectativas, bem como, mitos e crenças referentes ao AM, para que possam apresentar práticas consolidadas pelo "senso comum" que influenciam de forma negativa na lactação, afirmam (OLIVEIRA, et al., 2017).

O aconselhamento, a informação e comunicação constituem-se estratégias do enfermeiro no manejo clínico da amamentação, além disso, o desempenho desse profissional é de grande importância para o apoio e promoção do aleitamento materno, permitindo que efetivar-se intervenções nas complicações, confusos e medo das nutrizes, assim dificultando o desmame precoce, quando as mães têm suporte de profissionais comprometidos com o AME após a alta. Algumas vezes é possível reverter a situação de aleitamento não exclusivo para o exclusivo no restabelecimento do AME, a política de acompanhamento do binômio mãe-filho com retorno até o décimo dia após a alta, pode fortalecer a estratégia de reversão para o AME, quando houver indicação inadequada do complemento (OLIVEIRA et al., 2017).

Compreende que tais elementos refletem um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que a amamentação depende das condições de vida e trabalho, do momento vivido pela mulher, de suas experiências anteriores, da trajetória cultural e, também, da compreensão que a sociedade tem a respeito da amamentação. Contribuir com a mulher para estabelecer e manter essa prática é, portanto, uma labuta bastante complexa, afirmam (FIALHO et al., 2014).

No momento que o bebê encontra dificuldades para mamar ou não estiver sugando ou a sucção é ineficaz e a mãe deseja amamentá-lo, embora ela encontre várias dificuldades, ela deve ser orientada a estimular a sua mama regularmente (pelo menos 5 vezes ao dia) por meio de ordenha ou por bomba de sucção. Isso garantirá a produção de leite, que também poderá ser ofertada ao bebê como pequeno copo ou até uma colher (FLORINDO; SILVA; VALLE, 2018).

Ainda de acordo com Florindo, Silva e Valle (2018), os bebês que não conseguem manter a pega da aréola começam a mamar, porém, após alguns segundos, largam à mama e choram. Com frequência o bebê apresenta esse comportamento porque está mal posicionada, suas narinas estão obstruídas, não está sendo apoiado com firmeza, ou o fluxo de leite é muito forte, por isso a orientação de um profissional da saúde é tão importante nesse processo, pois há inúmeras dúvidas e desafios encontrados pelas mães nessa fase de amamentar.

Ainda segundo Fialho et al. (2014), outro dado importante em relação aos desafios de que a promoção do aleitamento materno pelos profissionais de saúde não seja uma

tarefa fácil, natural ou intuitiva. Trata-se de uma experiência complexa que envolve uma rede de fatores biológicos, psicológicos e sociais e, também, é medida pela própria experiência da mulher.

As práticas dos profissionais de saúde precisam ser revistas, uma vez que os programas e políticas públicas, assim como as normativas das instituições hospitalares preveem essa prática, a dedicação e o apoio da equipe de saúde são fundamentais para o sucesso da amamentação e na prevenção dos traumas e mastites, que ocorrem nos primeiros dias de puerpério. É importante que o enfermeiro conheça estas dificuldades e intervenha, de modo que a lactação seja bem-sucedida, uma vez que as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no processo de aleitar podem ser preditivas de desmame (ROCCI; FERNANDES, 2013).

Indicativos apontam que dentre os determinantes associados à adesão, a amamentação destaca-se, assim como as estratégias educativas realizadas durante o acompanhamento pré-natal, o apoio dos profissionais de saúde e o fortalecimento da rede de apoio na promoção ao aleitamento materno, especialmente entre as mães de baixa renda, relatam (FERREIRA et al., 2016).

O acolhimento deve ser estendido ao núcleo familiar, isso porque, percebe-se que a maioria dos homens aceitam a prática da amamentação com satisfação, enquanto outros rejeitam, com comportamentos que interferem de forma negativa, como, ciúmes, ansiedade, rejeição e dificuldade de relação sexual com a parceira, e estas atitudes podem interferir na duração da amamentação, visto que a mulher passa a se sentir sozinha e sem apoio do companheiro, (FIALHO et al., 2014).

Segundo Santos, Santos e Siqueira (2017), a educação em saúde se baseia em como o profissional deve atender de forma acolhedora e humanizada, fornecendo orientações sobre todo o processo de aleitamento, a posição correta para uma pega ao seio e sobre a suficiência do leite humano e os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável.

Orientar e apoiar as mães durante essa fase é essencial para o aleitamento materno bem-sucedido, para isso a equipe de enfermagem deve instruir quanto os cuidados indispensáveis nesse processo antes da alta hospitalar sobre: Posição básica do recém-nascido para permitir sua ligação correta à mama, frequência mínima esperada de mamadas (8 vezes/período de 24 horas), sinais de fome e de adequação da ingestão de leite no bebê, problemas comuns da mama durante o aleitamento materno inicial e estratégias básicas de tratamento, fontes apropriadas de encaminhamento, quando indicado (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2010).

A Enfermagem trabalha em conjunto com a sociedade na prestação da devida assistência e na educação continuada, concedendo treinamentos no pré-natal, sendo o papel principal dos que atuam no Programa de Saúde da Família, com intenção de prevenir agravos e doenças (CARVALHO et al., 2011).

O enfermeiro da equipe de saúde tem um importante papel frente à amamentação, pois são eles quem mais se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, lidando com as demandas do aleitamento, e são por meio de suas práticas que elas podem incentivar a amamentação e apoiar as gestantes, melhorando assim, os índices de aleitamento materno e, consequentemente, diminuindo os índices de desnutrição infantil, alergias, anemias, doenças dentárias e infecções que podem elevar à mortalidade infantil, além de diminuir as internações, custos com consultas, medicamentos e outros (OLIVEIRA, 2012).

Portanto é necessária a implantação de uma educação continuada e permanente

como elemento-chave na capacitação em amamentação, possibilitando maiores oportunidades de divulgar e promover o aleitamento materno, incentivando as mães a amamentarem seus filhos (BATISTA, 2013).

Diversas são as ações desencadeadas pelo enfermeiro na promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce. O profissional deve atender de forma acolhedora e humanizada, fornecendo orientações sobre todo o processo de aleitamento, a posição correta para uma pega ao seio e sobre a suficiência do leite humano (SANTOS; SANTOS; SIQUEIRA, 2017).

As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno fazem parte das estratégias para a redução da mortalidade infantil assumidas pelo governo brasileiro. Cabe aos profissionais de saúde, principalmente ao enfermeiro, desencorajar o uso de bicos, mamadeiras e outros leites, com o propósito de melhorar a qualidade de vida das crianças (MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA, 2015).

Uma das estratégias usadas pelo enfermeiro se inicia durante o pré-natal, onde são realizadas consultas de enfermagem e se descobre as necessidades e dificuldades da gestante no seio familiar, conhecendo suas crenças e mitos, devido a influência familiar que contém inúmeros fatores sociais, psicológicos, econômicos, religiosos, conjugais, culturais e de escolaridade.

A orientação dada pela equipe de enfermagem obtém grande influência na tomada de decisão de amamentar ou não, trata-se de um cuidado que vai além do técnico, porque o primeiro passo para realizar o aleitamento exclusivo é a vontade da gestante em amamentar, que se adquire através de orientações corretas sobres os benefícios, os mitos e as dificuldades do processo de amamentar (MESQUITA et al., 2016).

4. PRINCIPAIS FATORES QUE MOTIVAM O DESMAME PRECOCE

O Brasil é o país que possui uma das mais avançadas legislações de proteção ao aleitamento materno no mundo, garantindo diversos direitos à mulher e propiciando condições favoráveis à amamentação. E apesar dessas recomendações e das medidas adotadas, o desmame precoce, o qual se refere à interrupção do aleitamento materno ao peito antes de o lactente ter completado seis meses, independentemente do motivo, ainda é uma realidade frequente no país, (ANDRADE, 2018).

Apesar da amamentação parecer um processo simples e natural, ela ainda carrega grandes dúvidas e obstáculos, pois a grande maioria das mães de "primeira viagem" não são orientadas devidamente durante o processo de gestação e no período pós-parto (NASCIMENTO et al., 2019).

Em seu estudo, relatam que como podemos ver, o desmame precoce ainda é uma problemática bastante comum em nosso meio. É definido como o abandono, total ou parcial, do aleitamento materno antes de o bebê completar seis meses de vida. São várias as causas que levam ao desmame precoce. Os motivos podem estar associados à cultura, estilo de vida e influência da sociedade, isso requer uma atenção especial quanto essa prática, o leite humano é uma substância viva ativamente protetora e imunomoduladora, o que requer uma atenção especial quanto as orientações sobre a mesma (MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA ,2015).

Segundo Silva, Soares e Macedo (2017), o ato de amamentar é herdado culturalmente e influenciado pela família e pelo meio social em que as pessoas vivem, os estímulos culturais, costumes, crenças e tabus. A mulher se sente compelida a aceitar a intervenção

de familiares e amigos, e toma decisões de prosseguir ou não com a amamentação, baseadas nas constantes interações que faz com seu meio relacional em especial se contarem com o apoio da mãe ou do marido no processo. A calma e a confiança da mãe em sua capacidade de amamentar o filho são muito importantes no sucesso e na manutenção da lactação.

Segundo Oliveira (2018), quando a diminuição da oferta de leite materno e a introdução de alimentos ou líquidos se associam antes dos seis meses de vida do bebê, além de afetar diretamente no seu desenvolvimento, haverá precocemente uma redução no tempo do aleitamento, há também uma interferência na absorção de nutrientes importantes presentes no leite materno para o crescimento do bebê, como ferro e zinco.

Lopes (2016), afirma que a amamentação por livre e espontânea demanda, traz numerosos benéficos para a saúde da mãe, uma vez que o ato pode favorecer , no fato de auxiliar na retração uterina, prevenir hemorragias pós-parto, é um contraceptivo, reduz câncer de mama e ovário, promove perda ponderal, é econômico e eficaz, uma vez que essas mães precisem apenas de orientações e incentivo para essa simples prática que enquanto traz inúmeros benefícios para ambos, fortalece a relação de amor e cuidado.

Dentre os benefícios da amamentação são inegáveis para o crescimento e desenvolvimento das crianças do ponto de vista biopsicossocial e para a saúde da mulher, família e sociedade, sendo um ato essencial para o ser humano. O desmame precoce constitui-se em problema frequente no Brasil e no mundo. Estudos evidenciam elevada prevalência de desmame precoce em países com diferenças econômicas e culturais em relação ao Brasil, e destacam dificuldades em incentivar e apoiar o prolongamento da amamentação. Entretanto, fatores socioeconômicos e culturais podem influenciar o desmame precoce, favorecendo o abandono da amamentação por sua não valorização, (SANTOS et al., 2018).

No cotidiano é frequente observar que a interrupção do aleitamento materno exclusivo se dá devido a diversos fatores que impossibilitam essa prática. A influência cultural e negativa da família em afirmar que o leite é insuficiente e a falta de conhecimento e incentivo dos profissionais de saúde no pré-natal, parto e puerpério acabam repercutindo no desmame precoce. Outros fatores que podem influenciar a lactante na maneira de como nutrir seu filho, a exemplo, do nível de escolaridade, quanto menor escolarização, menor será o tempo de amamentação, além da situação financeira e emocional da família e da oferta em grande demanda de fórmulas infantis, afirmam (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

A necessidade fisiológica pelo aleitamento materno pode perdurar até os três primeiros anos da criança. As vantagens são múltiplas e bastante reconhecidas, sob um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor forma de alimentar bebês até os seis meses de vida. Não há um consenso no que se refere ao tempo máximo de lactação. Todavia, preconiza-se que o aleitamento natural deve ser exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos de idade ou mais (CARNEIRO et al., 2014).

As mulheres necessitam de seis meses após o parto e até dois anos, contando com a complementação, o que tem sido realizado com grande frequência no Brasil por meio das campanhas em favor do aleitamento materno. O aleitamento indubitavelmente, causa enormes benefícios para a saúde da mãe e da criança e surgirá espontaneamente para contribuir a consolidação da relação mãe-filho (OLIVEIRA et al., 2017).

No entanto, a alimentação da criança desde o nascer e nos primeiros anos de vida tem repercussões por toda a vida do indivíduo. A adaptação nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças após o sexto mês de vida é essencial para a prevenção da anemia, deficiência de vitamina A, sobrepeso e baixo peso. Com base no contexto atual,

abordar a alimentação com a adaptação para as crianças pequenas deve ser um elemento essencial da estratégia global para garantir a segurança alimentar e nutricional de uma determinada população (OLIVEIRA et al., 2017).

O leite fraco é um fator cultural, um mito, pois a grande maioria das mulheres tem leite suficiente para sustentar a criança. Esta percepção errônea pode estar vinculada ao desconhecimento das mães quanto aos valores do seu leite, sobre como o leite materno é produzido e ao fato de relacionarem o choro do bebê à carência de alimento, o que nem sempre é verdadeiro (ROCCI; FERNANDES, 2013).

Sensação que muitas mães têm de que seu leite é insuficiente e fraco é resultado do não esvaziamento correto das mamas como consequência da pega errada, pois o bebê não mama o leite posterior, que é rico em gordura, responsável por dar saciedade, encurtando assim o intervalo entre as mamadas. A produção de leite depende predominantemente da sucção do bebê que estimula os níveis do hormônio prolactina, responsável pela produção do leite, já o hormônio ocitocina, responsável pela ejeção do leite é influenciado pelo emocional da mãe (BRASIL, 2015).

Uma das queixas mais comuns para justificar a complementação precoce é a alegação de "pouco leite", esta crença, muitas vezes, deve-se ao fato de a mãe se sentir insegura quanto a sua capacidade de produzir leite no volume adequado para a criança (MARQUEZ; COTTA; PRIORE, 2011).

O Ministério da Saúde através do Protocolo de 2015, descreve alguns problemas relacionados à amamentação, que podem ser prevenidos pelo profissional de saúde, que devem agir de forma que tais fatores não causem a sua interrupção, entre eles: dor nos mamilos/ mamilos machucados (causados por lesões nos mamilos, mamilos curtos, planos ou invertidos e diversos outros fatores); candidose, candidíase ou monilíase infecção fúngica na mama causada pela *candida* sp., causando coceira, ardência e dor em agulhadas nas mamas (BRASIL, 2015).

No momento que o bebê encontra dificuldades para mamar ou não estiver sugando ou a sucção é ineficaz e a mãe deseja amamentá-lo, embora ela encontre várias dificuldades, ela deve ser orientada a estimular a sua mama regularmente (pelo menos 5 vezes ao dia) por meio de ordenha ou por bomba de sucção. Isso garantirá a produção de leite, que também poderá ser ofertada ao bebê como pequeno copo ou até uma colher. Os bebês que não conseguem pegar aréola adequadamente podem não estar bem-posicionados, não abrirem a boca suficientemente ou ter recebido bicos artificiais ou chupetas. Por isso é tão importante que essas mulheres sejam orientadas ainda na fase de gestação. Além disso, o bebê pode não abocanhar adequadamente a mama porque elas estão muito tensas, ingurgitadas, ou os mamilos estão invertidos ou muito planos. O manejo consiste em corrigir o problema detectado (FLORINDO; SILVA; VALLE, 2018).

Segundo Oliveira et al., (2017), em seu estudo relatam que dentre os motivos que existem, alguns fatores que definem a amamentação como questão fisiológica, o modo da utilização de meios de comunicação, contribui como um conjunto de ações que acontecem, como orientações às mães e práticas seguidas nos serviços de Saúde. A volta ao trabalho ou ao estudo como o fator mais alegado pelas mães para o desmame precoce. Uma das causas prováveis para esta alegação pode ter sido a falta de orientação sobre a possibilidade de não interromper a amamentação pelo imperativo do trabalho.

Segundo Pivetta et al. (2018), os fatores associados à interrupção precoce do AM e do AME são apresentados enquanto derivados do meio, ou relacionados à mãe, caracterizados como maternos. A diversidade de fatores agravantes ao desmame precoce impossibilita estabelecer relações de causalidade, além do mais, normalmente esses fatores

estão presentes concomitantemente.

O que se pode perceber é que o trabalho, o uso de chupetas e a idade materna são os mais descritos nos estudos como agravantes ao desmame antes dos seis meses de vida da criança. A orientação sobre o uso de chupetas mostrou-se consideravelmente falha, fato que pode comprometer a continuidade do aleitamento exclusivo, uma vez que diversos estudos comprovam a associação estatisticamente significativa entre uso de chupetas e o desmame precoce (ROCCI; FERNANDES, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu concluir que à amamentação, enquanto praticada social, são atribuídos diversos papéis no campo da promoção da saúde materno infantil. A literatura aponta que o aleitamento materno-natural, de graça e prático-, dá suporte imunológico, nutre satisfatoriamente, previne doenças infecciosas e eventos alérgicos, ajuda no desenvolvimento da arcada dentaria e estreita a relação afetiva no binômio mãe-bebê.

Considerado como uma das estratégias fundamentais para a garantia de um estado nutricional e de condições de desenvolvimento de excelência para a criança, o aleitamento materno tem sido alvo do incremento de políticas públicas, de natureza educativa e informativa. Seu objetivo e incentivar a amamentação exclusiva até os primeiros seis meses de vida do bebê, a fim de que seja garantido todos os benefícios que o leite materno, comprovadamente, fornece ao bebê e à própria nutriz.

A assistência de enfermagem no aleitamento materno busca orientar as lactentes acerca do aleitamento materno e da promoção a saúde materno-infantil, objetivando a redução da morbimortalidade infantil e o desmame precoce. A possibilidade de garantir informações contínuas, claras e objetivas e de uma assistência de enfermagem mais humanizada junto à comunidade exige uma atuação junto as gestantes e mães, contribuindo para o sucesso do aleitamento materno.

Referências

ANDRADE, Liciane Ferreira De Oliveira. Aleitamento materno exclusivo e fatores de interrupção precoce. **São Francisco Do Conde: Universidade Da Integração Internacional Da Lusofonia Afro-Brasileira**, 2018.

BENEDETT, Alcimara; FERAZ, Lucimare; SILVA, Isilia Aparecida. A prática da amamentação: Uma busca por conforto. **Revista Online de Pesquisa,** Rio de Janeiro, jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Cadernos de Atenção Básica).

CAPUTO NETO, M. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança**: Aleitamento Materno. Secretaria de Estado da Saúde. Banco de Leite Humano de Londrina. IBFAN Brasil. Sociedade Paranaense de Pediatria. Paraná, 2015.

CARVALHO, Janaina Karen Martins de; CARVALHO, Clecilene Gomes; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo - A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno**. E-Scientia**, Belo Horizonte, Vol. 4, N.º 2, p. 11-20. (2011). Editora UniBH. Disponível em: www.unibh.br/revistas/escientia/

CLOHERTY, John P; ELCHENWALD, Eric C; STARK, Ann R. **Manual de neonatologia**. 6 ed. Rio de Janeiro,2010.

FARIAS, Suelen Ehms de; WISNIEWSKI, Danielle. Aleitamento Materno X Desmame Precoce. **Revista Uningá Review**, Guarapuava, Paraná, v. 22, n. 1, p. 14-19, abr/jun 2015.

FERREIRA, Hellen Lívia Oliveira Catunda et al. Fatores Associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 683-690, 2016.

FIALHO, Flávia Andrade et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 1, p. 670-678, 2014.

FLORINDO, Ana Karla Faria; SILVA, Cinthya Rios da; VALLE, Norma Sueli Braga. O papel do enfermeiro no desmame precoce. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 27-13, 2018.

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.

LOPES, Lívia Maia. Desmame precoce. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

MARTINS, Maria Zilda; SANTANA, Licia Santos. Benefícios da amamentação para saúde materna. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 3, p. 87-97, 2013.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Rev. Ciênc. Saúde coletiva. Universidade Federal de Viçosa. Mai 2011, vol. 16, n. 5. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.1590/S1413- 81232011000500015> Acesso em: 10 abr. 2021.

MESQUITA, Ariele Londres. et al. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 5, n. 2, p. 152-170, jul/dez 2016.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Expectativa e prática materna do aleitamento exclusivo e a saúde bucal do bebê. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 2, p. 30-41, 2017.

MONTESCHIO, Caroline Aparecida Coutinho; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz;

MUNIZ, Marden Daniel. Benefícios do aleitamento materno para a puérpera e o neonato: A atuação da equipe de saúde de família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2010.

NASCIMENTO, Ana Maria Resende et al. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família no incentivo ao aleitamento materno durante o período pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 21, p. e667-e667, 2019.

NUNES, Leandro Meirelles. Importância do aleitamento materno na atualidade. **Boletim científico de pediatria. Porto Alegre. Vol. 4, n. 3 (dez. 2015), p. 55-58**, 2015.

OLIVEIRA, Nayane Alves de. **Aleitamento materno: fatores relacionados ao desmame precoce.** 2018.

OLIVEIRA, Karla Gracielle Ribeiro Lins de. et al. Dificuldades apresentadas pelas puérperas no processo de amamentação. **Revista Enfermagem Atual**, v. 79, n. 17, p. 59-63, 2016.

OLIVEIRA, Kátia Andréia de. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê: benefícios, dificuldades e intervenções na Atenção Primária à Saúde. 2011.

PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas,** Salvador, v. 17, n. 1, p. 95-101, jan./abr. 2018.

ROCCI, Eliana; Fernandes, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22, 2013.

SANTOS, Priscila Veras et al. Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018.

SILVA, Cristiane Miranda e. et al. Práticas educativas segundo os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" em um Banco de Leite Humano. Ciência & Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG; 2013. v.22, n.5 p.1661-1671.

SILVA, Joseane Dorneles et al. Benefícios provenientes do aleitamento materno exclusivo. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, v. 16, n. 2, 2018.

SILVA, Dayane Pereira da; SOARES, Pablo; MACEDO, Marcos Vinicius. Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce. **Unimontes Científica**, v. 19, n. 2, p. 146-157, 2017.

14

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO HUMANIZADO

NURSING CARE IN HUMANIZED LABOR

Letícia Araújo Rodrigues

Resumo

Assistência no trabalho de parto humanizado compreende todo o cuidado prestado a puérpera e ao recém-nascido, preparando a parturiente para o momento do nascimento do seu bebê. Esta monografia tem como objetivo esclarecer através de uma revisão de literatura a total importância da assistência de Enfermagem no trabalho de parto. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de caráter exploratório, descritivo e retrospectivo, realizada no período entre janeiro de 2022 a maio de 2022. As fontes de dados para realização do presente estudo deram-se a partir de artigos científicos da área da saúde, publicados em português. Foi utilizado um total de 26 artigos científicos relacionados à Assistência da enfermagem no trabalho de parto humanizado. Constatou-se que é de extrema importância o acolhimento e apoio a paciente em todo o trabalho de parto, o monitoramento dos sinais e sintomas da evolução do parto, a orientação e oferecimento dos métodos não farmacológicos de alívio da dor. Destacaram-se também a figura do profissional de enfermagem como indispensável para o alcance de um parto fundamentado na humanização, com intuito de resgatar a autonomia da mulher. Para maior completude dos achados, também foram investigadas as fases do trabalho de partos e principais eventos de cada uma. Esta pesquisa demonstra se conhecer e aprofundar-se na importância de uma boa assistência as puérperas e aos recém-nascidos. Melhorias vêm sendo realizadas na assistência de enfermagem durante o processo de nascimento, mas ainda há um longo caminho para ser percorrido para que esses avanços cheguem ao objetivo final de uma assistência inteiramente humanizada.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Trabalho de parto. Humanização. Recém-nascido. Cuidados.

Abstract

Assistance in humanized labor comprises all the care provided to the puerperal woman and the newborn, preparing the parturient for the moment of the birth of her baby. This monograph aims to clarify, through a literature review, the total importance of nursing care during labor. This is an exploratory, descriptive and retrospective bibliographic review research, carried out from January 2022 to May 2022. The data sources for the present study were based on scientific articles in the health area. , published in Portuguese. A total of 26 scientific articles related to nursing care in humanized labor were used. It was found that it is extremely important to welcome and support the patient throughout labor, monitoring the signs and symptoms of the evolution of childbirth, providing guidance and offering non-pharmacological methods of pain relief. The figure of the nursing professional was also highlighted as indispensable for achieving a delivery based on humanization, with the aim of rescuing women's autonomy. For greater completeness of the findings, the stages of labor and the main events of each one were also investigated. This research demonstrates knowing and deepening the importance of good care for puerperal women and newborns. Improvements have been made in nursing care during the birth process, but there is still a long way to go for these advances to reach the ultimate goal of fully humanized care.

Keywords: Nursing assistance. Labor. Humanization. Newborn. Care.

1. INTRODUÇÃO

O cuidar é necessário durante todo processo do trabalho de parto humanizado, e a assistência de enfermagem evidencia as medidas positivas que esse processo pode obter em vínculo ao paciente onde se encontra enquadrado, identificando assim seus pontos fortes, respeitando os direitos e a individualidade da parturiente para que se sinta segura em um momento intenso de transformações em suas vidas, que é o nascimento de um filho, promovendo reflexões e futuras mudanças nos cuidados prestados pela enfermagem e toda a equipe de saúde.

O profissional de enfermagem durante o atendimento tem grande influência sobre a paciente no trabalho de parto humanizado, ele demonstra a importância e necessidade de se instituir um trabalho direcionando ao cuidado que resulte em um atendimento humanizado e seguro para a mãe e o bebê. Ressalta- se a importância da preparação desses profissionais para atuar nesta prática de modo que a enfermagem presta uma assistência humanizada e atendendo as necessidades das parturientes bem como sua família, a qual se insere no processo de parturição

Da assistência a gestão, profissionais de enfermagem assumem papel decisivo no cuidado e promoção da saúde. Onde os profissionais devem assumir uma posição de igualdade, confiança e também, respeitando seus valores culturais, crenças e expectativas, procurando a individualização do cuidado mantendo a sua saúde emocional e física, prevenindo complicações e respondendo às emergências. Diante disso, surgiu a seguinte questão norteadora do estudo: Quais os cuidados do enfermeiro a paciente em trabalho de parto humanizado?

Para responder ao questionamento acima, o objetivo geral foi analisar como a equipe de enfermagem está atuando frente à assistência prestada a paciente em trabalho de parto humanizado. Já os objetivos específicos foram: descrever os cuidados de enfermagem, indicar as fases do trabalho de parto e principais eventos de cada uma e, por fim, compreender o papel do enfermeiro no cuidado do trabalho de parto humanizado.

O método de pesquisa foi uma revisão de literatura, qualitativa e descritiva, de levantamento nas bases de dados eletrônicos Scientific Eletronic Librany Online (Scielo) e Centro Latino-Americano e do Caribe informações em ciências da saúde (Bireme), no site (BVS). Utilizando os descritores: assistência de enfermagem, Trabalho de parto e Humanização. Foram encontradas publicações sendo selecionadas conforme os critérios de inclusão propostos por esse estudo: data de publicações (2012 a 2022) e idioma (artigos publicados em português).

2. A ENFERMAGEM NO TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO

De acordo com Velho, Oliveira e Santos (2010) a mulher tem dificuldades em participar da decisão do tipo de parto. Se sente insegura e acaba se submetendo muitas vezes por não se sentir capacitada para escolher e fazer valer seus desejos, desta forma, o profissional que na assistência a parturiente, busca relação de parceria, que compartilha, dialoga, que respeita a dor, fortalece a mulher para enfrentar a dor fisiológica.

Segundo Silva, Costa e Pereira (2011) as práticas assistenciais ajudam a superar a compreensão de que o parto é uma experiência relacionada ao medo e a dor, tendo o enfermeiro obstetra o papel fundamental nesse contexto.

Para Sescato, Souza e Wall (2017) um grande objetivo da assistência à mulher durante o trabalho de parto está no auxílio ao controle das emoções tornando necessário algumas orientações durante o trabalho de parto por parte da equipe, mesmo que no pré-Natal esses cuidados já tenham sido passados.

Na opinião de Almeida et al. (2015) é necessário conhecer a visão dos profissionais de saúde, tratando da assistência ao parto e nascimento para que no processo de parturição o cuidado que se oferece hoje, possa ser repensado. Para que assim essas mulheres não recebam orientações erradas no Pré-Natal e dessa forma saberão o que fazer pois terão acesso às informações, para que possam manter-se tranquilas durante as contrações.

A utilização de cuidados não - farmacológicos são grandes alternativas a serem prestadas através da equipe de enfermagem e que podem ser empregadas para o alívio da dor no processo do trabalho de parto, retirando os anestésicos. Tendo o objetivo de tornar o parto o mais natural possível, sendo assim a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na realização desses cuidados (SESCATO; SOUZA; WALL, 2017).

Segundo Mamede e Dotto (2017) o incentivo à caminhar junto a mudanças de posição da mulher durante o trabalho de parto proporciona uma série de benefícios obtidos no assistir à mulher e ao bebê. As evidências permitem concordar que a liberdade de posição da parturiente em todo o processo do trabalho de parto são formas de cuidado provavelmente benéficas à parturiente e que devem ser incentivadas.

O cuidado acontece em um período marcante na vida da mulher, de celebração da vida, na qual, a maior parte das vezes, a doença não existe, não tendo o que se diagnosticar ou tratar, dessa forma é considerado que o processo de cuidar ganha mais importância, por não existir doença, e por essa razão não se deve confundir a atitude de cuidar com o ato de curar (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Conforme Sescato, Souza e Wall (2017) a dor não está relacionada somente com o processo fisiológico, muitos fatores influenciam em sua compreensão como medo, fadiga, frio, fome stress mental, desamparo social e afetivo, entre outros, onde existem métodos que promovem o relaxamento através da descontração dos músculos do organismo. Assim, a tensão, a angústia e o medo são controlados através do relaxamento, diminuindo a dor.

O uso de aparelhos como o apoio na barra, bola de conforto, a ventilação do ar-condicionado, o exercício da caminhada, o relaxamento do banho e o alívio do desconforto pela massagem são valorizados pelas parturientes. Estudos apontam êxito no uso de recursos para o alívio da dor e a promoção do bem-estar durante o processo de parto. O banho de imersão configura-se uma opção viável que conforta a parturiente, facilitando no andamento do trabalho de parto (FRELLO; CARRARO, 2010).

Para Oliveira e Guedes (2011) a enfermagem é uma profissão indispensável no acompanhamento da paciente, pois recebe a mulher desde e sala de parto; divide com ela as angústias quanto ao medo do parto, proporciona amparo e conforto no decorrer de todo processo. A equipe de enfermagem possui, posição privilegiada para auxiliar a mulher nessa passagem, utilizando estratégias transformadoras do ambiente em que atua e levando em conta os direitos da mulher à maternidade prazerosa e segura.

De acordo com Frello e Carraro (2010) a mulher que experimenta o trabalho de parto e parto é cercada por inúmeras emoções. Podem começar ainda na gestação, um turbilhão de sentimentos e emoções percebidos pela mulher e sua família. A incerteza de como irá se desenvolver o seu trabalho de parto, junto a relatos de mulheres que tiveram experiências negativas, pode gerar insegurança e temores que não costumam ser abor-

dados no pré-natal.

Desse modo, o profissional enfermeiro desempenha atribuições fundamentais no cuidado à mulher e ao bebê, dentro das atribuições da assistência obstétrica e neonatal, considerando indispensável a atuação destes, no processo de pré-natal, parto, nascimento. Portanto, o estudo disponibiliza informações plausíveis acerca dos avanços da enfermagem obstétrica e neonatal no Brasil, corroborando com o rompimento de paradigmas referente a atuação do profissional enfermeiro nestas especialidades (SILVA, 2015).

A gestação deve ser um momento especial para a mulher, pois está gerando um ser humano. O fato de que a gestante deve se cuidar nessa fase favorece seu filho, pois muitas das alterações físicas e emocionais da mãe são transmitidas para o feto, via placenta. Assim sendo, o bem-estar materno influencia o fetal. Para que isso ocorra em harmonia, sugere-se que as gestantes possam participar de programas de intervenção com esse propósito de melhoria da saúde da gestante e seu filho (SILVA, 2015).

O momento do parto também pode ser traumatizante ou não, tanto para a mãe quanto para o bebê. Sendo assim, ajudar a gestante a se preparar, realizando todos os cuidados durante o pré-natal, pode evitar intercorrências na hora do parto. Uma estrutura física diferenciada e que chama a atenção dos usuários tem que ser organizada, limpa, harmoniosa, adaptada para tais procedimentos e que o usuário entre e se sinta acolhido no local onde está (NILSEN, 2019).

A orientação é crucial durante o processo de parturição devido também à falta de orientação insuficiente que a mulher recebe no pré-natal, pois é no pré-natal que e fornecido as informações que a parturiente deve receber durante o trabalho de parto e parto. Então a falta de conhecimento originada pela ausência de informação e orientação provoca medo do desconhecido, temor, exacerbando a sensação dolorosa tão presente nessas mulheres no momento de dar à luz (DIAS, 2011).

Conforme Oliveira et al, 2011, as parturientes vivenciam curiosidade e expectativa durante toda a gestação. No período que percebem que o nascimento está perto de acontecer, a ansiedade aumenta, porém, esse não é o único sentimento experiência do por elas durante esse momento: a insegurança e o medo da morte se somam ao sentimento de proteção e temor da perda, característicos da maternidade, tornando a vivência do nascimento do bebê conturbada, ao invés de alegria, a mulher vive momentos de medo e tensão, receosa por sua vida. A mulher não se submete ao parto, ela se adapta.

O relaxamento reduz a intensidade da dor, ajudando a enfrentar situações de fadiga e tensão na vida cotidiana, nas primeiras semanas pós-parto. Os exercícios visam à redução da ansiedade em relação às modificações do esquema corporal. A técnica de reflexão de sentimentos tem o objetivo de encorajar a livre expressão das vivências relativas à situação de ter um filho, expressando seus medos e incertezas (SILVA, 2015).

Acredita-se que as vivências de trabalho de parto e parto de mulheres que tiveram a oportunidade de ter alguém de sua escolha durante esses momentos são diferentes das que vivenciaram essas experiências sozinhas. O respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante é classificado como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada. A viabilização desse direito da mulher reduz a necessidade de analgesia, a incidência de cesáreas e a depressão do recém-nascido no quinto minuto de vida. (ODINNO, 2015).

No processo de cuidar do ser humano devemos considerar os quatro princípios fundamentais para nortear nossas ações: respeito pela pessoa, beneficência, não maleficência e justiça. É preciso não causar danos e reduzir procedimentos desnecessários tanto à

mãe quanto ao recém-nascido, procurando o bem-estar, assegurando sua integridade e autonomia em decisões que lhes dizem respeito. (SOUZA; MUNHOZ; MODES, 2010).

O trabalho em equipe é o resultado de planejamentos, ações e interação dos profissionais, que consistem na divisão do trabalho, preservar as diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, exercer autonomia, tomando em consideração a interdependência das diversas áreas profissionais; descentralizar a tomada de decisão na equipe do serviço e construir um projeto assistencial comum. (MOURA, 2017).

O conforto físico representa todas as ações realizadas que, a partir do discurso da mulher, lhe causaram bem-estar físico e alívio da dor. A liberdade de posição e a deambulação da parturiente, em todo o processo de parto, são benéficas e devem ser encorajadas. Além de não necessitarem de aparelhos ou modificações nas maternidades, são meios para o bem-estar que dependem apenas do apoio e orientação dos profissionais (FRELLO, CARRARO, 2010).

3. AS FASES DO TRABALHO DE PARTO E A ASSISTÊNCIA PRESTADA A PARTURIENTE

Existem várias etapas envolvidas no processo de assistência de enfermagem a mulher em trabalho de parto, onde a preparação proporciona a essas mulheres emoções positivas, mas também negativas por conta do medo, emoções fortes ligadas às sensações de alegria que são proporcionadas pelo momento tão esperado que é a maternidade. Essa preparação da gestante para o parto, é muito importante para mãe e para a criança, porque além de evitar grandes problemas clínicos também pode atuar em um nível de tratamento quando necessário (SILVA; 2010).

Embora não aconteça com todas as gestantes, algumas recebem uma espécie de aviso de que esse momento se aproxima, esse processo chamado de trabalho de parto tem início com contrações uterinas fracas e com pouca frequência, a partir da 36ª ou 37ª semana, a mulher já pode esperar as contrações, que são recorrentes durante dias ou semanas com intervalos de 10 a 30 minutos entre cada contração. As contrações tornam-se mais frequentes e dolorosas quando o intervalo entre elas se aproxima de 2 a 3 minutos entre cada contração (NASCIMENTO et al., 2017).

A mulher entra em trabalho de parto quando suas contrações deixam de ser aleatórias para se tornarem regulares. Esse processo é dividido em 4 períodos que compreende em dilatação, expulsivo, dequitação e Greenberg. O primeiro período que compreende o período de dilatação divide-se em duas fases. Na fase latente a fase inicial do trabalho de parto e mais lenta deste período, e culmina com a dilatação do colo até os 3 cm (RAMOS et al., 2018).

De acordo com Silva et al. (2017) durante a primeira fase da dilatação (fase latente), é muito importante orientar a parturiente a ficar em posição vertical (de pé, sentada ou caminhando) ou em decúbito lateral. É essencial durante esta fase a realização da assistência de enfermagem individualizada, realização de orientações e técnicas de respiração e relaxamento tem início com as contrações uterinas regulares e estende-se até o início da fase ativa contrações.

Uma contração em que a mulher consegue continuar conversando, considera-se como uma contração de fase latente, porque a grande maioria das mulheres, quando entra na fase ativa, não conseguem. Durante esta fase é necessário realizar a avaliar dinâmica uterina registrando sua frequência, duração e intensidade, monitorar o batimento cardíaco

fetal antes, durante e após as contrações para identificar a presença de desacelerações intrapélvicas e registrar no prontuário (NASCIMENTO et al., 2017).

A gestação deve ser um momento especial para a mulher, pois está gerando um ser humano. O fato de que a gestante deve se cuidar nessa fase favorece seu filho, pois muitas das alterações físicas e emocionais da mãe são transmitidas para o feto, via placenta. Assim sendo, o bem-estar materno influencia o fetal. Para que isso ocorra em harmonia, sugere-se que as gestantes possam participar de programas de intervenção com esse propósito de melhoria da saúde da gestante e seu filho (SILVA, 2015).

O momento do parto também pode ser traumatizante ou não, tanto para a mãe quanto para o bebê. Sendo assim, ajudar a gestante a se preparar, realizando todos os cuidados durante o pré-natal, pode evitar intercorrências na hora do parto. Uma estrutura física diferenciada e que chama a atenção dos usuários tem que ser organizada, limpa, harmoniosa, adaptada para tais procedimentos e que o usuário entre e se sinta acolhido no local onde está (FASTER; OLIVEIRA; BRANDÃO, 2017).

A orientação é crucial durante o processo de parturição devido também à falta de orientação insuficiente que a mulher recebe no pré-natal, pois é no pré-natal que e fornecido as informações que a parturiente deve receber durante o trabalho de parto e parto. Então a falta de conhecimento originada pela ausência de informação e orientação provoca medo do desconhecido, temor, exacerbando a sensação dolorosa tão presente nessas mulheres no momento de dar à luz (SOUZA; FERREIRA; BARBOSA,2015).

As parturientes vivenciam curiosidade e expectativa durante toda a gestação. No período que percebem que o nascimento está perto de acontecer, a ansiedade aumenta, porém, esse não é o único sentimento experiência do por elas durante esse momento: a insegurança e o medo da morte se somam ao sentimento de proteção e temor da perda, característicos da maternidade, tornando a vivência do nascimento do bebê conturbada, na qual ao invés de alegria, a mulher vive momentos de medo e tensão, receosa por sua vida. (OLIVEIRA et al., 2011).

A mulher não se submete ao parto, ela se adapta. O relaxamento reduz a intensidade da dor, ajudando a enfrentar situações de fadiga e tensão na vida cotidiana, nas primeiras semanas pós-parto. Os exercícios visam à redução da ansiedade em relação às modificações do esquema corporal. A técnica de reflexão de sentimentos tem o objetivo de encorajar a livre expressão das vivências relativas à situação de ter um filho, expressando seus medos e incertezas (SILVA, 2015).

Dentre as etapas do acolhimento, se tem acesso a primeira etapa a ser vencida, garantindo que tenha bom acesso, recepção e acolhimento. Se comprometer em dar respostas ao seu sofrimento da parturiente de maneira humanizada proporcionando assistência adequada e fazer uso de práticas que estejam de acordo com a necessidade do usuário, identificando a demanda dos clientes para reorganizá-los dentro de suas necessidades de serviços de saúde (FASTER; OLIVEIRA; BRANDÃO 2017).

Orienta que todos os outros cuidados após o nascimento devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho. O contato precoce mãe-filho na sala de parto contribui para a formação do apego, pois no pós-parto imediato. Além do mais, apresenta habilidades sensoriais e motoras capazes de estimular canais de comunicação com os pais que são importantes no estabelecimento do vínculo. Isso significa que o normal necessita estar em contato com a mãe logo após nascer, para que este vínculo venha ser estabelecido (SOUZA; MUNHOZ; MODES,2010).

O parto representa a etapa final da concepção onde o ser gerado iniciará uma vida

independente do organismo materno. Promover o conforto e a satisfação da mulher neste momento está entre as tarefas mais importantes das provedoras de cuidado que devem valorizar o parto fisiológico e o uso adequado de tecnologias, priorizando assistência (OSÓRIO; JUNIOR; NICOLAU, 2011).

A orientação mais referida pelas puérperas com relação ao cuidado materno refere-se aos cuidados com a mama, o que mostra que nessas orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto período os profissionais de saúde se preocupam mais com a amamentação, não dando a devida atenção a outros cuidados igualmente importantes (FRANQUISQUINI; HIGARASHI; SERAFIM, 2015).

Em relação às orientações recebidas no pós-parto, essas podem ser divididas em dois grupos: as relacionadas à mãe (cuidados com a mama e outros cuidados com a mãe) e as relacionadas ao bebê (cuidados com o bebê e aleitamento materno). Nesse período evidenciamos, uma vez mais, a importância do papel educativo da equipe de enfermagem. (FRANQUISQUINI; HIGARASHI; SERAFIM, 2015).

O trabalho em equipe é o resultado de planejamentos, ações e interação dos profissionais. Uma equipe integrada possui inúmeras características, que consistem na divisão do trabalho, preservar as diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, exercer autonomia, tomando em consideração a interdependência das diversas áreas profissionais; descentralizar a tomada de decisão na equipe do serviço e construir um projeto assistencial comum. (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2012).

O conforto físico representa todas as ações realizadas que, a partir do discurso da mulher, lhe causaram bem-estar físico e alívio da dor. A liberdade de posição e a deambulação da parturiente, em todo o processo de parto, são benéficas e devem ser encorajadas. Além de não necessitarem de aparelhos ou modificações nas maternidades, são meios para o bem-estar que dependem apenas do apoio e orientação dos profissionais (FRELLO; CARRARO 2010).

Segundo Frello e Carraro (2010) A participação do familiar nas etapas durante e após o nascimento do bebê, enquanto a mulher ainda está na mesa do parto, transmite tranquilidade e a segurança de que seu filho está protegido sob os olhos atentos do pai e acompanhante. Transformar o trabalho de parto, o parto e o puerpério imediato em momentos educativos, reduz o medo do desconhecido e valoriza a presença dos pais.

É importante enfatizar que a perspectiva das puérperas possibilitou a compreensão de que vivenciar o processo de parto envolve a mulher, o acompanhante e o enfermeiro. O acompanhante, próximo ou à distância, quando é impedido de estar junto, apesar de não sentir em seu corpo as mudanças, apoia a mulher, sofrendo e solidarizando-se com a sua dor, vivenciando com ela o que de fato é o processo do parto.

O enfermeiro, que a cada parturiente deve despir-se de qualquer preconceito ou fórmula pronta para cuidar, lutando contra a rotina e massificação desse cuidado, para sentir com ela suas emoções, dores e realizações do parto. Estes são grandes desafios do cuidar sensível no processo do parto (FRELLO; CARRARO 2010).

O trabalho de parto e o parto é um momento que deve ser cercado por vários cuidados, são processos fisiológicos que culminam com o nascimento. Mulheres em trabalho de parto devem ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões durante todo o processo. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação empática, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são

prestados.

4. OS PRINCIPAIS CUIDADOS DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO

O papel da enfermagem frente a um acompanhamento humanizado durante o parto exige um profissional sem preconceitos, a prestação de serviço livre de qualquer dano e utilização mínima de intervenções em suas práticas. O respeito, apoio, solidariedade, orientação e incentivo são fatores que demonstram o cuidado e importância da assistência humanizada desse profissional. A assistência prestada pelo enfermeiro será ajustada às condições da mulher e do feto e à evolução do trabalho de parto (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2010).

A fim de que o cuidado à mulher parturiente e puérpera atinja um nível de satisfação, tanto para ela e sua família, como para a equipe de saúde, uma vez que a finalidade da institucionalização do parto é assegurar a vida à mulher e ao concepto, bem como prevenir complicações, é preciso que os papéis e relacionamentos entre a mulher, sua família e a equipe de saúde se originem de propósitos claros (CARRARO et al., 2010).

A confiança permite que o trabalho em equipe seja facilitado, pois, quando a relação está pautada na confiança e segurança previamente estabelecidas entre o profissional e a parturiente, é possível realizar um parto envolto em uma esfera de cuidado e tranquilidade para a parturiente e toda a família, atingindo um nível de satisfação. (PIESZAK et al., 2013).

Considera-se urgente a necessidade de interação entre enfermeiro e gestante, para que o profissional conheça as carências apresentadas por elas no pré-natal e forneça as orientações necessárias para a aquisição de autonomia. Atualmente, para mensurar a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem considerar a maneira como a enfermagem é definida e organizada atualmente, para então tentar desenvolver e implementar instrumentos válidos e confiáveis que objetivam avaliar a satisfação com os cuidados de enfermagem (ORDININO; GUIRARDELLO, 2010).

Durante a fase de recuperação, a puérpera apresenta momentos de dependência dos cuidados de enfermagem oferecidos a ela e ao bebê; tais momentos são decisivos para que o enfermeiro possa direcionar um cuidado que venha a atender às necessidades de ambos. Hoje, em um ambiente cada vez mais competitivo de assistência à saúde, na valorização do atendimento aos clientes, os gerentes estão mais atentos e preocupados em avaliar a satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido (ORDININO; GUIRARDELLO, 2010).

Com relação à escolha do local para realização do parto, Velho et al. (2010) explica que são ações de competência das enfermeiras a apresentação do local de permanência da mulher no pré-parto, parto e puerpério, tanto em relação ao local quanto à posição, e ainda, escolha do método de cuidado e conforto nos momentos que antecedem o nascimento.

É importante ressaltar que o contato físico é um relevante fator de conforto, pois transcende as barreiras entre o profissional e o cliente, estabelecendo uma relação de confiança e trocas, uma relação de apoio emocional. O fato do profissional se sensibilizar com o momento vivenciado pela parturiente, envolvendo-se no processo de parir, cria um ambiente de cuidado e conforto, através de gestos de maior aproximação entre equipe de saúde e cliente, potencializando o poder vital da parturiente, facilitando o trabalho de

parto e parto (CARRARO et al., 2018).

Segundo Almeida, Gama e Bahiana (2015) a importância da capacitação do profissional de enfermagem em relação às competências essenciais para que ele permaneça atualizado com base nas melhores evidências científicas, adotando, assim, uma postura ativa no que diz respeito ao processo educativo. Apesar dos investimentos e incentivos existentes, ainda possuem muitos profissionais que não se qualificaram para a realização desses partos, aprendendo de modo informal com a observação e acompanhamento de outros.

De acordo com Cardoso (2016) é preciso que os profissionais aprendam a olhar o paciente em sua totalidade, atentando para as suas necessidades, oportunizando a mulher e seus familiares a participarem ativamente do processo de parto. É essencial que os profissionais estejam dispostos e sejam provocados para essa transformação, pois a ela estão arraigados muitos valores, posturas e experiências pessoais.

O Enfermeiro deve estar alerta às queixas e outras manifestações que possam indicar algum tipo de intercorrências, informando a gestante sobre a evolução do trabalho de parto e ensinando-lhe as condutas a serem tomadas durante o período de dilatação, tais como as técnicas respiratórias a cada contração e relaxamento nos intervalos. Esse profissional atua também na sala de parto assistindo a mulher no parto normal ou acompanhando a evolução do parto. No momento do nascimento, se a criança é saudável, o enfermeiro poderá recebê-la envolvendo-a em campo aquecido e colocá-la sobre o abdome materno, encorajando a mãe a tocar (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2010).

No que tange os cuidados de enfermagem desenvolvidas estão baseadas no respeito à individualidade e autonomia do sujeito a ser cuidado, no acolhimento, na ambiência e na intersubjetividade na relação cliente-enfermeiro, agregando princípios éticos, estéticos e técnicos do cuidado, dessa forma à assistência prestada pela enfermagem com suas pacientes demandam de dinamismo, para que os saberes da paciente sejam incorporados ao conhecimento científico e sua autonomia seja preservada (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

O enfermeiro reconhece a importância de uma assistência de qualidade, por isso procura sempre está acolhendo a mulher, proporcionando segurança, reconhecendo fatores que geram estresse, como a dor. Dessa forma a enfermagem vem cada vez mais construindo uma história diferenciada, mostrando a sua capacidade e habilidade, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, preservando sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

No cenário de assistência, a saúde e a enfermagem convivem com inúmeros conflitos, os quais podem resultar das diferentes concepções da equipe e dos pacientes em relação a uma situação, do convívio diário, da divergência de ideias, interesses e cultura, das condições de trabalho, entre outras. Todas as categorias profissionais investigadas neste estudo revelam que os conflitos no atendimento à parturiente ocorrem principalmente para a garantia do direito ao acompanhante no momento do parto (CARDOSO et al. 2016).

Cardoso et al. (2016) afirma que o cuidado de enfermagem precisa resgatar a subjetividade e direitos do coletivo para estabelecer relações simétricas, vencer o autoritarismo, a sujeição e a relutância que ainda existe por parte da sociedade em relação à assistência às mulheres. A assistência a parturiente deve prezar pela autonomia da mulher e envolver a família em todo o processo de parto. Nesse sentido, cuidar em enfermagem é acolher, respeitar a individualidade e colocar-se no lugar do outro.

A utilização do aroma terapia pode ser realizada por meio de técnicas como: massagem, escalda pés, diluição em água para banho de imersão e inalação, revela-se tamanha importância da utilização de métodos não farmacológicos, para alívio da dor, ansiedade, estresse, dentre outros sintomas desconfortáveis inerentes ao trabalho de parto, podendo ser aplicada de forma única ou associada a outras terapias como a massagem, considerando a individualidade de cada parturiente (SILVA et al., 2019).

Ao assumir o cuidado, durante as 24 horas do dia, a Enfermagem necessita tomar posição também quanto à sua responsabilidade ética, legal e moral e não apenas técnica e científica. É essa a posição que poderá torná-la mais humanística, válida e requerida pela sociedade, passando, assim, a requalificar seu sentido de valor. Esse fato levaria a que a Enfermagem se constituísse num elo melhor entre a equipe de saúde, composta por profissionais de diversas formações. Em face dessa sua responsabilidade, o enfermeiro precisa criar e garantir a concepção filosófica e política do cuidado (CARRARO et al., 2008).

Segundo Duarte e Mamede (2013) a atenção adequada pode evitar importantes desfechos negativos na mãe e no recém-nascido, como complicações obstétricas, retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição não só da morbidade como da mortalidade materna e infantil. Portanto, a forma mais adequada que a gestante pode utilizar para garantir o bom desenvolvimento de sua gestação é o acompanhamento por meio das consultas no pré-natal.

A confiança permite que o trabalho em equipe seja facilitado, pois, quando a relação está pautada na confiança e segurança previamente estabelecidas entre o profissional e a parturiente, é possível realizar um parto envolto em uma esfera de cuidado e tranquilidade. O enfermeiro detém de autonomia profissional, pois realizam um protocolo de assistência quando a admissão, podendo utilizar métodos isolados ou em conjunto que possam aliviar a dor do parto, sendo eles não invasivos ou não farmacológicos (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

O processo de empoderamento exige, portanto, uma atitude de comunicação, negociação e correlação dos profissionais de saúde com a gestante, além do reconhecimento das potencialidades e do âmbito socioeconômico de cada uma delas. Para isso, o processo requer também a autonomia do enfermeiro, uma vez que esse profissional precisa conhecer as informações para poder viabilizá-las às gestantes. (JARDIM et al., 2017).

Além das práticas assistenciais, os enfermeiros obstétricos têm funções importantes quando se trata da parte administrativa, sendo reconhecidos pela supervisão de pessoal de enfermagem, provendo os recursos necessários para o andamento da unidade para que assim toda assistência prestada seja efetiva.

O Enfermeiro ainda encontra muitas dificuldades na sua atuação, seja pelos limites impostos pelas estruturas físicas encontradas nas maternidades atualmente ou rotinas hospitalares, seja pela cultura centrada nos médicos que ainda prevalece. É importante que a enfermagem não se limite as rotinas impostas, que agregue conhecimento e uma postura reflexiva para agir da melhor forma frente às situações. Dessa maneira, consolida a profissão e gera assim maior emancipação.

O Enfermeiro reconhece a relevância da prestação de uma assistência adequada e de qualidade, por isso procura sempre está acolhendo a mulher, proporcionando segurança, reconhecendo fatores que geram estresse, como a dor, criando um ambiente de cuidado tanto para parturiente como para a família. Entre as inúmeras competências da enfermagem, está a capacidade gerencial. Capacidade subsidiada pelo conhecimento teórico e prático destes profissionais e que permite a estes atuarem ativamente no gerenciamento do cuidado, de equipes, de serviços de saúde e de conflitos (CARDOSO et al., 2016).

De acordo com os estudos apresentados, possibilitou perceber como o enfermeiro é visto pelos profissionais de saúde e pela clientela. O enfermeiro assiste ao trabalho de parto e parto, baseado em um modelo humanístico e holístico de cuidar. A assistência humanizada, segundo os autores deste estudo, consiste na atenção voltada para a mulher e família, considerando a parturiente como protagonista do evento, dando liberdade de escolha, favorecendo um ambiente acolhedor, oportunizando a presença do acompanhante e promovendo suporte físico e emocional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios que a enfermeira traz para um parto humanizado incluem a introdução de boas práticas, como a redução da dor por meio de métodos não farmacológicos, e o fornecimento de segurança, autonomia e participação ativa da parturiente durante todo o trabalho de parto e processo de entrega. Pode-se concluir que o papel do enfermeiro é fundamental para o processo do parto, para o desenvolvimento do feto e para a autonomia da mãe.

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável, a fim de garantir que ela possa exercer a maternidade com confiança, segurança e bem-estar, o qual é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a gestante, seu companheiro e sua família, em especial o profissional enfermeiro, o qual deveria respeitar todos os significados desse momento e acrescentar confiança e segurança.

Os resultados demonstram o profissional de enfermagem, como profissional comprometido e qualificado, que resgata o parto normal como evento fisiológico e proporciona dignidade, segurança e autonomia. Um profissional que reconhece os aspectos sociais e culturais envolvidos no processo de gestar e parir, que não realiza intervenções desnecessárias e garante os direitos de cidadania da mulher e sua família.

Ressalta a importância da assistência primária e terciária, com expansão no acesso e melhoria na qualidade, onde todas essas medidas contribuem imediatamente na redução dos índices de prematuridade, fator este fortemente relacionado à uma assistência de qualidade.

Concluiu-se que, para a enfermagem, é de extremo valor adquirir conhecimentos científicos sobre o funcionamento do organismo e a adaptação do recém-nascido, além dos fatores e problemas mais frequentes encontrados no período de adaptação. Com esses entendimentos científicos, pode-se discernir os cuidados e as medidas necessárias na transição de adaptação do neonato ao meio externo, assegurando uma melhor qualidade de vida para a mãe e para o bebê.

Referências

ALMEIDA Mamede, Oliveira de. **Estresse no processo de parturição. Rev. eletrônica enferm.** 2015 acesso em 2021MAR. Disponível em: http://www.revistas.ufg.br/index. Acesso em: 28 out. 2022.

ALMEIDA, Oliveira Sousa castro. **Revista Eletrônica Acervo; Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto**. 2010 vol. sup.20.

BEZERRA et al. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-Americano Enfermagem**. 2016.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. Humanização no parto: política pública, comportamento organizacional e

ethos profissional. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.5, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/22.pdf . Acesso em: 30 out. 2022.

DOTTO, Dotto, Leila M. G.; MAMEDE, Marli V.; MAMEDE, Fabiana V. **Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde**. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro. v. 12, n. 4, p. 717-725, dec. 2018.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. **Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto**. A pesquisa bibliográfica. Revista eletrônica de Enfermagem. 2010 p 250.

MAMEDE et al. Reflexões de ambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto 2017.

MELO et al**. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal**. Ver. journalofresearch fundamental care online 2014.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Olívia Dias de; ROCHA, Silvana Santiago da. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

NILSEN, Evenise Cilene Guarino. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto. Dissertação Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2019. Disponívelem:http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310955/1/Nilsen_EveniseCileneGu arino_M.pdf. Acesso em: 31 mar. 2022.

ODININO, Guirardello. **Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto**. 2015.

Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVP, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene.** 2011(esp.):32-41

OSÓRIO, Samara Maria Borges; JÚNIOR Lourival Gomes da Silva; NICOLAU Ana Izabel Oliveira. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da Dor do parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2014.

SESCATO, Andréia Cristina; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; WALL, Marilene Loewen. Os cuidados não-farmacológicos para alivio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.4, 2008. Curitiba, 2017.

SILVA et al. **A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto.** Rev. journal of research fundamental care online 2011.

SILVA et al. **Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal.** Cogitareenferm 2015.

Souza Pinto, C. M. de. (2010). **Parto com acompanhante: a experiência dos profissionais.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, EvangueliaKotziasAtherino. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/23.pdf. Acesso em: 31 mar. 2022.

15

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO USO CONTÍNUO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS NA JUVENTUDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE CONTINUOUS USE OF ORAL HORMONAL CONTRACEPTIVES IN YOUTH AND ITS IMPLICATIONS FOR HEALTH: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Karoline Sousa Da Rocha Cerqueira

Angela Gabriela de Araujo Costa Moura

Thaís Gomes Oliveira

Resumo

A adolescência é uma fase muito complexa, em que os jovens passam por situações bem difíceis e uma delas são a questão hormonal, a descoberta de sua sexualidade. Em muitos casos ocorre ainda na adolescência uma gravidez indesejada. O objetivo do artigo é evidenciar a atuação preventiva da farmácia na gravidez na adolescência. A metodologia utilizada é de uma pesquisa com abordagem qualitativa, cuja pesquisa buscará descrever sobre a atuação educativa da assistência de farmácia diante da gravidez na adolescência, com a seguinte questão de pesquisa: Qual a causa da incidência da gravidez na adolescência? E como o farmacêutico atua frente a essa problemática? Os artigos selecionados foram publicados de 2017 a 2022, as bases teóricas foram pesquisadas através de obras, artigos científicos e pesquisas na internet. Nas bases de dados virtuais, SCIELO e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Evidenciou-se que dentre as atribuições da assistência de farmácia compete ainda à atuação como educador, pois a educação para a saúde é importante para o cuidado de farmácia, uma vez que ela pode determinar como os indivíduos e as famílias são capazes de ter comportamentos que conduzam a um ótimo autocuidado.

Palavras-chave: Gravidez; Adolescência; Prevenção; Pílula do dia seguinte.

Abstract

Adolescence is a very complex phase, in which young people go through very difficult situations and one of them is the hormonal issue, the discovery of their sexuality. In many cases, an unwanted pregnancy still occurs in adolescence. The objective of the article is to highlight the preventive action of nursing in teenage pregnancy. The methodology used is a research with a qualitative approach, whose research will seek to describe the educational performance of nursing care in the face of teenage pregnancy, with the following research question: What is the cause of the incidence of teenage pregnancy? And how does the nurse act in the face of this problem? The selected articles were published from 2017 to 2022, the theoretical bases were researched through works, scientific articles and internet research. In the virtual databases, SCIELO and VHL (Virtual Health Library). It was evident that, among the attributions of nursing care, it is still the role of the educator, as health education is important for nursing care, as it can determine how individuals and families are able to have behaviors that lead to a great self care.

Keywords: Pregnancy; Adolescence; Prevention; Next day pill.

1. INTRODUÇÃO

Os anticoncepcionais hormonais orais, principalmente os anticoncepcionais combinados, são os métodos mais utilizados no planeta, proporcionando as mulheres um maior controle de natalidade, redução do fluxo menstrual, da menorragia, redução do risco de câncer no endométrio e no ovário, controle hormonal, no entanto, os riscos associados ao uso desses medicamentos pouco é falado no meio social.

A realização da presente pesquisa é de suma importância para conscientização da população feminina, quanto ao uso de contraceptivos hormonais orais e seus efeitos adversos, assim como trazer clareza sobre o desenvolvimento do método ao longo da história e a busca dos profissionais qualificados no decorrer de cada tratamento.

Como o uso contínuo e contraindicado de contraceptivos hormonais orais podem se tornar prejudiciais à saúde e qual a necessidade de maior conscientização às pacientes para os possíveis riscos nos primeiros anos de vida sexual?

Tendo como objetivo geral: Discutir os benefícios do uso de contraceptivos hormonais orais com o devido acompanhamento profissional e os riscos de possíveis comorbidades futuras causados com uso indiscriminado desses fármacos. E como objetivos específicos: Descrever a relação do uso de contraceptivos hormonais via oral ao longo do tempo e suas particularidades; Compreender como a visão de modernidade em relação ao método contraceptivo oral pode afetar a conscientização dos riscos à saúde e Apontar os benefícios que os anticoncepcionais orais podem oferecer associados com o devido acompanhamento de profissionais de saúde e os principais efeitos adversos que esses fármacos podem ocasionar no organismo da mulher com uso prolongado sem a devida assistência.

Para a realização deste trabalho científico foi feita uma revisão bibliográfica por meio da busca de artigos científicos, que aprofundam o tema do uso de anticoncepcionais hormonais orais, seu desenvolvimento ao longo da história e suas implicações.

Foram utilizados bases de dados ScieLO, Períodicos, Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações, Google acadêmico e sites para afins de obter resultados para a pesquisa científica, os artigos e sites lidos e citados no referencial teórico foram publicados em um período de datas que vão de 2000 a 2019.

2. A CONTRACEPÇÃO HORMONAL E SEU DESENVOLVIMENTO

A contracepção hormonal foi desenvolvida nos Estados Unidos, na década de 1960, como o primeiro método eficaz de evitar a gravidez. O resultado da introdução da pílula anticoncepcional, como é conhecido, foi chamada revolução sexual, como amplos efeitos da dinâmica social, com repercussões até os dias de hoje.

O desenvolvimento da contracepção hormonal foi um dentre os acontecimentos marcantes do século XX. Na década de 1930 já haviam sido isolados e identificados os hormônios sexuais, logo havia constatado que altas doses de esteroides inibiam a ovulação. (HABERLAND, 2009, p.746-749).

Em 1930, foi desenvolvido pela firma G. Richter, de Budapeste, um preparo chamado *Infecundin*, cujo propósito seria impedir a gravidez. Porém em 1932 com a morte do seu formulador, o médico Ludwing Haberlandt (1885-1932) esse preparo nunca foi testado.

A partir de 1950 o biólogo Gregory Pincus (1903-1967) e o ginecologista John Rock

(1890-1984), iniciaram um projeto para o desenvolvimento da anticoncepção hormonal. Essa tentativa foi promovida pela enfermeira e feminista norte-americana Margareth Sanger (1879-1966), sendo patrocinada por Katherine McCormick (1875-1967), bióloga e multimilionária (ARIE et al., 2009, p.76).

Durante as experiências, uma amostra do progestógeno noretinedrol foi contaminada por mestranol, um estrogênio, e sendo a purificação do noretinedrol cara, utilizou-se a amostra contaminada, que se mostrou mais eficaz. Foi assim que se estabeleceu o princípio da pílula combinada (ARIE et al., 2009, p.76).

Em 1957 a droga foi aprovada pela Food and Drug Administration dos EUA para o tratamento de desordens menstruais. A aprovação e o lançamento do *Enovid* já com fins anticonceptivos, ocorreram em 1960, apesar das duras críticas feitas aos métodos utilizados na pesquisa. Em meio a outras polêmicas quanto aos seus riscos e efeitos colaterais, seu uso se disseminou amplamente, ainda nessa mesma década.

A pílula chegou ao Brasil em 1962, num período de grandes conflitos políticos, no qual o país passou por um breve período parlamentarista (setembro de 1961 a janeiro de 1963). (SILVA, 2000, p.351-384) Com o Êxodo, as cidades se povoaram e houve um aumento da população sem a infraestrutura necessária.

Desde a década de 50, a ideia de controle de natalidade vinha ganhando força, pois o rápido crescimento poderia ser um atraso para o desenvolvimento, pois a maior parte dos recursos econômicos serviriam para as jovens gerações, o que levaria a um círculo vicioso do chamado 'Terceiro Mundo' (ALVES; CORREA, 2013, P.129-156,).

Diante disso, não se tratava de informar o público sobre uma nova droga, tratava-se de divulgar uma arma que poderia ser usada contra o tão temido inimigo, o indesejável crescimento desordenado da população (MONTEIRO, 2010). Em uma matéria intitulada "Filhos Ciência Controlada, Consciência Decide", publicada na revista Cláudia em 1964 esclarece:

> No momento em que se produz a ovulação, o organismo feminino começa a segregar um hormônio chamado progesterone, cuja finalidade, é impedir a formação de outro óvulo antes que se complete o ciclo mensal. Por isso, o progesterone é conhecido, em linguagem médica, como 'o contraceptivo natural'. Mas como os efeitos do progesterone revelaram-se fracos, quando a substância fosse ingerida por via oral, os pesquisadores dedicaram-se a produzir quimicamente outras substâncias que impedissem a ovulação. Esse é o ponto de partida de todas as pílulas anticoncepcionais (REVISTA CLAUDIA, p. 89-90, 1964).

Dessa forma, seu enfrentamento transcende o setor saúde, requerendo práticas e saberes intersetoriais e a possibilidade de estabelecimento de linhas de cuidado que incluam aspectos que abrangem desde as relações intersubjetivas e da microgestão do cuidado, até aspectos da macrogestão da saúde, que no momento fogem do âmbito e dos objetivos do presente estudo, mas cuja necessidade fica colocada.

Muitos foram os conflitos gerados durante todo o desenvolvimento dos contraceptivos desde seu primeiro acesso, e isso gerou muitas discussões que diminuíram as causas das dosagens em cada geração de pílulas que eram formuladas. Os CHOs são divididos em quatro gerações, sendo a última, introduzida nos anos 2000, que continha uma nova progesterona chamada drospirenona e apesar das diferentes concentrações dos hormônios, todos os anticoncepcionais orais alteram as vias metabólicas, que estão associados

ao: aumento de peso, evento inicial das doenças cardiovasculares marcadas pelo acúmulo de lipídeos, células inflamatórias, células musculares e tecido conjuntivo, maiores níveis de triglicerídeos, colesterol total HDL-c, índice HDL-C/LDL-c e PCR-us que as não usuárias.

Além das vias metabólicas, os CHOs também podem alterar as vias de insulina influenciando os receptores e causando deterioração do metabolismo dos carboidratos e queda na sensibilidade da insulina. Assim também foram encontradas alterações nas vias de zinco, vias de lipídeos, vias da hemostasia e alterações pressóricas associadas às mudanças no organismo provocadas pelos diferentes tipos de CHOs (RIBEIRO; SHIMO; LOPES, 2018).

Mesmo diante dos vários benefícios que esse método pode oferecer, como regularização do ciclo menstrual e a prevenção de alguns tipos de câncer, o seu uso na presença de algumas condições como hipertensão arterial pode aumentar o risco de acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio. Além da hipertensão, contraindicam o uso de CHOs, diabetes melitus com doença vascular, tabagismo em mulheres com 35 anos ou mais, doenças cardiovasculares, tromboembolismo, enxaqueca com aura, entre outros. Por essa razão é de suma importância que os profissionais da saúde façam uma avaliação detalhada com história clínica e familiar da mulher e aferição da pressão arterial, tais atitudes são tão importantes que em alguns países o acesso ao método é imediatamente condicionado à avaliação prévia. Atualmente as formas de adquirir os contraceptivos no Brasil se dá por meio de consulta médica com profissional de saúde nos serviços públicos ou privados, outra possibilidade é a aquisição do medicamento no balcão da farmácia sem a presença de prescrição médica. Com o uso muitas vezes disseminado e a falta de atenção tanto dos profissionais de saúde quanto dos próprios usuários, podem levar a sérias complicações e algumas podem chegar a estágios irreversíveis ao corpo.

Por essa razão é necessário maior conscientização e esclarecimento às sobre o uso dos CHOs, bem como os possíveis riscos e evidenciar o melhor tratamento para cada caso de acordo com a necessidade de cada paciente.

As mulheres de camadas médias brasileiras aderiram ao consumo da pílula, representando um mercado em crescimento acelerado. Em 1970, 6,8 milhões de cartelas de pílulas anticoncepcionais foram vendidas e, em 1980, este número subiu para 40, 9 milhões (BARBOSA, p.23-24). Muito deste consumo foi certamente de mulheres das camadas médias, já que as das camadas populares poderiam obtê-las, de forma gratuita, através de organismos como a BEMFAM.

Em contrapartida, por exemplo na França, os argumentos que acompanharam a entrada das pílulas anticoncepcionais no mercado não foram os mesmos usados no Brasil. Na França, apesar da referência à superpopulação e ao "baby-boom" do pós-guerra, a ênfase da argumentação foi centrada na afirmação de que o país vinha, há muito tempo, tendo um comportamento de redução do número de filhos, e de que, portanto, os novos métodos não trariam qualquer mudança na perspectiva que já vinha se configurando (BERGUES; ARIES; TEXIER, 1964).

Para as mulheres que viviam em países nos quais a cidadania era respeitada de forma mínima, como na França, o período que se iniciou em 1960 apresentou repercussões e mudanças que provocaram intensas transformações nas relações de gênero. No Brasil, este momento foi vivido como expansão de "campo de prova", como preocupações com a expansão da população pobre, e também com o perigo subversivo dos sinais de pobreza que poderiam vir a se manifestar ainda mais.

Divergências entre a medicina e o catolicismo foram bastante debatidos, pois enquanto a medicina estabelecia concepções até então de que os medicamentos deveriam

ter fins para o tratamento de doenças ou difusões, foram defensores da nova medicação como contraceptivo, com isso respaldavam também argumentos da Teoria Neomalthusiana que era contrário às imposições de políticas de contenção demográfica.

A igreja católica foi contrária ao uso dos contraceptivos artificiais. Autorizava métodos de prevenção tidos como naturais, como a tabelinha e o coito interrompido (SOUZA, 2006, p.72). Entretanto, tais recursos tinham altos índices de falha, pois dependiam do ciclo feminino, que por sua vez poderia oscilar, já com o uso dos contraceptivos poderia ser controlado e as taxas de sucesso consequentemente seria maior.

A repercussão no Brasil entre os fiéis foi tão significativa que praticamente foi esquecida a questão de riscos e vantagens de seu uso, pois as matérias eram destinadas a discutir a polêmica gerada por ela, segundo consta este relato:

> E o vaticano trabalha, agora, num novo documento sobre o assunto. Árduo trabalho que em todos os continentes é dirigido a partir do Vaticano, tantas vezes ameaçado no decorrer da História e que em 1968, além de defrontar-se com seus adversários conhecidos, teve de travar combate com um novo inimigo- talvez o maior do século- e que representa um produto de laboratório: a pílula (OESP, 11/01/69,46).

Com isso, ocorreu o início de uma mudança na sexualidade feminina, visto que o sexo passou a poder ser explorado apenas por prazer e sem receios de uma gravidez indesejada (SOUZA, 2006, p.14). Entretanto, o foco central das pílulas contraceptivas era o controle demográfico e as mudanças na perspectiva da sexualidade feminina foram uma resultante de todos os demais acontecimentos.

3. MODERNIDADE E CONSCIÊNCIA AO LONGO DO TEMPO

As questões relacionadas aos efeitos colaterais e os possíveis danos ao corpo feminino foram estrategicamente abafados pela confiança no avanço da ciência (DIAS, 2015). Um estudo feito em 1975 de Richers e Almeida, demonstraram dados importantes do perfil do mercado das pílulas anticoncepcionais de 1966 até meados de 1970. Balconistas e gerentes de farmácias possuíam grande conhecimento sobre as pílulas e as consideravam o método mais eficaz para o controle da fertilidade. As pílulas eram mais utilizadas por mulheres casadas de classes sociais mais altas, com nível educacional mais elevado e, geralmente, por mulheres que possuíam uma profissão.

As mulheres de classes mais baixas possuíam pouco acesso e conhecimento sobre as pílulas, embora também quisessem promover o controle de fecundidade. A maioria das mulheres apresentavam uma atitude mais liberal, adquiriram informação de seus companheiros e amigas e preferiam comprar diretamente nas farmácias, onde recebiam suas "consultas". Todo esse perfil do mercado apresentado no estudo de RICHERS e ALMEIDA (1975) foi comprovado pelo relato das pioneiras do uso das pílulas anticoncepcionais, na década de 1960 por Silva (2017), em seu estudo Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil.

Para além das artimanhas da conquista da prescrição médica, havia a necessidade de alcançar as consumidoras que não possuíam condições e nem hábitos de frequentar rotineiramente os consultórios dos ginecologistas. Em uma época em que o acesso aos serviços de saúde era de uma parte minoritária, se fez necessário ir além dos consultórios para garantir o mercado para um produto inovador, uma ampla distribuição de amostras

grátis- sem uma legislação específica de regulamentação contribuiu para a rápida difusão das pílulas anticoncepcionais (FIASCHETTI, 2009). As primeiras fontes de informação sobre as pílulas anticoncepcionais, para a grande maioria das mulheres que tomaram esses medicamentos nos anos de 1960, foram as amigas próximas, mulheres mais velhas da família, primas, vizinhas, pessoas que ouviram conversas dos patrões, dos pais e que observaram o comportamento e as atitudes de outras mulheres, o que leva a discussão se esse comportamento permeia até os dias de hoje (SILVA, 2017).

A prescrição da pílula anticoncepcional deve ser ativa dentro dos processos de medicalização do corpo feminino, na medida em que os discursos construídos em torno dos contraceptivos atrelaram a saúde feminina ao controle médico-científico (VIEIRA, 2002). Os médicos como autoridades clínicas tem um papel muito importante em legitimar o uso dos contraceptivos hormonais, reger o uso correto, seguro e eficaz sob a custódia do saber técnico-científico e especializado, da aptidão de controlar seus efeitos colaterais, de gerenciar seus usos (contracepção/ distúrbios ginecológicos) e do poder de indicá-la corretamente (SILVA; CAVALIERE, 2017). As primeiras pílulas anticoncepcionais possuíam altas doses de hormônios em suas formulações, foram atestados relatos de reações adversas como náuseas e vômitos, dores de cabeça e ganho de peso nos primeiros anos de uso. Além disso, havia a justificativa que as pílulas anticoncepcionais apresentavam os mesmos riscos e sintomas de uma gravidez, porém em proporções menores (DIAS, 2018). Isso justificava a percepção de que o benefício de promover a contracepção era maior que os riscos de apresentar algum desses efeitos colaterais e futuramente, efeitos adversos a saúde irreversível.

Tais percepções e implicações de mais de seis décadas que já transitavam na visão de milhares de mulheres, ainda hoje, se tornam uma menção bem atual, visto que atualmente o uso de (CHOs) é um dos mais utilizados pela população feminina e seu acesso não mais prevalece para apenas uma classe social.

A sexualidade na adolescência é de extrema relevância, e os profissionais da saúde devem estar habilitados para respeitar a autonomia de livre escolha e oferecer informações e acompanhamento adequado, lhes assegurando um atendimento de qualidade. Dentre as propostas de diminuir a gravidez precoce, pode-se nos atentar em retardar o início das atividades sexuais através de medidas educativas, mas para aqueles que já estão sexualmente ativos pode-se indicar adoção de medidas de caráter individual, que seria a educação sexual e o uso de contraceptivos (ANDRADE, 2015).

Segundo Silva et al. (2019), a gravidez na adolescência constitui um desafio para as políticas públicas e traz à tona questões relevantes sobre o problema, fornecendo aos adolescentes subsídios para viver sua sexualidade de forma plena e com planejamento de anticoncepção ou concepção, no contexto de promoção da saúde.

Figura 1: Gravidez na adolescência

Fonte: Gurgel et al. (2016)

Gurgel et al. (2019) acrescentam também a importância da disseminação das produções científicas, com a temática em questão, as quais devem ser estudadas sob diversas perspectivas para compreender que muitos problemas relacionados à gravidez na adolescência estão vinculados à percepção e atribuição de valores à sexualidade e a uma visão negativa ou repressora, que cria maior obstáculo para o acesso à informação, à educação e à preparação para o exercício da sexualidade de forma responsável e prazerosa. Parte da questão reside em como a família, a escola, as instituições religiosas e o setor saúde interpretam e intervêm nessa temática.

A iniciação sexual é um acontecimento que tende a advir majoritariamente durante a adolescência, determinando necessidades específicas de educação para a sexualidade e contracepção nessa fase, além de esclarecimentos detalhados sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a necessidade de sexo seguro. É muito importante nesta etapa, avigorar e expandir o autocuidado, a resiliência, e as informações adequadas sobre a saúde e a sexualidade. A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por transformações físicas e psicossociais. Nessa fase, o jovem assume mudanças na imagem corporal, de valores e de estilo de vida, afastando-se dos padrões constituídos por seus pais e criando sua própria identidade (ROEHRS et al., 2010).

O sistema reprodutor feminino conglomera os órgãos que determinam, conduzem e armazenam as células germinativas, que contrapõem pela produção dos gametas. O sistema reprodutor feminino é formado pelas gônadas/ ovários que produzem os ovócitos, as tubas uterinas, que transportam os ovócitos do ovário até o útero e os protege, o útero, aonde o embrião irá se desenvolver caso haja fecundação, a vagina e a vulva (SANTOS, 2019).

O ciclo menstrual é caracterizado pelo processo chamado menstruação, esse processo ocorre quando o endométrio, que se trata da parede interna do útero, perde a consistência e se desordena, levando consigo os vasos sanguíneos (MARINHO, 2015).

De acordo com Santos, et al. (2010) as adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras ao conhecimento de diferentes opções e a seu acesso. A idade isoladamente não contraindica qualquer método contraceptivo. Ao contrário, adolescentes tem maior número de opções contraceptivas em virtude das con-

dições de saúde próprias da idade. As formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, seguido das pílulas combinadas.

Em concordância com Morais, et al. (2012) para prevenção da gravidez, o Ministério da Saúde distribui pílula combinada, anticoncepção de emergência, minipílula, anticoncepcional injetável mensal e trimestral e diafragma, assim como preservativo feminino e masculino. Recentemente, foi anunciada a oferta de DIU de cobre em todas as maternidades brasileiras. Segundo o autor esses métodos nem sempre são eficazes e acabam que evitando a gravidez, mas não evitando uma DST.

Diante do exposto Rossetto et al. (2014) pondera que com a maternidade, há modificação radical no estilo de vida das adolescentes, que acabam sobrecarregadas ao tentar equilibrar estudo, trabalho e a administração de um novo lar. Além disso, não se pode ignorar a discriminação, que ainda hoje existe, tanto por parte da sociedade como da própria família, o que pode determinar sérias consequências de ordem psicológica e social.

Gurgel et al. (2016) dessa maneira, a realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante, pois a possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

4. FATORES DE RISCO DO (CHOS)

Segundo Xavier et al. (2013) as ações de educação realizadas pelo enfermeiro podem de preferência ser feitas em grupo, direcionada para a primeira consulta, e deve-se sempre ser fortificada pela ação educativa individual, levando em conta: 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.

Assim Duarte et al. (2014) asseveram que é de extrema importância a inserção de políticas públicas direcionada para a saúde sexual e reprodutiva do adolescente, bem como a implantação nas escolas sobre educação sexual e capacitação docente na área, que abordem não só os aspectos fisiológicos, mas também, sobre a afetividade, o amor e os relacionamentos. É primordial que também que os sistemas de saúde possam contar com profissionais, principalmente os de enfermagem, que realiza planeja e executa atividades educativas para os adolescentes, no sentido de reduzir o índice de gravidez indesejada, e de doenças sexualmente transmissíveis.

Vieira (2019) pode-se considerar que na atenção básica desenvolve ações educativas realizadas pelos enfermeiros com as ações voltadas para o acolhimento de avaliação de riscos das gestantes realizando-se um pré-natal de qualidade e os cuidados à saúde da gestante oferecendo ações de educação em saúde que estimulam a mulher para o parto normal ampliando os conhecimentos e contribuindo para a ampliação do conhecimento com uma assistência com equidade.

Segundo Moreira et al. (2017), os profissionais de saúde devem procurar estabelecer um relacionamento de confiança com essas adolescentes, a fim de prevenir o desejo de provocar um aborto ou cometer suicídio. A adolescente deve receber apoio psicológico nesse momento, além de orientações sobre métodos contraceptivos, pré-natal e apoio da família, companheiro e sociedade. Além disso, é preciso ouvir e valorizar os sentimentos e preocupações dos jovens para conhecer o mundo adolescente: as pressões e os constrangimentos podem dar pistas das dificuldades que enfrentam na hora de optar e usar

um método anticoncepcional.

Berlofi et al. (20196) identificam em sua pesquisa a importância de reconhecer a vulnerabilidade e a exposição das adolescentes à gravidez e sua repetição.

Reforçam a importância do estabelecimento de políticas públicas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens que englobem a educação, os conceitos, que ofereçam além do método, o acompanhamento médico e de enfermagem, visto a necessidade destes de informações e meios de prevenção de gravidez.

Moreira et al. (2017) sugerem como medidas preventivas e interventivas: a equipe de saúde realizar palestras dirigidas aos adolescentes, utilizando recursos didáticos que os sensibilizem para o uso de métodos contraceptivos; sensibilizar a equipe multiprofissional para o trabalho com adolescentes, incentivando seu maior empenho nos programas de assistência a esse grupo. Para tanto, a Equipe de Saúde da Família (ESF) necessita estar capacitada e desenvolver continuamente ações de promoção da saúde junto a esta população, no que pesam as intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro no cenário da saúde.

Schwartz, Vieira e Geib (2019) recomendam que os profissionais de saúde invistam na formação do vínculo para inserir as adolescentes primigestas em grupos de cuidado social, provedores de cuidados informais, que influenciam o desenvolvimento saudável da gestação. A integração desses cuidados às atividades realizadas pelos serviços de saúde poderá efetivar-se nas unidades básicas de atenção a partir da identificação das famílias ou dos grupos sociais primários, não só como destinatários de ações assistenciais, mas também como coparticipantes no processo de atenção à saúde.

Na prática da palestra educativa, realizada para um grupo de gestantes adolescentes, é importante que haja o envolvimento e a interação entre elas, durante o processo grupal, possibilitaram que elas percebessem a semelhança entre suas vivencias, suscitando uma sensação de tranquilidade no processo relativo à experiência de esperar o filho ser gerado. As práticas educativas na gravidez na adolescência criam um momento acolhedor pela equipe de enfermagem, ideal para desenvolver ações com grupos de gestantes, dando-lhe prioridade na sala de espera ou individualmente. Permite ainda que o profissional enfermeiro proporcione confiança na relação profissional-gestante, tornando essa relação mais harmoniosa, reduzindo a subordinação e favorecendo o protagonismo da gestante (ANVERSA et al., 2012).

Almeida (2012) e Borges (2015), apresenta diversos autores que expõem a importância das ações de atuação educativa da assistência de enfermagem na gravidez para o processo de acompanhamento da gestante, porém, apresentam as dificuldades de trazer esta mulher para estas atividades, sendo estas inseridas, na sua grande maioria, na oportuna consulta de enfermagem, onde além das ações clínicas realizadas, é inserido na consulta as orientações e cuidados referentes ao estado gravídico desta mulher. O que em longo prazo, contribui para a autonomia do cuidado, por meio desta educação em saúde na consulta, o que os estudos dos autores acima supracitados mostram ser considerado essencial para a atenção qualificada ao pré-natal.

Segundo Faria e Zanetta (2008), conhecer a dimensão do problema da gestação na adolescência de acordo com cada região dos pais, possibilita a adoção de estratégias que minimizem as repercussões desfavoráveis deste evento e, sobretudo, direcionem as ações preventivas relacionadas ao grupo mais vulnerável para engravidar.

Estudos nacionais comprovaram que durante a gravidez na adolescência ou após o nascimento de um filho, significativa proporção de adolescentes abandonam os estudos

(XIMENES NETO, 2007; NERY et al., 2011; MEINCKE et al., 2011; SILVA et al., 2013). Em um trabalho sobre as características da trajetória escolar de jovens em três capitais brasileiras, observou-se que a metade das que interromperam os estudos pelo menos uma vez relatou uma gravidez na adolescência. Neste estudo, verificou-se que o abandono escolar na ocasião da gravidez na adolescência foi referido por 40,1% das moças cuja gravidez terminou em nascimento de um filho (ALMEIDA; AQUINO; BARROS, 2006).

Ferreira et al. (2012) encontraram resultados semelhantes em relação ao abandono escolar e ressaltam que quanto menor a renda familiar e anos de escolaridade pior a relação com a adesão ao pré-natal (menor número de consultas início tardio do pré-natal).

No que se refere ao abandono escolar, Ximenes Neto et al. (2007) chamam atenção para o fato de que a presença da adolescente em escola formal diminui a ociosidade e, consequentemente, projeta-a para o planejamento de seu futuro, gerando a necessidade de autor realização e satisfação pessoal se forem dadas oportunidades para a continuidade e crescimento pessoal e estudantil.

Outra consequência da gravidez na adolescência é o sobrepeso econômico na família desta mãe adolescente e também para o pai da criança, visto que ele terá que assumir responsabilidades financeiras da nova família que surgiu a partir da gravidez não planejada e precoce (MEINCKE et al., 2011). Já Soares e Lopes (2011) identificaram como consequência da gravidez na adolescência mudanças na vida pessoal, como por exemplo, perda de liberdade e aumento de responsabilidade.

Ximenes Neto et al. (2007) e Moura e Gomes (2014) também identificaram em sua pesquisa que a gravidez na adolescência levou, quase sempre, à destruição de planos e o adiamento de sonhos, introduzindo a mulher adolescente numa situação de (des)ajustamento social, familiar e escolar, podendo levá-la a um momento de crises, que dependendo do grau de ajuste da personalidade, ela pode sair fortalecida ou caminhar para a depressão, tentativa de aborto ou suicídio.

Segundo Chalem et al. (2007), com a maternidade, há modificação radical no estilo de vida das adolescentes, que acabam sobrecarregadas ao tentar equilibrar estudo, trabalho e a administração de um novo lar. Além disso, não se pode ignorar a discriminação, que ainda hoje existe, tanto por parte da sociedade como da própria família, o que pode determinar sérias consequências de ordem psicológica e social. Spinola e Silva (2009) apontaram em sua pesquisa as complicações no ciclo gravídico, devido a precocidade da gestação, foram comuns, com alta frequência a anemia e a baixa frequência de eclampsia.

Em outro estudo foi possível perceber alta prevalência de adolescentes grávidas com sofrimento psíquico intenso, estando associado à baixa classe social, à não repetência escolar, ao relacionamento ruim com a mãe, à não aceitação da gestação pelo parceiro e à falta de apoio da família frente à gestação. A prevalência de autovalorização negativa foi 15,4%, permanecendo associada ao relacionamento ruim com a mãe e a não possuir uma pessoa confidente (ROSSETTO; SCHERMANN; BÉRIA, 2014).

Observando as consequências de uma gestação na fase da adolescência muitas pesquisas analisadas recomendam a implantação de um atendimento diferenciado para o acolhimento e acompanhamento da adolescente grávida, por uma equipe multidisciplinar, com valorização dos registros nos prontuários e fichas de atendimento do pré-natal (MARTINEZ et al., 2011; MOURA; GOMES, 2014; NERY et al., 2011; SOARES; LOPES, 2011; SPINOLA; SILVA, 2009).

Dessa maneira, a realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, permitin-

do um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante, pois a possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (SOARES; LOPES, 2011; SPINOLA; SILVA, 2009).

Baraldi et al. (2007) chamam atenção em sua pesquisa para as disparidades no acesso aos serviços de saúde, na educação formal e na perpetuação do ciclo de pobreza - gravidez precoce - pobreza. Desta forma, é fundamental a implantação de políticas públicas multidimensionais que atendam à necessidade dessa clientela, desde a preparação escolar. Também é necessária a capacitação dos serviços e profissionais de saúde no sentido de que forneçam adequado acesso às informações, planejamento familiar, saúde sexual e direita reprodutiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, a gravidez na adolescência é um fenômeno de grande importância e relevância social. Foi possível observar na literatura analisada que há um grande questionamento sobre suas causas, seus riscos; suas consequências, vivências e possível problemática. Além disso, vários estudos consideram-na como problema por ser precoce, como um evento indesejado e transgressor, que deixa de lado os pensamentos, sonhos e planos das adolescentes.

Por meio do desenvolvimento deste estudo, pôde-se identificar que a gravidez na adolescência é mais frequente na faixa etária entre 15 e 16 anos, assim como aquelas adolescentes em união estável, que tinham ensino fundamental incompleto, a relação idade e ano escolar não estava adequada e tinham uma renda salarial igual ou maior que um salário-mínimo.

No que se refere às consequências de uma gestação na adolescência, as pesquisas demostraram vários prejuízos, dentre eles: abandono escolar, falto de perspectiva em relação ao futuro, sobrecarga socioeconômica, risca de outras gestações não planejadas, dentre outros eventos. O perfil identificado afirma a importância de programas, alicerçados na literatura, dirigidos aos adolescentes, como dispor de novas formas, que não a maternidade, de saciar as necessidades emocionais e de se desenvolver através de atividades técnicas e/ou práticas pela educação alternativa, programas de treinamento vocacional e elaboração de projeto de vida.

Também são importantes os programas educativos sobre desenvolvimento sexual, treinamento de habilidades interpessoais, de negociação e de comunicação nas escolas, além de desenvolvimento de instrumentos para identificar adolescentes com alto risco para a gravidez precoce. Ainda existe a necessidade de disponibilizar espaços, incluindo a *internet*, para os jovens falarem e colocarem na palavra o que sentem, e não nos seus atos. Finalmente, o envolvimento dos pais, professores e profissionais da saúde (especialmente aqueles ligados ao Programa de Saúde da Família, Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher e serviços de pré e pós-natal) é essência para o sucesso de qualquer ação direcionada aos adolescentes.

Portanto, é sabido que o número de partos na adolescência seria reduzidos e se teria cidadãs adultas cada vez mais felizes, se houvesse aparelhos sociais eficientes e efetivos e políticas públicas destinadas às necessidades das adolescentes e de suas famílias e não as do (s) sistema (s) político (s) e econômico e de seus formuladores. Quando isto ocorrer, haverá adolescentes mais saudáveis, vivendo sua cidadania plena.

Referências

ANDRADE, Gabriela Chaves de. **Atuação da assistência de enfermagem do programa saúde da família na prevenção e controle da gravidez precoce**. 2015. p. 33. Artigo (Pós-graduação em Saúde da Família) – Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2015.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade,** v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BUENDGENS, B.B; ZAMPIERI, M.F.M. **Adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica.** Scielo, Rio de Janeiro, 2012. Vol.16.

DUARTE, S. J. H; ALMEIDA, E. P. O papel da assistência de enfermagem do programa saúde da família sem atendimento pré-natal. **Revista de enfermagem centro oeste mineiro, Minas gerais,** v. 4, n. 1, p. 1029-1035, jan. 2014.

FONSECA, Jocimara Machado. Assistência de enfermagem às adolescentes grávidas. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, Rio de Janeiro, set. de 2019.

FRÓES, Rafaelle. **Maranhão tem redução de 12%nos casos de gravidez em adolescentes. G1 Maranhão**, 2020.

GURGEL, M. G. L. et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 799-05, dez. 2016.

MENEZES, G.M.D. et al. Ações estratégicas da assistência de enfermagem na linha de cuidado à adolescente grávida. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, abr. de 2014.

MORAIS, F. R. R. et al. Conhecimentos e expectativas de adolescentes nuligestas acerca do parto. **Psicol. Estud**., Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 287-95, mai. 2012.

PINHEIRO, FA et al. Atuação da assistência de enfermagem diante da gestação precoce. **Reon Facema.** 2015 Out-Dez; 1(2):143-147.

RIBEIRO W.A. et al. **Práticas educativas da assistência de enfermagem na prevenção da gravidez na adolescência: estratégias e perspectivas**. Editora Uni. De Vassouras, Rio de Janeiro, dez. de 2017.

ROCHA, Monique Carolina de Jesus. **Gravidez na Adolescência: a importância da assistência de enfermagem como educador.** Nescon TCC, Uberaba-MG 07 de dez. de 2013.

RODRIGUES, Renata. **Atuação da assistência de enfermagem do programa saúde da família na prevenção e controle da gravidez precoce**. Monografias Brasil Escola, São Paulo, 2020.

ROEHRS, Hellen et al. **Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental.** Scielo, São Paulo, junho de 2010.

ROSSETTO, M. S.; SCHERMANNA, L. B. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.10, out. 2014.

SANTOS, C. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção.

Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan.-mar. 2010.

XAVIER, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-171, jan. 2013.

16

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

THE IMPORTANCE OF THE NURSE'S PERFORMANCE IN THE SURGICAL CENTER

Mariana Saphyra Soares de Lacerda

Resumo

Apresente pesquisa aborda sobre a atuação do enfermeiro dentro centro cirúrgico. Onde este possui uma atuação importante, por contribuir para a realização dos protocolos de segurança do paciente, contribuindo para minimizar as dificuldades encontradas na adesão do protocolo da equipe de saúde. Dentro do ambiente cirúrgico é fundamental o uso de protocolos institucionais que contribuem para uma boa relação no ambiente laboral. O objetivo geral compreender o controle de infecções do sítio cirúrgico. Como metodologia realizou-se revisão integrativa da literatura com buscas em periódicos, revistas científicas, livros e bancos de dados eletrônicos, como LILACS, SCIELO e Google Acadêmico. O objetivo geral buscou compreender a importância do profissional de enfermagem para o controle de infecções dentro do sítio cirúrgico. Conclui-se, portanto que esta temática é de enorme importância para a discussão acadêmica, já que estes protocolos sai uma necessidade mundial e são criados todos constantemente para assegurar a segurança do paciente dentro das organizações de saúde, tendo como finalidade prevenir danos desnecessários no ambiente cirúrgico.

Palavras-chave: Enfermagem. Centro Cirúrgico. Infecções. Sítio Cirúrgico. Controle.

Abstract

This research addresses the role of nurses in the surgical center. Where this has an important performance, by contributing to the implementation of patient safety protocols, helping to minimize the difficulties encountered in adherence to the protocol by the health team. Within the surgical environment, the use of institutional protocols that contribute to a good relationship in the work environment is essential. The overall objective is to understand the control of surgical site infections. As a methodology, an integrative literature review was carried out with searches in journals, scientific journals, books and electronic databases, such as LILACS, SCIELO and Google Scholar. The general objective sought to understand the importance of the nursing professional for the control of infections within the surgical site. It is concluded, therefore, that this theme is of enormous importance for the academic discussion, since these protocols are a worldwide need and are all constantly created to ensure patient safety within health organizations, with the purpose of preventing unnecessary damage to the environment surgical.

Keywords: Nursing. Surgery Center. Infections. Surgical Site. Control.

1. INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico é uma unidade hospitalar onde ocorrem a execução de procedimentos anestésicos-cirúrgicos, terapêuticos e diagnósticos, que ocorrem tanto em caráter eletivo quando emergencial. É um tipo de ambiente onde ocorrem intervenções invasivas com uso de materiais de alta eficácia e precisão. Os profissionais que atuam nesse setor necessitam de habilidades que atendem as mais diversas necessidades dos usuários diante do processo elevado de densidade tecnológica, assim a variedade de situações que conferem à dinâmica de atendimento a saúde.

Logo o centro cirúrgico é visto como um ambiente de alto risco, onde os processos de trabalho constituem práticas complexas interdisciplinares, que necessitam de uma atenção da equipe de saúde e das condições ambientais favoráveis. Um dos profissionais responsáveis por cumprir esse protocolo de atendimento dentro do centro cirúrgico é o enfermeiro. Esse profissional necessita ter habilidades dentro do centro cirúrgico, atenção, comunicação, eficiência e responsabilidade.

No centro cirúrgico, o profissional de enfermagem desempenha um papel proeminente, mas complexo, porque é responsável por fazer a ponte entre os fatores científicos e humanos. Esses fatores estão relacionados ao atendimento ao paciente e às relações interpessoais, ambos normalmente difíceis de alcançar em escritórios abertos, onde dezenas de profissionais de saúde conversam entre si. Neste contexto, a seleção deste tema procura englobar todo o controlo de infecção no bloco operatório, que se define como um conjunto de áreas e instalações que permitem a realização da cirurgia nas melhores condições garantindo o conforto da equipa. Como exemplo, aqui está uma questão que será examinada: Qual a importância da atuação do profissional de enfermagem no centro cirúrgico?

O objetivo geral buscou compreender a importância da atuação do profissional de enfermagem no centro cirúrgico. Já os objetivos específicos buscaram: estudar a infecção hospitalar, definir as medidas preventivas dentro do centro cirúrgico e analisar o trabalho de enfermagem dentro do centro cirúrgico.

A metodologia adotada nesta pesquisa trata-se de revisão de literatura com método de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, onde foram realizadas as buscas nas bases de dados do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED. Foram pesquisados os artigos publicados em língua portuguesa nos últimos dez anos, 2009-2021. Foram utilizadas as palavras-chave: Enfermagem, Centro Cirúrgico, Infecções, Sítio Cirúrgico e Controle.

2. INFECÇÃO HOSPITALAR

A história das infecções hospitalares (IH) está diretamente relacionada ao desenvolvimento da medicina e dos hospitais. Os estudos de Hipócrates sobre a transmissão de doenças foram realizados na Grécia em 450 a.C., e ele já acreditava que o tratamento de feridas estava diretamente relacionado ao processo de higienização das mãos. Por isso, recomendou o uso de água aquecida durante os procedimentos cirúrgicos e a lavagem das feridas com vinho (NASCIMENTO, 2015).

Há relatos históricos que falam das primeiras infecções hospitalares no início da era

medieval, quando foram criadas zonas de exclusão absoluta para doentes, pobres e errantes. Inúmeras transmissões de doenças ocorreram nessa época devido à população mestiça em ambiente fechado, o que deu origem às primeiras infecções hospitalares, pois as doenças eram causadas por microrganismos que se espalhavam de pessoa para pessoa (MIRANDA *et al*., 2016).

Essas infecções foram descritas como ocorrendo sem o auxílio de métodos terapêuticos e se espalhando pelas comunidades por via aérea, água e alimentos. Ao mesmo tempo, começaram os primeiros surtos de cólera e peste bubônica, resultando em inúmeras mortes. Como a cura era buscada em uma concepção religiosa em que o sobrenatural era utilizado como método de tratamento, a medicina não era considerada, nesse período, uma prática hospitalar (SHUBERT *et al*., 2019).

Enquanto isso, no século XIX, a medicina começou a se basear na teoria da geração espontânea. James Young examinou essa teoria e descobriu que, quando os procedimentos cirúrgicos eram realizados nas casas dos pacientes, a taxa de infecção e mortalidade era significativamente menor do que quando esses procedimentos eram realizados em hospitais. Em 1846, o médico Philip Smmelweis apresentou um argumento claro e convincente de que a manutenção da limpeza era essencial para a prevenção de infecções, e também forneceu evidências de que o cheiro das mãos dos médicos quando saíam da sala de obstetrícia para a sala de autópsia era considerado ofensivo (NASCIMENTO, 2015).

No mesmo período, um médico inglês chamado Robert Koch enfatizou em suas pesquisas a importância dos microrganismos como transmissores de doenças. A mesma pessoa demonstrou em seus estudos sobre o carbúnculo que havia um certo tipo de microrganismo responsável pelas doenças agressivas. Desde então, ficou clara a importância da higienização das mãos como medida preventiva no cuidado ao paciente, por ser a principal via de transmissão de microrganismos no interior dos ambientes hospitalares (MACHADO *et al*., 2016).

Muitos pesquisadores contribuíram para o processo de controle e prevenção das infecções hospitalares. Entre eles estavam Florence Nightingale e Willian Farr, que usaram abordagens da epidemiologia de doenças infecciosas e infecções hospitalares bacterianas, ou quando essas infecções são disseminadas pelo ar, água e outras superfícies. Essas ações levaram ao controle do ambiente, limpeza hospitalar, criação de salas de isolamento, redução do número de palestras por sala e redução da quantidade de atendimentos dentro dos hospitais. Essas práticas reduziram significativamente as infecções como resultado delas (GIMENES *et al*.,2017).

Em 1950, o Reino Unido criou a Commission for Control of Hospital Infection. No Brasil, a assistência à saúde do paciente tornou-se uma necessidade apenas no ano de 1983, quando o Ministério da Saúde instituiu a implantação do controle de infecção hospitalar para os hospitais do país. Isso era verdade independentemente do tipo de condição do paciente. O principal problema era a falta de cuidado e preocupação com os pacientes do hospital, mas o assunto ganhou destaque após um trágico acontecimento que levou à morte do então presidente Tancredo Neves por complicações de uma infecção hospitalar (FONSECA, 2008).

O Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 196 em 24 de junho de 1983, que estabeleceu a obrigatoriedade de todos os hospitais do país terem uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Esses comitês eram formados por enfermeiros e médicos infectologistas, além de outros profissionais como técnicos e administradores (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2020).

A infecção hospitalar é uma questão social, legal e econômica que coloca em risco a

saúde do paciente, e não apenas uma preocupação das autoridades de saúde. Conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616, de 12 de maio de 1998, a definição de HI é aquela adquirida imediatamente após a admissão do paciente e que pode se manifestar durante a internação ou imediatamente após e ocorrer em conexão com a internação ou procedimentos relacionados ao hospital (TUNNURE; PINHEIRO, 2019).

Neste contexto, a criação desta Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar visa reduzir a incidência de infecções e gerir os casos que surjam através do escrutínio das condições pré-existentes e do cumprimento de regras institucionais directamente relacionadas com este controlo. Todos os anos, quase três milhões de internações resultam em infecções hospitalares. A prevalência dessa ocorrência no Brasil ainda é desconhecida, embora questões relacionadas à HI sejam cada vez mais prevalentes, principalmente em hospitais públicos, cuja manutenção não segue os padrões estabelecidos pelas comissões de controle (SILVA, 2018).

As infecções hospitalares são consideradas indicadores no processo de avaliação da qualidade da assistência prestada. Porque houve um declínio no uso de medidas preventivas para controlar essas infecções ao longo dos anos entre os profissionais de saúde. É fundamental que os profissionais fiquem atentos aos sintomas dessas infecções, que podem se manifestar como alterações nos prontuários de avaliação clínica do paciente, alterações na pressão arterial e irritação no local de inserção do cateter (MIRANDA *et al*., 2016).

3. AS INFECÇÕES DO SÍTIO CIRÚRGICO

As infecções do sítio cirúrgico (ISC), que estão ligadas aos procedimentos cirúrgicos, estão entre as mais comuns e significativas infecções associadas à assistência à saúde (IRAS). Devido ao número significativo de incidentes e casos em todo o mundo, também tem uma influência significativa. ISCs são complicações pós-operatórias frequentes que estão relacionadas à mortalidade, morbidade, tempo de internação e custo. Resultam da mesma manipulação cirúrgica que acomete tecido subcutâneo, pintas profundas, órgãos e cavidades com incisões. Para o diagnóstico de ISC, a infecção deve ter ocorrido pelo menos 30 dias após o procedimento cirúrgico ou 90 dias em casos de implante de prótese (TEXEIRA; LINCH; CAREGNATO, 2014).

Este tipo de infecção requer o uso de antibioticoterapia, testes diagnósticos adicionais e até mesmo novos procedimentos cirúrgicos, sobrecarregando os recursos médicos pelo aumento do tempo de internação. As ISC são as infecções de maior prevalência entre aquelas associadas aos cuidados de saúde evitáveis, a segunda infecção mais comum no mundo entre pacientes submetidos a cirurgias e representam 14 a 16% das infecções entre pacientes internados em hospitais (BOHOMOL; TARTALI, 2017).

A idade, a hospitalização, a classificação da lesão cirúrgica, a duração da cirurgia, as operações de emergência e a profilaxia pós-operatória afetam a incidência de ISC. A prevenção da infecção do sítio cirúrgico geralmente recebe atenção significativa dos profissionais e autoridades de saúde, bem como do público, devido aos efeitos negativos sobre o paciente e os serviços de saúde (DELFINO; AMORIM, 2018).

Assim, torna-se fundamental a participação do enfermeiro no processo de avaliação da qualidade e produtividade do Centro de Cuidados Cirúrgicos de forma a identificar e ratificar tarefas que não estejam de acordo com as normas e requisitos que se pretendem proteger cada saúde do paciente e do grupo, realizar monitoramento contínuo e comparar seus resultados com os observados em hospitais que utilizam as melhores práticas (BORGES, 2016).

4. O TRABALHO DE ENFERMAGEM DENTRO DO CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico (CC) é considerado uma das unidades mais importantes, complexas e específicas do setor hospitalar, onde são compartilhados vários processos e subprocessos, relacionados diretamente ou respondidos à produção de cirurgias, às vezes estressantes, que podem afetar (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017). Devido aos muitos riscos associados ao CCU, cabe ao enfermeiro e à equipe médica manter vigilância constante, atuar preventivamente e preparar ações que garantam a segurança do paciente em todas as etapas do procedimento anestésico-cirúrgico (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017).

Pode-se argumentar que a prevenção e o controle de IRAS não estão relacionados aos cuidados de enfermagem e que, embora sejam consideradas medidas simples, são eficazes na redução de riscos e danos. Como sujeito que pode desencadear as estratégias de liderança empregadas para a realização das ações planejadas, o papel do enfermeiro-líder destaca-se nessa empreitada, pois o coloca em primeiro plano no processo assistencial (CARVALHO, 2017).

Pensa-se que a recuperação dos pacientes fica comprometida quando o ISC apresenta resultados elevados em procedimentos cirúrgicos limpos, sinalizando um erro técnico nos procedimentos cirúrgicos. É importante lembrar que os envolvidos na assistência ao paciente cirúrgico são responsáveis pelas medidas de prevenção (SENNE *et al*., 2017). Portanto, é fundamental que os profissionais estejam cientes da importância da adoção de medidas preventivas.

Deve ser mantido um registro adequado de todas as atividades realizadas pela equipe para que o enfermeiro possa avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada no CC, sendo necessária a implantação de um procedimento que avalie a efetividade desse registro. Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve encarar o registro de enfermagem como uma forma de comunicação efetiva e escrita que auxilia na coordenação e no planejamento contínuo das atividades de enfermagem (MIRANDA *et al*., 2016).

Vale ressaltar que geralmente são aconselhadas algumas medidas preventivas, como não retirar os pelos ou, caso seja necessária a retirada, usar tricotomizador elétrico, fazer lavagem antisséptica pré-operatória, fazer profilaxia cirúrgica entre 30 e 60 minutos antes ao procedimento, uso de capote pela equipe cirúrgica, uso de proteção ocular apropriada cirurgicamente, como máscaras e gorros, e cobertura dos cabelos durante a cirurgia. Desencoraje fortemente o uso de acessórios pela equipe médica nas mãos e braços (VENDRUSCULO, 2016).

Em relação ao ambiente, estratégias como: manter a porta fechada durante todo o procedimento cirúrgico, exceto a passagem de equipamentos/materiais e profissionais, limitar o número de pessoas ao estritamente necessário nas salas cirúrgicas, manter temperatura e umidade adequadas nas instalações, limpeza do sistema de ar-condicionado, limpeza do terminal na sala cirúrgica e troca (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

Apesar das dificuldades associadas à utilização dos procedimentos, os enfermeiros consideram-nos importantes para o desenvolvimento do seu trabalho e acreditam que a utilização dos seus resultados como instrumentos estratégicos resultará em melhorias na prática assistencial, permitindo a avaliação do desempenho da Enfermagem (BORGES, 2016).

Assim cabe ao enfermeiro do CC implantar, analisar criticamente e acompanhar os procedimentos necessários para qualificar a assistência de Enfermagem, bem como promover a interação entre os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico a fim de reduzir riscos e complicações. O envolvimento de todos os integrantes de uma empresa

no processo de implantação e implementação dos procedimentos de qualidade é o motor para a obtenção de resultados satisfatórios nos processos de trabalho. Mais importante ainda, garante a prestação de cuidados de enfermagem com segurança e de alta qualidade com base em evidências (SOBECC, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na maioria dos casos, uma parcela significativa das infecções hospitalares é inevitável quando se trata de tratamentos médicos. Esse incidente ocorre em decorrência da exposição do usuário dentro do ambiente hospitalar, o que o torna suscetível a processos infecciosos desenvolvidos por microrganismos hospitalares que se encontram no ambiente hospitalar.

Foram observados os desafios enfrentados pelos enfermeiros na prática das medidas preventivas e no controle das infecções que ocorrem dentro do centro cirúrgico, onde o conhecimento teórico e prático ajuda a dar mais estabilidade a esse tipo de trabalho. Ressalta-se que esse profissional tem ligação direta com o manejo e a prevenção de procedimentos que visam à redução de infecções no centro cirúrgico.

Para a sociedade acadêmica o presente trabalho buscou abordar sobre a importância do enfermeiro dentro do centro cirúrgico, buscando assim disseminar conhecimento sobre as infecções que ocorrem antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos. Para a sociedade de modo geral busca informar sobre responsabilidade do profissional de enfermagem em orientar sobre prevenção dessas infecções e sanando essa problemática dentro dos hospitais.

Referências

AMARAL, Juliana Aparecida Baldo; SPIRI, Wilza Carla; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Rev. SOBECC,** v. 22, n. 1, p. 42-51, 2017.

CARVALHO, Rafael Lima Rodrigues de *et al*. Incidência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2017;25:e2848. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae25-e2848.pdf. Acesso em: 10.out.2022.

FONSECA, R. M. P. Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em CentroCirúrgico no Brasil: trinta anos após o SAEP. 2008, 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo,2008.

GIMENES, C. F. *et al*. **Sistema de Gestão da Qualidade Protocolo Clínico Recuperação Pós-Anestésica**. 2017. 54 f. Trabalho de Conslusão de Curso (Graduação) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MACHADO, Eliana Cacia de Melo et al., Avaliação da qualidade do ar de um centro cirúrgico de um hospital do sul do Brazil. **Rev. salud** pública. v. 18, n. 3, p. 447-458, 2016. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v18n3/v18n3a11.pdf> Acesso em: 10 out. 2022.

MIRANDA Amanda Braz *et al*., Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. **Rev. SOBECC**, São Paulo. Jan./Mar. 2016; 21(1): 52-58.

NASCIMENTO, D. C. **Aspectos epidemiológicos das infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas com implantes**. Dissertação (Mestrado em Saúde e em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SENNE, Eva Claudia Venancio de *et al*. **Protocolo/Prevenção de Infecção Cirúrgica:** Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

(HC-UFTM). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – Ministério da Educação. HC-UFTM, Uberaba, 2017.

SHUBERT, Daniel et al. Sepse 2019/2020: o que há de novo no diagnóstico, tratamento e abordagem prática". **PEBMED**, 2019. Disponível em: https://img.pebmed.com.br/wp-content/uploads/2019/09/13101332/revista-pebmedSepse-2019.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

SILVA, Stefhany Graff Souza da. O controle da Sepse na UTI pela Enfermagem: uma revisão integrativa. **UNIPE**, 2018. Disponível em: https://bdtcc.unipe.edu.br/wpcontent/uploads/2019/01/TCC-FINAL-PRONTO-CD-STEFHANY.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

VENDRUSCULO, Tatiane Meda. **Ocorrência de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central no paciente adulto crítico utilizando no sítio de saída o curativo gel de clorixidina ou filme transparente de poliuretano.** 101f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em:http://www.teses.usp.br/teses/di-sponiveis/22/22134/tde-04042017-150920/ptbr.php. Acesso em: 15 out. 2022.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; MACHADO, Flavia Ribeiro; SOUZA, Juliana Lubarino Amorim de. Sepse: Um problema de saúde pública - A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. **COFEN/SP**, 2020. Disponível

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

17

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO CÂNCER DE MAMA

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE IN BREAST CANCER

Jennifan Carla Sanches Moreira

Andrielle Sousa da Silva Mendes

Iaila Bianca Fernandes Lima

Hirllannya Santos Lopes

Karla Danielle Ribeiro Melo

Nathalia Marinho Pereira

Rayanne Assunção Magalhães

Suzane Tamires Silva Menezes

Thácylla Cynara da Rocha Silva

Resumo

A presente pesquisa abordou sobre a importância da assistência da enfermagem no câncer de mama. O câncer de mama é uma doença heterogênea e considerada complexa, esta apresenta múltiplas formas morfológicas e clínicas que possui graus de agressividade com potencial metastático ou tumoral. O tratamento do câncer de mama deve ser planejado logo após o diagnóstico ser confirmado, a decisão terapêutica deve ocorrer logo após os fatores serem analisados. Para o tratamento podem ser feitas cirurgias, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia que necessitem do acompanhamento do profissional de enfermagem como agente norteador para o tratamento. A assistência da enfermagem no tratamento do câncer de mama compreende como esse tipo de câncer afeta a sociedade e quais são os cuidados necessários para dar assistencialismo a paciente. O objetivo geral buscou compreender a importância do enfermeiro no tratamento do câncer de mama. A metodologia adotada nesta pesquisa foi uma revisão de literatura com método de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva. Conclui-se, portanto que a presente pesquisa buscou compreender a importância da assistência em enfermagem no câncer de mama, sendo esse um profissional que atua em diversos níveis de atenção à saúde. No tratamento do câncer de mama a paciente fica vulnerável ao tratamento, necessitando de cuidados específicos, logo o profissional de enfermagem é responsável por criar ações de recuperação a saúde de forma integral, física e mental, além de acolher emocionalmente o paciente.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Enfermagem. Tratamento. Assistencialismo. Prevenção.

Abstract

This research addressed the importance of nursing care in breast cancer. Breast cancer is a heterogeneous disease and considered complex, it presents multiple morphological and clinical forms that have degrees of aggressiveness with metastatic or tumoral potential. Breast cancer treatment should be planned soon after the diagnosis is confirmed, the therapeutic decision should occur soon after the factors are analyzed. For the treatment, surgeries, chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy can be performed that require the monitoring of the nursing professional as a guiding agent for the treatment. Nursing care in the treatment of breast cancer understands how this type of cancer affects society and what care is needed to provide assistance to the patient. The general objective sought to understand the importance of nurses in the treatment of breast cancer. The methodology adopted in this research was a literature review with a qualitative and descriptive bibliographical research method. It is concluded, therefore, that this research sought to understand the importance of nursing care in breast cancer, as this is a professional who works at different levels of health care. In the treatment of breast cancer, the patient is vulnerable to treatment, requiring specific care, so the nursing professional is responsible for creating actions to recover health in an integral, physical and mental way, in addition to emotionally welcoming the patient.

Keywords: Breast cancer. Nursing. Treatment. Assistance. Prevention.

1. INTRODUÇÃO

O câncer da mãe é uma doença crônico-degenerativa com curso de desenvolvimento prolongado e acelerado. Ele se espalha pela semeadura celular de células anormais que se originaram de células saudáveis. Por se tratar de uma neoplasia cancerígena que acomete mais a população feminina do que a população geral, esse tipo de doença é considerado um problema de saúde pública.

A presente pesquisa discorre sobre a importância da enfermagem no tratamento da doença. O câncer é uma doença associada à dor, a morte e ao sofrimento, onde a desesperança, o medo, a ansiedade e a perda de controle. Essa dor passa a ser uma experiência emocional e sensorial desagradável para o paciente, que se associa de uma perda. Logo o assistencialismo da enfermagem contribui para o acolhimento do paciente sobre a doença, tratamento, autocuidado e orientação sobre os cuidados necessários.

Nesse contexto toda a assistência da enfermagem no tratamento do câncer de mama, compreende como esse tipo de câncer afeta a sociedade e quais são os cuidados necessários para dar assistencialismo a paciente masctomizada. Assim como compreensão sobre o processo preventivo e o acompanhamento durante o tratamento também foram citados, abordando assim a importância do assistencialismo de enfermagem. Surge assim a seguinte problemática a ser analisada: Como os cuidados de enfermagem podem contribuir no enfrentamento do câncer de mama?

O objetivo geral buscou compreender a importância do enfermeiro no tratamento do câncer de mama. Já os objetivos específicos buscaram: estudar o câncer de mama e suas complicações, definir o papel do profissional de enfermagem na reabilitação e acolhimento do câncer de mama e abordar as políticas públicas que norteiam o câncer.

A metodologia adotada nesta pesquisa foi uma revisão de literatura com método de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, com base nos autores Narciso (2017), Soares (2019), Schimidt (2020), por meio de consultas a livros, artigos, sites confiáveis publicados nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão se basearam no descarte de artigos sem teor científico. Foram utilizadas as palavras-chave: Câncer de Mama, Câncer, Enfermagem, Tratamento, Assistencialismo e Prevenção.

2. CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama (carcinoma mamário) é o processo de crescimento celular acelerado, que causa tumores ou neoplasias malignas nas mamas e danifica o tecido. É preciso ressaltar que esse tipo de câncer pode se apresentar de diversas formas agressivas e acomete mulheres a partir dos 40 anos. Por isso, é preciso conscientizar a população sobre os problemas de saúde (SOARES; ALBUQUERQUE, 2014).

Os principais sintomas desse tipo de câncer são o desenvolvimento de nódulos nos seios, que podem ou não ser acompanhados de dor, e alterações na pele da mãe, como retrações e avulsões. Esses nódulos podem ser encontrados com um autoexame, que pode ser feito pela própria mulher em casa, pelo médico ou pela mamografia. A detecção precoce desse tipo de câncer resulta em um curso de tratamento menos doloroso e mais eficaz (BRASIL, 2013).

A condição pode ser tratada com radioterapia, que emprega radiação ionizante para bloquear a divisão celular e prevenir o crescimento celular. A quimioterapia, utilizada após

cirurgias de mama ou mastectomias, é outra alternativa de tratamento. A mastectomia é um procedimento cirúrgico usado para tratar uma mãe total ou parcialmente (SILVIA; ZANDONANE; AMORIM, 2017).

A remoção da mãe é tudo o que é necessário para que ocorra uma mastectomia, porém uma mastectomia segmentar requer a remoção de um possível quadrante da mãe. É necessário observar como todos os aspectos desse processo físico afetaram a qualidade de vida dos pacientes, porque esses pacientes frequentemente experimentam dor, adversidade na cicatrização e alterações em sua amplitude de movimento e força muscular na parte superior do corpo do lado onde a cirurgia foi realizada (NARCISO, 2017).

Além do procedimento diagnóstico doloroso, esses pacientes também precisam tratar sua dor, linfedema, diminuição da força muscular, redução da amplitude de movimento e nervo inflamado e tecido linfático devido a aderências cicatriciais. O processo também inclui a limitação da extensibilidade do tórax, alterações da postura e da sensibilidade e complicações respiratórias. Essas restrições tornam a utilização da assistência de enfermagem uma alternativa para minimizar os efeitos do tratamento necessário (PINHEIRO et al., 2016).

As várias complicações que são decorrentes do tratamento pós-operatório fazem com que a enfermagem passe a desempenhar um papel fundamental na minimização, prevenção e tratamento dos efeitos adversos do câncer. É necessário que trouxe a criação de uma rotina de atividades tratadas ao atendimento para que essas pacientes não sofram com as complicações que ocorrem logo após o procedimento de mastectomia. O procedimento quando feito de modo total retira a mama e os músculos peitorais da chamada fáscia torácica e dos linfonodos axilares (SCHIMIDT, 2020).

A prevenção desse tipo de complicação decorrente do processo de mastectomia deve começar com o diagnóstico e prosseguir com o tratamento e até com cuidados paliativos conforme a evolução da doença. Programas terapêuticos devem ser incluídos no cronograma para que o paciente não tenha problemas adicionais após a cirurgia, tornando a recuperação mais rápida e menos dolorosa (SOARES, 2019).

As pacientes podem se beneficiar muito da enfermagem oncológica no tratamento do câncer de mama quando aliada a uma equipe multidisciplinar. Um programa de saúde pública que presta assistência aos membros mais vulneráveis da sociedade inclui a recuperação e reintegração desses pacientes. Controlar a dor, prevenir complicações e relaxar os músculos são os objetivos do uso de terapia e medicamentos adequados para prevenir complicações pós-operatórias (TORTORA, 2016).

3. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO ACOLHIMENTO ONCOLÓGICO

Segundo Souza et al. (2021) após o fim da ditadura militar no Brasil, passou-se a se discutir mais sobre os aspectos relativos à saúde e bem-estar das pessoas, em razão do novo paradigma político que estava iniciando. Em razão da promulgação da Carta Magna em 1988, que instaurou uma nova era no Brasil, com a 8ª Conferência de Saúde e da denominada Reforma Sanitária, movimento decorrente da insurgência à ditadura militar, à saúde passou a ser considerada como um direito fundamental social, artigo 6º, da CF/88 e como um direito de todos e dever do Estado, artigo 196, da CF/88, sendo que os dois artigos de lei trazem a seguinte previsão:

Com a nova ordem constitucional instaurada com a Constituição Federal de 1988, o

enfermeiro passou a preocupar-se em garantir a efetivação dos direitos sociais das camadas mais vulneráveis da sociedade. Como já dito acima, um desses direitos sociais é o direito à saúde. E no Brasil foi criado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 o Sistema Único de Saúde – SUS, que tem por finalidade ofertar serviços gratuitos de saúde aos brasileiros (CROSSETI, 2012).

E um desses serviços a serem oferecidos esta os destinados aos pacientes com câncer, que é uma área com um número de pacientes que aumenta cada vez mais e que possui tratamentos com altos custos (MORA; RODJAS, 2009). Sobre a questão destacamos a seguinte passagem da cartilha do Ministério da Saúde e do INCA, intitulada Diálogos em Saúde Pública: a experiência da enfermagem em oncologia, onde menciona que:

Nessa compreensão, a saúde não se restringe aos aspectos físicos, mas também aos sociais, culturais, psicológicos, espirituais e econômicos, que devem ser relacionados para uma abordagem integral à pessoa sem possibilidades curativas. Pensando nessa perspectiva ampliada de saúde e nos contextos social e histórico brasileiros, mais especificamente no momento marcado pela reforma sanitária, a saúde passa a ser definida não somente como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho e lazer, mas como resultado da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (PINTO, 2013, p.95).

E o que vem a ser câncer? De acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA, essa é a denominação atribuída ao conjunto de mais de 100 doenças que possuem como características comuns o crescimento desordenado de células, que invadem órgãos e tecidos (SMELTZER, 2018).Por ser uma doença grave e com crescimentos progressivo, pois segundo dados do INCA, a estimativa para incidência de novos casos de câncer no Brasil em 2020 é de 309.750 para homens e de 316.280 para mulheres, surge a necessidade de se oferecer um serviço especial destinado a estes pacientes e suas famílias (SOUZA et al., 2021).

Desta necessidade de uma atuação multiprofissional é que entra o enfermeiro, como um profissional que, entre outras coisas, atua no sentido de garantir a efetivação dos direitos humanos, que exercem suas atividades em órgãos públicos e instituições privadas (MELO; GUITMANN, 2021).

E a atividade do enfermeiro costuma ser dividida em três partes, melhor explicando:

> A enfermagem passou por mudanças, as quais aborda-se em três dimensões: a primeira diz respeito às alterações do mercado de trabalho e das condições de trabalho desse profissional, a segunda refere-se às novas demandas que foram postas à profissão, como é o caso da oncologia e a terceira relaciona-se à identificação da direção das respostas e tais demandas (MELO; GUITMMAN, 2021).

Atualmente a atividade de enfermagem trabalha em parceria com os usuários do SUS e outros trabalhadores a fim de dar efetividade. Para atingir esse fim, busca-se conhecer os fatores sociais que influenciam nos quesitos doenças e saúde, garantir que todos aqueles que necessitem tenham acesso aos órgãos de saúde públicos e facilitar a participação popular no gerenciamento e fiscalização de políticas públicas destinadas à saúde, com o objetivo de haver um aprimoramento dos serviços prestados (OLIVEIRA et al., 2011).

Ainda citando passagem da cartilha Diálogos em Saúde Pública onde a experiência do enfermeiro destacamos que a troca de conhecimentos com a equipe multiprofissional é importante para o aprofundamento e a discussão de possibilidades de ampliação do

atendimento, do fortalecimento dos vínculos, da maior facilidade desse usuário no acesso à rede e da ampliação do atendimento. Devem-se considerar também questões éticas que passam muitas vezes por interpretações morais frente à garantia de direitos de escolha dos usuários (PATEL et al., 2014).

No que tange a atuação do enfermeiro com pacientes com câncer logo de início o profissional deve preocupar-se em colocá-lo, ou recolocá-lo, numa posição ativa no que diz respeito ao tratamento de sua doença, visto que por vezes é comum que a família do paciente esconda a gravidade ou a existência do seu problema de saúde e assim passam a tomar decisões em nome deste (SMELTZER, 2018).

É de suma importância que o enfermeiro investigue qual o contexto econômico, social, cultural e psicológico que o paciente e seus familiares estão inseridos para que desta forma possam exercer sua atividade da melhor forma possível e possa junto com os demais profissionais decidirem qual o melhor tratamento a seguir para cada paciente oncológico. O enfermeiro também atua em grupos de apoio aos pacientes oncológicos e seus familiares (PINTO, 2013).

4. OS DESAFIOS E AS PERSPECTIVAS DO PACIENTE ONCOLÓGICO

No Brasil seus limites e contradições, é importante fazer uma análise de sua trajetória até chegarmos a Constituição Federal de 1988, para entendermos como se deu esse processo de transformações que culminou com o reconhecimento desta como uma política pública, tornando-se um direito que, junto com a saúde e previdência social, formam o tripé da seguridade social. No Brasil, até a década de 1930, não havia uma intervenção do Estado na área social, toda prática assistencial que existia até esse momento era desenvolvida pela Igreja Católica e organizações de caridade (MACIEL; KUNZ; MORTARI, 2010).

Essas práticas assistenciais tinham um caráter disciplinador, e não havia uma compreensão da pobreza como expressão da questão social, ela era vista como uma disfunção individual e tratada como caso de polícia através do aparato repressor do Estado. Somente a partir da Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas chega à presidência do país, que o Estado começa a assumir novas funções, deixando de ser apenas coercitivo (CROSSETTI, 2012).

Nesse contexto o enfermeiro passou inúmeras mudanças que contribuíram de forma direta para criação das suas dimensões que serviram como base para o serviço. Sendo um dos primeiros passos voltados para o atendimento oncológico feito pelos enfermeiros, onde o primeiro passo é tirar o paciente da passividade em que muitas vezes a família o coloca ao descobrir o diagnóstico (PATEL et al., 2014).

Manter o paciente ativo é papel do enfermeiro, onde este busca dar ênfase ao processo de cisão quer é ter acesso ao atendimento de saúde pública adequado. Sabe-se que o cotidiano desses pacientes é dificultoso e que a maior parte não recebe o acolhimento e assistencialismo da família (MACIEL; KUNZ; MORTARI, 2010).

Dentro desse âmbito que o enfermeiro passa a ser necessário, para dar o apoio ao paciente e a família, sanando dúvidas e melhorando o círculo familiar e de amigos do paciente. O atendimento ao paciente com câncer envolve um contexto cultural, econômico e social que está inserido no trabalho dos profissionais da saúde (SOUZA et al., 2021).

O atendimento oncológico deve ser feito por uma equipe multidisciplinar que conta com a ajuda de oncologista, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiro e outras categorias. Dentro desse atendimento o papel do enfermeiro é fundamental para identifi-

car o grau de recursos e de flexibilidade sociais na qual o paciente se encontra. Essa vulnerabilidade faz parte da doença e ocasiona maiores danos a saúde do paciente (MELO; GUITMANN, 2021).

O atendimento multidisciplinar busca resultados positivos para o tratamento da doença. As competências são feitas pelos profissionais de enfermagem dentro da equipe técnica que envolve o processo de reabilitação do paciente. O campo de atuação desse profissional implica a necessidade de um contato mais íntimo, o que contribui para um tratamento humanizado, sendo um fator determinante para o tratamento do câncer (PINTO, 2013).

A atuação do enfermeiro na oncologia tem ligação direta com o direito do cidadão portador de neoplasia maligna. A prestação de serviço assegura um atendimento, onde os direitos do paciente são assegurados por lei. Essa lei permite que o paciente tenha direito ao auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, tratamento fora de domicílio, isenção de imposto de renda, quitação do financiamento da casa própria e entre outros (SMELTZER, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama representa a principal causa de morte por câncer em mulheres no Brasil e em todo o mundo, perdendo apenas para o câncer de pulmão e se tornando um grave problema de saúde pública. Esse tipo de câncer é muito temido nas mulheres, por conta da sua alta frequência e dos inúmeros efeitos psicológicos que ocasiona, além da alteração da sexualidade e da imagem do corpo, onde o medo das recidivas, assim como dor e a baixa autoestima contribuem para piorar a doença.

Os sintomas e sinais do câncer de mama são nódulos na mama ou na axila, assim como dor mamária e alterações na pele. Esse tipo de câncer na mama possui fatores de risco que tem relação direta com a idade avançada, assim como com as características produtivas, hábitos de vida e histórico familiar. Nesse contexto é fundamental ações de prevenção ao câncer de mama que são divididas em prevenção primária e secundária, onde o enfermeiro atua na atenção primária de forma indisciplinas, sendo este um profissional essencial para o protocolo do tratamento.

O enfermeiro faz parte da equipe multiprofissional que é agente da educação em saúde, buscando assim orientar sobre as opções de tratamento e os sintomas, assim como possui papel importante para o enfrentamento das dificuldades emocionais, que vão desde o cuidar, administração de medicamentos e realização do protocolo de reabilitação. A humanização dos serviços de saúde reflete a importância que a equipe de enfermagem possui no pré-operatório e pós-operatório, assim como no diagnóstico precoce até a retirada da mama.

Conclui-se, portanto que a presente pesquisa buscou compreender a importância da assistência em enfermagem no câncer de mama, sendo esse um profissional que atua em diversos níveis de atenção a saúde. No tratamento do câncer de mama a paciente fica vulnerável ao tratamento, necessitando de cuidados específicos, logo o profissional de enfermagem é responsável por criar ações de recuperação a saúde de forma integral, física e mental, além de acolher emocionalmente o paciente.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Rev Gaúcha Enferm**. 33(2), 2012.

MACIEL, I. ; KUNZ, J.Z.; MORTARI, C.L.H. **Assistência de enfermagem à mulher na promoção e prevenção do câncer do colo uterino e mama** (fundamentando na teoria de Dorothea Elizabeth Orem), Chapecó-SC, 2010. Disponível em: http://www5.unochapeco.edu.br/pergamum/biblioteca/php/imagens/000062/000062D F.pdf. Acesso em: 29 out. 2022.

MELO, A.C. de; GUITMANN, G.**Ginecologia oncológica: câncer de colo de útero**. 1ed - Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. 2

NARCISO, Antônio Carlos et al. Variáveis associadas ao controle do odor em feridas neoplásicas: conhecimento para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017.

PATEL, C. E. et al. Fatores de risco para câncer de mama em juiz de for a (MG): um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.2, p.231-237, julho de 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v 02/pdf/artigo3.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

PINHEIRO, Marcy Lins de Albuquerque; et al. Paciente oncológico em cuidados paliativos: a perspectiva do familiar cuidador. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, maio., 2016.

PINTO, D. P., Fatores de risco do câncer de mama: estudo com mulheres que realizaram mamografia. **Essentia, sobral**, vol.14, n°2, p.81-95, rio de janeiro 2013. Disponivel em: http//www.uvanet.br/essentia.old/edição_ano14n2_cancer_mama. Pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

SCHIMIDT, Fernanda Mateus Queiroz; et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes com feridas neoplásicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2020.

SMELTZER; Bare. **Tratado de enfermagem médico-cirurgica**.10ediçao. Rio de janeiro: Guanabara Koogan,2009.

SILVA, Araceli Vicente da; ZANDONADE, Eliana; AMORIM, Maria Helena Costa. Ansiedade e o enfrentamento de mulheres com câncer de mama em quimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.25, e2891, p. 1-7, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2891.pdf. Acesso em 04 de out. de 2022.

SOARES, Sara Gabrielly de Sousa Costa; ALBUQUERQUE, Judite Oliveira Lima. Intervenção do enfermeiro no tratamento quimioterápico de mulheres com câncer de mama. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v.1, n.1, p. 29-45, jan. / jul. 2014. Disponível em: http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/156. Acesso em 03 de out. de 2022.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

18

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

THE PERFORMANCE OF NURSING IN THE HEALTH CARE OF THE ELDERLY

Iaila Bianca Fernandes Lima

Andrielle Sousa da Silva Mendes

Érika Patrícia Campos Rocha

Hirllannya Santos Lopes

Jennifan Carla Sanches Moreira

Karla Danielle Ribeiro Melo

Maria Caroline Silva Costa

Nathalia Marinho Pereira

Suzane Tamires Silva Menezes

Resumo

A presente pesquisa buscou abordar sobre a atuação da enfermagem na atenção à saúde do idoso, onde as atribuições da manutenção da qualidade de vida contribuem com boas práticas de cuidados de conhecimento de atenção. A criação do vínculo de confiança do enfermeiro com a pessoa idosa, busca promover um envelhecimento saudável, onde este profissional ajuda na proteção do paciente. O objetivo geral deste estudo buscou compreender a importância da enfermagem na saúde do idoso na Atenção Básica de Saúde. Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis. Conclui-se, portanto que a atuação do profissional de enfermagem na atenção à saúde do idoso, serve para criar intervenções que possam garantir ao indivíduo proteção e uma promoção da qualidade de vida com foco em seu ambiente de vivência. A ideia desta pesquisa buscou compreender a importância das práticas de saúde voltadas para pessoas idosas, onde o enfermeiro é o agente educador e norteador do processo

Palavras-chave: Enfermagem. Atenção Básica. Assistencialismo. Idoso. Promoção e Saúde.

Abstract

This research sought to address the role of nursing in the health care of the elderly, where the attributions of maintaining quality of life contribute to good care practices and knowledge of care. The creation of a bond of trust between the nurse and the elderly person seeks to promote healthy aging, where this professional helps to protect the patient. The general objective of this study sought to understand the importance of nursing in the health of the elderly in Primary Health Care. Qualitative and Descriptive Literature Review, in which books, dissertations and scientific articles and reliable websites were consulted. It is concluded, therefore, that the performance of the nursing professional in the health care of the elderly, serves to create interventions that can guarantee the individual protection and a promotion of the quality of life with a focus on their living environment. The idea of this research sought to understand the importance of health practices aimed at the elderly, where the nurse is the educating and guiding agent of the process.

Keywords: Nursing. Basic Attention. Assistance. Elderly. Promotion and Health.

1. INTRODUÇÃO

O mundo passa por mudanças demográficas intensas por conta do processo de envelhecimento, logo essas transformações aumentam a expectativa de vida e diminuem a taxa de natalidade da população. O processo de envelhecimento traz consigo uma série de peculiaridades que necessitam de procedimentos e profissionais qualificados para atuarem na saúde da pessoa idosa. Logo nasce a necessidade da implantação de políticas voltadas para o atendimento no processo de envelhecimento, buscando assim garantir melhores condições de vida para essa parte da população.

A atenção básica aos idosos surgiu através de um conjunto de ações que visão promover, proteger e prevenir os agravos que surgem com o passar dos anos, alertando sobre o diagnóstico, a reabilitação e manutenção da saúde da população idosa. Dentro desses programas a enfermagem foi inserida para reabilitar e tratar ações de saúde dos idosos na prevenção de comorbidades e agravamento de doenças.

Nesse contexto a presente pesquisa buscou estudar a atuação do enfermeiro na atenção básica do idoso no Brasil, apontando todo o contexto histórico de inserção desse profissional como agente de promoção da saúde. Dessa forma a saúde do idoso na atenção primária passou a ganhar espaço na saúde pública, onde a garantir a qualidade de vida dessa parte da população passou a ser vista como uma prioridade. Surge assim uma problemática a ser analisada: Como o profissional de enfermagem está inserido dentro dos níveis de atenção à saúde do idoso?

O objetivo geral deste estudo buscou compreender a importância da enfermagem na saúde do idoso na Atenção Básica de Saúde. Já os objetivos específicos buscaram: estudar o processo de envelhecimento e suas implicações, definir sobre como a enfermagem foi inserida nos níveis de atenção básica de saúde e abordar sobre os benefícios da enfermagem para promover, proteger e recuperar a saúde da população idosa.

A metodologia adotada nesta pesquisa se embasou em uma revisão de literatura com método de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, com base nos autores Silveira (2019), Mendes (2019), Martins (2019), por meio de consultas a livros, artigos, sites confiáveis publicados nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão se basearam no descarte de artigos sem teor científico. Foram utilizadas as palavras-chave: Enfermagem, Atenção Básica, Assistencialismo, Idoso, Promoção e Saúde.

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Vários problemas de saúde pública foram trazidos pelo envelhecimento da população brasileira; essas mudanças demográficas também afetaram os ambientes social, cultural, econômico e até pessoal. Espera-se que o país tenha mais de 43 milhões de pessoas com mais de 65 anos até meados de 2025, tornando-se a sexta maior população de idosos do mundo (ARAGÃO *et al*., 2018).

Essa transição demográfica trouxe diversos efeitos negativos à saúde, principalmente devido às mudanças no perfil epidemiológico dos pacientes e à maior incidência de doenças crônicas e degenerativas que têm ligação direta com o processo de envelhecimento. Com isso, a necessidade de interconexões mais frequentes exigiu o desenvolvimento de novos recursos tecnológicos que propiciassem atendimento especializado (SCHMIDT *et al*., 2018).

O termo "medicina" refere-se à ciência que estuda, promove, previne, investiga e trata os movimentos humanos e suas diversas manifestações nos mais diversos níveis de atenção à saúde, com foco principal na função. A atuação do enfermeiro é descrita como efetiva quando atua em uma equipe multidisciplinar para auxiliar no processo de recuperação das habilidades funcionais do indivíduo. A atuação desse profissional dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) contribui para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (URBANO *et al*., 2017).

Somente com a Constituição Federal de 1988 a enfermagem passou a ter como foco a atenção básica; antes de meados da década de 1970, os cuidados limitavam-se ao processo de reabilitação do paciente e eram amplamente relegados a serviços de atenção secundária e terciária. Nessa situação, a enfermeira passou anos isolada da rede básica de serviços de saúde, o que trouxe diversos prejuízos à população (SILVA *et al*., 2020).

Ao fornecer diagnóstico e tratamento precoces, o processo de intervenção pode beneficiar diretamente muitos setores da sociedade, ao mesmo tempo em que melhora as funções musculoesqueléticas e ergonômicas. A promoção e a prevenção desse tipo de serviço trabalham para mudar os hábitos de vida dos pacientes e das futuras gerações. Apesar de ser muito procurada para o desenvolvimento de atividades efetivas, é lamentável que a enfermagem ainda seja pouco conhecida no nível primário de intervenção em saúde (PATTERSON; MEDINA, 2020).

Pode-se caracterizar como Atenção Básica um conjunto de atividades relacionadas à saúde que ocorrem no contexto de um indivíduo ou de um grupo e visam promover e proteger a saúde, bem como processos de prevenção de complicações, tratamento de pacientes e manutenção da saúde. As atividades desse tipo de procedimento são realizadas por equipes que são direcionadas a uma população específica dentro de um território mais definido (OLIVEIRA *et al*., 2013).

A utilização de recursos tecnológicos na área básica de trabalho é mais esparsa e de menor densidade, o que contribui para a resolução mais lenta dos problemas de saúde. A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde propôs a primeira definição de atenção primária à saúde (APS), que vincula a necessidade de cuidados essenciais à saúde pública e permite a prestação de serviços em áreas antes não reconhecidas (RIBEIRO *et al*., 2020).

Com o passar do tempo, a oferta de serviços públicos de saúde voltados para a saúde relacionada ao envelhecimento no Brasil tornou-se problemática devido à falta de recursos para atender a demanda de atendimento. A implementação de políticas públicas no sistema de saúde visava reduzir as falhas na prestação de serviços. Nesse sentido, a política pública é vista como o conjunto de ações tomadas pelo governo, e possui uma série de regras e procedimentos destinados a auxiliar o relacionamento entre o governo e o público (ARAGÃO *et al*., 2018).

Por serem ações que atuam como um intermediário entre o Estado e a sociedade, as políticas públicas são criadas para amenizar os problemas coletivos. Essas políticas são formuladas por meio de documentos que orientam a aplicação dos recursos públicos. A fragmentação é uma estrutura incorporada à política pública brasileira para criar interação entre vários setores, sendo cada setor responsável pela implementação de suas próprias políticas, como na educação e na assistência (URBANO *et al*., 2017).

A atuação da equipe de enfermagem na saúde do idoso, juntamente com a atenção primária, auxilia no processo de desenvolvimento do bem-estar e autoestima desses pacientes. Com o auxílio de atividades como caminhada ao ar livre, exercícios de alongamento, orientações de alinhamento corporal, atividade física moderada e orientações so-

bre como posicionar a família do paciente em sua residência, os cuidados de enfermagem podem ser prestados de forma individual ou coletiva com foco no conforto e conveniência (SILVA *et al*., 2020).

3. A ENFERMAGEM E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

A saúde pública no Brasil é caracterizada por um conjunto de embates políticos e ideológicos que fazem parte de toda a história do país. Para se compreender o processo de evolução da saúde no país é necessário compreender que até 1986 eram atendidas apenas uma parte da população pelo Sistema Único de Saúde e que a evolução passou por diversos protestos até progredir (ANDRADE *et al*., 2014).

Os primeiros estabelecimentos de saúde pública no Brasil surgiram por volta de 1918. Algumas razões foram levadas em consideração como a ampliação de responsabilidades a saúde pública, que passaram a atender as áreas de saneamento, propagandas sanitárias, higiene materna (e infantil), a higiene das indústrias que naquele momento buscaram combater as endemias. Além disso, outros instrumentos de diagnóstico foram sendo implantados como a profilaxia e a imunização, que contribuíram para a atuação seletiva e especializada de outras doenças (VELLO *et al*., 2014).

Todas essas mudanças tinham como objetivo em comum dotar o governo de uma administração considerada modernizada que buscava o enfrentamento de doenças epidêmicas e endêmicas. O surgimento de postos de saneamento e profilaxia rural passaram a contribuir com tratamentos de assistência a saúde. Antes disso a escassez dos recursos humanos impossibilitava que a população tivesse acesso a ferramentas da saúde (TAVARES; CAMACHO; MOTA, 2017).

Logo todo esse contexto histórico aborda que a melhoria na qualidade de saúde do brasileiro é fruto de um atendimento dividido em camadas sociais. É dentro dessas ações que foram surgindo as atenções básicas como Estratégia de Saúde da Família (ESF), local que diversos profissionais da área da saúde atuam, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, agentes comunitários e outros. É um espaço que passou a ser mais frequente dentro da comunidade brasileira, através do atendimento primário mediante as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

Atenção Básica de Saúde no Brasil passou a evoluir ao longo dos anos e os profissionais que atuam nessa área necessitam de uma compreensão sobre as ações especificas da profissão que comprometem a saúde de forma coletiva, mesmo que perspectiva do trabalho seja interdisciplinar. A atenção básica não aborda apenas a cura ou o processo de reabilitação de doenças, ela busca promover a manutenção da saúde através de ações que implicam na ordem social, econômica e política (BARBOSA *et al*., 2017).

Logo a promoção da saúde pressupõe assegurar a moradia, a alimentação, o emprego, o laser, e altera as relações de trabalho que são marcadas pelas opressões da sociedade. Isso faz com que o profissional busque compreender as necessidades das classes sociais. Há duas opções para os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde. A primeira opção é deixar que o mesmo atue em todos os problemas de saúde que são extensos, onde os recursos e as soluções disponíveis são insuficientes para resolver (FAGUNDES, 2015).

O outro caminho é compreender o processo de extensão dos problemas que acometem a saúde das pessoas e necessitam de profissionais qualificados para orientar sobre os problemas e os cuidados necessários. Esses problemas buscam criar uma aliança entre a

população e busca melhorias para as condições de vida e de saúde, buscando assim compreender a necessidade do espaço popular (BARBOSA *et al*., 2017).

Logo a Atenção Básica é a principal porta de acesso a entrada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e as Redes de Atenção à Saúde, onde a mesma busca orientar através dos princípios de acessibilidade, coordenação, vínculos, integralidade e continuidade. Os princípios que regem a Atenção Básica são desenvolvidos através de ações e programas que consideram a diversidade e a necessidade dos usuários de saúde (BRASIL, 2011).

A enfermagem é uma ciência ligada relativamente ao campo da saúde, porém com práticas que se remetem a antiguidade. O desenvolvimento dessas atividades começa ainda na Primeira Guerra Mundial, por conta dos altos índices de acidentes que geraram lesões e mutilações, além do alto dispêndio financeiro provocado por acidentes de trabalho. Foi nesse período que surgiu a necessidade de reabilitação da capacidade física das pessoas, para que essas fossem reintegradas ao convívio social e ao trabalho com funções que fossem compatíveis a sua capacidade física (BRITO *et al*., 2015).

Com o surto da poliomielite que ocorreu na década de 50, surgiu outro fator expressivo para o avanço da enfermagem. Essa doença viral acometeu diversos indivíduos, principalmente crianças que não eram imunizadas levando essas a óbito e deixando sequelas como paralisia. No Brasil cidades como São Paulo e Rio de Janeiro foram as mais atingidas, necessitando assim criar a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (CORREIA; FREIRES; LUCENA, 2015).

Foi dentro desse cenário que as escolas de Reabilitação do Rio de Janeiro e a Universidade de São Paulo criaram a formação de técnico em enfermagem, limitando às orientações dos médicos e criando a regulamentação da profissão de nível superior através do decreto de lei nº938 de 13 de outubro de 1969, onde foi possível exercer as atividades de reabilitação e conservação da capacidade física do paciente em clínicas e hospitais para autonomia dos tratamentos. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) assumiu a responsabilidade de decretar atos para normalizar os exercícios desses profissionais de enfermagem, dando-lhes autonomia, através da ética da profissão onde este poderia atuar em níveis primários, secundários e terciários (RIBEIRO; ABREU, 2017).

Logo o enfermeiro é caracterizado como um profissional da área da saúde, que possui grau superior, é autônomo porque trabalha na assistência da saúde de forma individual ou em equipe, atuando assim na prevenção, promoção e no desenvolvimento do tratamento que busca restabelecer a saúde humana e a saúde funcional do corpo, prevenindo o tratamento dos distúrbios. O papel do enfermeiro é voltado para a reabilitação e se transforma em proporcionar um avanço expressivo em torno da saúde coletiva da APS (PEREZ; TOURINHO; JUNIOR, 2016).

O enfermeiro só está habilitado para atuar na APS a partir do seu conhecimento sobre cura, mas, sobretudo através das necessidades básicas de atendimento aos usuários. Esse profissional tem participação nas práticas e ações de vigilância sanitária, por colaborar em projetos epidemiológicos que buscam atuar no planejamento, implantações, cursos, programas, projetos voltados para saúde pública. É um profissional oportuno que busca desenvolver a prevenção de doenças do trabalhador por meios de programas coletivos de redução de acidentes dentro do ambiente de trabalho que evitam a incapacitação funcional e laboral (MINAYO, 2012).

O desenvolvimento das funções fisioterapêuticas nos serviços da APS otimiza o atendimento ao público idoso, sendo este um dos públicos que mais sofre com quedas e disfunções esqueléticas. É dentro dessa perspectiva que atuação do enfermeiro contribui para o desenvolvimento de ações que reabilitem esses idosos, contribuindo para promo-

ção e prevenção da saúde (MALLMANN *et al*., 2015).

A equipe de saúde juntamente com o enfermeiro tem como perspectiva a elaboração de programas preventivos que somam ao atendimento domiciliar como ocorre com pacientes que são acometidos de doenças crônicas, nessa lógica o enfermeiro busca orientar e disseminar conhecimento sobre a importância da enfermagem para restabelecer a saúde da população (LINHARES; TOCANTINS; LEMOS, 2014).

4. OS PRINCÍPIOS DA APS

É fundamental citar que para garantir a acessibilidade dos sistemas de saúde aos indivíduos, de forma organizada e individualizada, a APS deve ser conduzida por quatro princípios ou atributos essenciais constituídos pelo primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, onde ainda existem três derivados que são compostos pela orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (FARIAS *et al*., 2016).

O primeiro contato é considerado como a porta de entrada para o acesso aos usuários aos sistemas de serviços de saúde, sem que ocorram restrições de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde. É necessário ressaltar que esse primeiro recurso a ser utilizado pela equipe de saúde e pela população quando detectado de forma rápida contribui para criar uma melhor acessibilidade aos indivíduos do local (SANTOS; SOUZA; LIMA, 2013).

A integralidade por sua vez abrange inúmeros sentidos, como uma boa medicina, organização das ações e soluções dos problemas de saúde de forma específica. O cuidado de forma integral corresponde a ações articuladas de prevenção, promoção e de recuperação da saúde sem que seja desconsiderada a assistência ou a competência para que ocorra o reconhecimento as necessidades de saúde da população e que os recursos utilizados sejam voltados para atenção básica (TAVARES; CAMACHO; MOTA, 2017).

Ressalta-se que esse tipo de princípio tem como meio o cuidado por práticas estruturadas em uma unidade de saúde, assim diferentes profissionais atuam em diversos níveis de complexidade e oferecem respostas para aqueles que demandam uma atenção especial como os idosos. Nesse princípio a busca é por aproximar os serviços de saúde aos usuários e aos profissionais tendo como finalidade a redução da desigualdade (VELLO *et al*., 2014).

A longitudinalidade por sua vez consiste em um princípio de uma longa duração entre médico e paciente, criando um vínculo entre esses dois. A ligação tem como princípio proporcionar vários benefícios que incluem o uso dos serviços, atenção preventiva, redução de doenças preveníveis e hospitalização. Existem três componentes que representam esse princípio: existência e a provação de fonte regular dos cuidados, formação de um vínculo terapêutico contínuo entre profissionais e pacientes e equipe de saúde e a continuidade informacional (FAGUNDES, 2015).

A coordenação por sua vez é a que caracteriza o nível de assistência de articulação entre as mais diversas ações e serviços de saúde coordenados pela capacidade de assegurar a continuidade da atenção. O eixo desse princípio busca compartilhar informações relacionadas ao atendimento global do usuário fornecendo elementos que correspondem às demandas do paciente, através da integração de diversas unidades do sistema de saúde, logo o princípio faz parte da criação dos prontuários e do sistema informatizado (BARBOSA *et al*., 2017).

A orientação familiar objetiva a alterações de ações das equipes multiprofissionais

de saúde diante da abordagem familiar utilizada em diversos períodos, permitindo que os usuários construam vínculos de forma espontânea com os usuários e com a família. Com base nesse tipo de entendimento que se cria a estrutura familiar e a equipe de saúde realiza inúmeras práticas singulares ao longo do tempo. A ligação da equipe com o indivíduo e os familiares é alicerçada pelo respeito e pela compreensão de suas necessidades (FARIAS *et al*., 2016).

A orientação comunitária é um dos princípios que possibilita a ampliação do vínculo entre as equipes de saúde e as comunidades atendidas. Em relação à APS aplica a orientação comunitária que busca empregar habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas através de recursos complementares que atendem a necessidade específica de uma determinada camada social. Esse tipo de orientação também é muito utilizado para identificar problemas de saúde que existem na comunidade, assim como monitoram de forma efetiva esses problemas (BARBOSA *et al*., 2017).

O princípio da competência cultural deriva das práticas realizadas na APS, consistindo na capacidade profissional de saúde e compreendendo as peculiaridades que consistem na capacidade de cada profissional de saúde em identificar os usuários do sistema de saúde através da comunicação e do tratamento integral que é voltado às necessidades e expectativas da população levando em consideração a situação física e cultural.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ocorrem grandes mudanças por conta da modificação da estrutura etária, assim como o rápido declínio do crescimento populacional que gera inúmeras transições no ser humano. Logo o processo de envelhecimento é uma das ações de meta de manutenção da saúde que busca manter a capacidade funcional e autonomia do ser humano. Esse processo busca um envelhecimento saudável que garante o reconhecimento dos direitos dos idosos, garantindo a independência e sua assistência.

A atenção a saúde do idoso buscam adotar medidas saudáveis que visem promover a saúde e segurança. Esse tipo de atenção é focado nas necessidades da população tendo como foco central o indivíduo idoso onde este é reintegrado a sociedade e passa a ter seus direitos garantidos sem que ocorra algum tipo de aspecto de diferença. A promoção a saúde do idoso tem como foco a priorização das ofertas de saúde, que buscam garantir a funcionalidade da pessoa idosa levando em consideração seu grau de fragilidade e buscando uma autonomia que consiste em sua dependência social.

Logo a presente pesquisa buscou compreender a importância da atuação do profissional de enfermagem na atenção à saúde do idoso, buscando intervenções que possam garantir ao indivíduo proteção e uma promoção da qualidade de vida com foco em seu ambiente de vivência. A ideia desta pesquisa buscou compreender a importância das práticas de saúde voltadas para pessoas idosas, onde o enfermeiro é o agente educador e norteador do processo.

Referências

ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. vol.23, n.1, pp.165-175. 2014. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237- 96222014000100165&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2022.

ARAGÃO, Rodrigo Figueiredo de et al. As manifestações clínicas e implicações no cotidiano do idoso com Doença de Alzheimer. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, 2018.

BARBOSA, K.T.F., et al. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. **Texto contexto enferm**, v. 26, n.2, 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRITO, R. F. S. L. V. et al. O idoso na estratégia saúde da família: atuação do enfermeiro durante o envelhecimento ativo. **R. Interd**, v. 8, n. 4, p. 99-108, out- dez. 2015.

CORREIA, A.A.; FREIRES, F.C.; LUCENA, A.L.R. Assistência de enfermagem ao idoso em unidades de saúde da família. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 13, n.2, p. 33-41, Dez. 2015.

FAGUNDES, S. N. Humanização da assistência de enfermagem frente ao paciente idoso na estratégia de saúde da família. **FACIDER Revista Científica, Colider**, n. 09, 2015. Disponível: http://sei-cesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/143. Acesso em: 29 out. 2022.

FARIAS, A.J.A., et al. Assistência de enfermagem na busca por um envelhecimento ativo. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.18,n.4, 123-131 Out 2016.

LINHARES, C. D; TOCANTINS, F. R; LEMOS, A. Ações de enfermagem na atenção primária e qualidade de vida do idoso: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. online** v.6, n.4, p.1630-1641, 2014. Disponível: http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750770033.pdf. Acesso em: 29 out. 2022.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1763-1772, 2015. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1763.pdf. Acesso em: 29 out. 2022.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, 208-209, fev. 2012.

OLIVEIRA, P.P. et al. Conhecimento de estudantes de Enfermagem com formação técnico-profissionalizante sobre a doença de Alzheimer. **Rev. enferm UFPE online**, 2013.

PATTERSON, Mabel Garzón; MEDINA, Ricardo Izquierd;. Conhecimento das enfermeiras comunitárias sobre os cuidados com portadores de Alzheimer. **Revista Horizonte De Enfermagem**, Vol 32, N°2, pág 108–117, 2020.

PEREZ, C.F.A.; TOURINHO,F.S.V.;JÚNIOR, P.M.C. Competências no processo de formação do enfermeiro para o cuidado ao envelhecimento: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n.4, 2016.

RIBEIRO, Denis Fernandes da Silva; ABREU, Germana Périssé. Atribuições do Enfermeiro em um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 52, p. 55-60, abr./jun., 2017.

RIBEIRO, Gislane Braz et al. Assistência de enfermagem à pessoa idosa com Alzheimer em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

SCHMIDT, Melanie Scheneider et al. Desafios e tecnologias de cuidado desenvolvidos por cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 579-587, 2018.

SANTOS, Gleice Ribeiro; SOUZA, Jéssica Menezes; LIMA, Lara Carvalho Vilela. **A atuação da Enfermagem na atenção à saúde do idoso: possíveis ações a serem realizadas segundo as diretrizes da política nacional de saúde da pessoa idosa.** REUNI – REVISTA UNIJALES / EDIÇÃO 6 / ANO VII / 2013.

SILVA, Sabrina Piccineli Zanchettin et al. Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de Alzheimer: uma revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 271, p. 4991-4998, 2020.

TAVARES, R. E; CAMACHO, A. C. L. F; MOTA, C. P. Ações de enfermagem ao idoso na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.,** 1052-61, fev., 2017.

URBANO, A.C.M. et al. Cuidados ao idoso com Doença de Alzheimer: estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 2017.

VELLO, L. S. et al. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Esc. Anna Nery [online]**. vol.18, n.2, pp.330-335, 2014. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200330&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 nov. 2022.

19

O ALEITAMNETO MATERNO COMO FATOR DE PROTEÇÃO CONTRA A OBESIDADE INFANTIL

BREASTFEEDING AS A PROTECTIVE FACTOR AGAINST CHILDHOOD OBESITY

Denise Souza Silva

Tatiana dos Santos Ferreira

Emanuelle Carlene Bezerra de Sousa

Débora dos Santos e Santos

Andreia Conceição da Silva Moura

Evylla Soares Campos

Jeanderson Marinho Sousa

Kamanda Freitas Dourado

Josuelem Sousa Louzeiro

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Resumo

A amamentação é de grande importância para o fortalecimento do binômio mãe-filho, o leite materno é um alimento puro e que contém todos os nutrientes para suprir todas as necessidades de uma criança. Este estudo torna-se relevante pela identificação de problemas na infância oriundos da prática irregular do aleitamento materno, tendo em vista que a introdução de alimentos de forma precoce pode afetar o desenvolvimento metabólico da criança, contribuindo para o desenvolvimento de doenças. O presente estudo tem como objetivo demonstrar como o aleitamento materno pode se tornar uma das principais ferramentas para proteção da obesidade na infância. Trata-se de uma pesquisa fundamentada em uma revisão de literatura, onde optou-se e pela busca em artigos entre período de 2017 a 2022 nos idiomas português, espanhol e inglês, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Utilizou os descritores booleanos: "Aleitamento Materno", "Obesidade Infantil" e "Cuidados de Enfermagem". Conclui-se que o enfermeiro é parte essencial do processo de amenização dos riscos para a obesidade infantil, visto que é durante o pré-natal que a gestante deve receber todas as orientações acerca da importância da amamentação. Sendo assim, uma das principais formas de prevenção da obesidade é a amamentação exclusiva até os seis meses do bebê e a manutenção de uma alimentação saudável.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Obesidade Infantil, Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Breastfeeding is of great importance for strengthening the mother-child binomial, breast milk is a pure food that contains all the nutrients to meet all the needs of a child. This study becomes relevant for identifying problems in childhood arising from the irregular practice of breastfeeding, considering that the introduction of foods early can affect the metabolic development of the child, contributing to the development of diseases. The present study aims to demonstrate how breastfeeding can become one of the main tools to protect against childhood obesity. This is a research based on a literature review, where we chose to search for articles between 2017 and 2022 in Portuguese, Spanish and English, in the Virtual Health Library (VHL) and PubMed databases. It used the Boolean descriptors: "Breastfeeding", "Childhood Obesity" and "Nursing Care". It is concluded that the nurse is an essential part of the process of mitigating the risks of childhood obesity, since it is during the prenatal period that the pregnant woman should receive all the guidelines about the importance of breastfeeding. Therefore, one of the main ways to prevent obesity is exclusive breastfeeding until the baby is six months old and maintaining a healthy diet.

Keywords: Breastfeeding, Childhood Obesity, Nursing Care.

1. INTRODUÇÃO

A amamentação é a base da vida, tendo em vista que o leite humano é o único alimento que o bebê necessita até os seis meses de vida, pois possui todos os nutrientes necessários para seu crescimento. Nesse sentido, o aleitamento materno tem diversos benefícios para a mãe e para o bebê como, por exemplo, a melhora da imunidade e a diminuição do desenvolvimento de comorbidades ao longo da vida.

Assim, este estudo torna-se relevante pela identificação de problemas na infância oriundos da prática irregular do aleitamento materno, tendo em vista que a introdução de alimentos de forma precoce pode afetar o desenvolvimento metabólico da criança, contribuindo para o desenvolvimento de doenças. Desse modo, este estudo contribui para o conhecimento dos fatores de risco do desmame precoce e como o aleitamento regular pode proteger a criança da obesidade.

Muitos fatores causam o desmame precoce, como a falta de conhecimento e orientações adequadas, tendo em vista que todas as mulheres estão aptas a amamentar, porém, muitas mulheres acham que o leite está "pouco" ou "fraco" e acabam recorrendo à outras maneiras de alimentar o bebê, com a introdução de fórmulas. Assim, este estudo buscou responder o seguinte problema de pesquisa: como o aleitamento materno pode se tornar fator de proteção contra a obesidade na infância?

A partir dessa perspectiva, o objetivo geral deste estudo de delimitou em demonstrar como o aleitamento materno pode se tornar uma das principais ferramentas para proteção da obesidade na infância, tendo como objetivos específicos descrever o aleitamento materno e os principais benefícios dessa prática; relacionar o aleitamento materno à diminuição da obesidade infantil e descrever sobre o papel da enfermagem no aleitamento materno.

Este estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura, que é um método de junção de ideias de diversos autores acerca de um mesmo tema. Nas buscas, foram incluídos estudos publicados entre o período de 2017 e 2022, nos idiomas português, espanhol e inglês. As buscas pelos estudos foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Para a realização das buscas, serão utilizados os descritores "Aleitamento Materno", "Obesidade Infantil" e "Cuidados de Enfermagem".

2. CARACTERÍSTICAS E PRINCIPAIS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Para Rocha *et al.* (2018), a amamentação é de grande importância para o fortalecimento do binômio mãe-filho, onde ocorre a interação entre ambos, trazendo alguns benefícios para a mãe, como por exemplo: menores chances de adquirir câncer de mama, ovário e útero, havendo a redução dos gastos na comercialização de produtos para alimentação da criança. Em relação ao bebê, melhora o desenvolvimento da respiração, deglutição e fonação.

Ângelo *et al.* (2020) afirma que o leite materno é um alimento puro e que contém todos os nutrientes para suprir todas as necessidades de uma criança, permitindo uma vida com mais qualidade, com probabilidade de diminuição de alergias, problemas gastrointestinais, bem como maior desempenho durante sua vida escolar, além do desenvolvimento de ossos mais resistentes.

Segundo Alves, Mota e Pagliari (2021), muitos são os benefícios relatados para as crianças amamentadas, tendo em vista que o leite contém substâncias que ajudam o sistema imunológico ao combate às infecções. É rico em nutrientes para que a criança cresça e se desenvolva de acordo com o que é esperado para sua idade. Além de ser bem aceito pela criança, quando comparado com fórmulas infantis que, muitas vezes, causam cólicas e diarreia nas crianças.

Amamentar não é somente satisfazer as necessidades da criança, vai muito além disso, é onde ocorre contato entre mãe e filho, trazendo benefícios no estado nutricional, fisiológico e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Em relação a mãe, complicações na saúde mental e psíquica são diminuídas (BRASIL, 2015). Nesse sentido, o leite humano passa por algumas etapas: o colostro, leite de transição e leite maduro (MOSCA; GIANNI, 2017)

Ainda segundo os autores supracitados, o colostro é o primeiro leite produzido, contém proteínas do soro do leite e o teor de lactose e gordura é menor em relação ao leite maduro. Logo após 5 dias, o colostro será substituído pelo leite de transição, depois da segunda semana, já é considerado leite maduro. Os principais componentes do leite são as proteínas, os carboidratos e os lipídeos, que são fonte de energia e nutrientes essenciais.

O aleitamento materno costuma ser classificado em: aleitamento materno exclusivo, onde o bebê recebe apenas leite materno; aleitamento materno predominante, onde o bebê recebe, além do leite materno, água; aleitamento materno, onde o bebê recebe leite materno, independentemente de receber outros alimentos; aleitamento materno complementado, onde o bebê recebe, além do leite materno, alimento sólido ou semissólido; aleitamento materno misto ou parcial, onde o bebê recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, para Bellù e Condò (2017), o leite materno é de grande importância para recém-nascidos de baixo peso e que estão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Fatores como estresse, má alimentação, doença materna e habilidades insuficientes dificultam a continuidade da amamentação; assim, recomenda-se que o leite materno seja ofertado até os seis meses de forma exclusiva e deve ser complementado com outros alimentos até os dois anos. Alguns dos componentes do leite materno são: água, proteína, gordura, vitaminas em quantidades adequadas, sem precisar tomar nenhum tipo de suplemento e, a cada mamada, cria-se mais segurança e bem-estar para ambas as partes, mãe e bebê. (SOUSA *et al*., 2021)

Já os benefícios relatados pelas mães que amamentam, no estudo de Alves, Mota e Pagliari (2021) são os seguintes: consegue o retorno mais rápido do seu peso anterior a gravidez, o útero diminui com mais facilidade, criaram um vínculo afetuoso entre mãe e bebê, além de evitar hemorragias e, caso seja uma amamentação exclusiva, pode impedir uma nova gestação, funcionando como um método contraceptivo.

Foi analisado que mulheres com baixa escolaridade que fizeram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), não foram bem orientadas em relação ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e os benefícios para a vida da criança. Sendo assim, verifica-se a importância das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de ampliarem as coberturas em ações de educação em saúde sobre o aleitamento para as grávidas, principalmente as que possuem baixa escolaridade. (ALVES; MOTA; PAGLIARI, 2021)

Em relação a duração do aleitamento materno, o estudo de Duarte *et al.* (2022) verificou que a maioria dos participantes entendem que o ideal é que o aleitamento seja realizado de modo exclusivo até os seis meses de vida do bebê, no entanto, os profissionais de saúde envolvidos no estudo possuem um baixo nível de entendimento desse processo,

sendo relatado que cerca de 66% desses profissionais não recomendam que o aleitamento fosse realizado até os 12 meses e 45% não concordou totalmente sobre esse tempo, sugerindo falta de conhecimento sobre a temática.

Por outro lado, um dos assuntos poucos debatidos e que contribuem para a amamentação é a participação ativa do pai, que deve apoiar a mãe durante todo o período de amamentação. Além disso, foi possível evidenciar no estudo de Bráulio *et al.* (2020) que um pai com mais escolaridade tem mais entendimento sobre as vantagens que o aleitamento materno vai trazer para seu filho, não somente no momento de satisfazer as necessidades do bebê, mas também para ao longo da vida.

Diante do exposto, pode-se verificar que a amamentação é de grande importância para o fortalecimento do binômio mãe-filho, havendo conexão entre ambos, além de trazer benefícios relacionados ao estado nutricional e fisiológico da criança. Em sequência, no próximo capítulo, foi exposto de forma mais ampla a relação entre o aleitamento e a diminuição da obesidade infantil.

3. RELAÇÃO ENTRE O ALEITAMENTO MATERNO E A DIMINUIÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) são a principal causa de morte e adoecimento no mundo, as dietas feitas de maneira irregulares são um dos principais fatores de risco. O acréscimo do número de consumidores por alimentos ultraprocessados, excesso de sódio, gordura e açúcar é um dos principais desafios para a saúde (NILSON *et al.*, 2020). Em sequência, verifica-se que as DCNTs se relacionam com a alimentação de maneira errada e tem repercussão direta e indireta na mortalidade precoce. As causas de morte prematura na idade entre 30 e 69 anos, em ambos os sexos, são por doenças cardiovasculares, renais crônicas e diabetes mellitus.

Conforme Einstein (2020), obesidade é uma doença considerada crônica, que é definida pela acumulação intensa de gordura corporal. Com o passar dos anos, os números de pessoas obesas vêm crescendo gradativamente, se tornando um problema de saúde pública. No Brasil, cerca de 12,5% dos indivíduos obesos são homens e 16,9% são mulheres; já nos Estados Unidos, 64,5% estão com pessoa cima do limite, situação que exige maior atenção pelo Estado.

O principal motivo da obesidade é a alimentação inapropriada e, para que o peso esteja de acordo, é necessário estabilizar a quantidade de calorias e a energia gasta em todo o dia. Quando há consumo exagerado de alimentos e nenhum tipo de atividade física, existe o armazenamento de gordura, por essa razão o sedentarismo favorece a obesidade; além disso, os fatores genéticos e psicológicos também favorecem a obesidade (EINSTEIN, 2020).

Nesse sentido, no estudo de Mendes, Bastos e Moraes (2019), os autores afirmam que o acúmulo de gordura traz diversos problemas, dentre eles, o Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2), cardiopatias, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), problemas respiratórios, musculares e emocionais. Assim, quanto mais fatores de risco o indivíduo tem, maior é a probabilidade de apresentar doenças precocemente, como a obesidade infantil. Sendo assim, esse problema tem efeitos negativos como ansiedade, depressão e baixa autoestima, fatores contribuintes para o desenvolvimento de transtornos mentais.

Verifica-se, no estudo de Wang *et al.* (2017), a existência de uma relação entre amamentação e obesidade infantil. O leite materno tem baixa quantidade de calorias e nu-

trientes, é constituindo de proteínas como a leptina e grelina; no entanto, as fórmulas têm elevados níveis de gordura e, os bebês que são alimentados dessa maneira, costumam ter elevados níveis de insulina, podendo criar resistência a esse hormônio.

Percebe-se que a amamentação de forma planejada protege contra as doenças não transmissíveis na fase adulta, tendo efeitos protetores contra a adiposidade. No entanto, verifica-se, segundo Ortega-García *et al.* (2018), que alguns estudos não encontram conexão entre amamentação e obesidade, e outros, relatam que bebês que foram amamentados por um curto período tem maior chances de adquirir sobrepeso e obesidade.

Para Purnell (2018), a obesidade durante a infância influencia para a obesidade na vida adulta. As taxas de obesidade na faixa etária de 2 a 5 anos estão no mesmo nível de indivíduos adultos. Nessa idade é ideal ter padrões alimentares equilibrados e praticar atividades para diminuir as chances de ter obesidade na fase adulta. No entanto, o índice de crianças obesas é, na maioria das vezes, de crianças provenientes de famílias com baixa renda e pais que não frequentaram a escola.

Os principais sinais clínicos em crianças e adolescentes obesos estão relacionados ao sistema cardiovascular como: HAS, dislipidemia, ateroscleroses e coagulopatias. Afeta o sistema respiratório, causando síndrome da apneia obstrutiva do sono e asma, além de provocar na pele estrias, celulite, *Acantoses nigricans*, acne, furunculose e infecções fúngicas (WEFFORT; OLIVEIRA; ESCRIVÃO, 2019).

Um dos principais meios de prevenção da obesidade infantil é a alteração de hábitos alimentares durante três períodos críticos: preconcepção e pré-natal, primeira infância e idade escolar. A forma como a mãe se alimenta influência no metabolismo do bebê e o consumo de gorduras tem maiores chances de desenvolver a adiposidade (DABAS; SETH, 2018). Assim, Deal *et al.* (2020) verificam que os efeitos adversos a saúde inclui doença em vias áreas, DM2, Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), diminuição das chances de engravidar e maior risco de aborto espontâneo, parto prematuro ou natimorto.

Por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo a relação entre peso e altura pode-se verificar quando o indivíduo é considerado obeso (EINSTEIN, 2020). Diante disso, é perceptível a conexão da obesidade com outras doenças como HAS, dislipidemias e DM 2. Há indicações que a adiposidade corporal está relacionada à gênese de muitas dessas modificações (RAMOS-SILVA; MARANHÃO, 2019).

Conforme Neres (2019), os primeiros meses de vida até os 12 anos as crianças naturalmente possuem excesso de gordura e, com o avanço das tecnologias em todas as áreas, especialmente, no ramo alimentício por meio dos *fast-foods*, a obesidade tende a crescer entre o público infantil. Esse problema interfere na saúde mental, trazendo consigo problemas como: isolamento, depressão, solidão e baixa autoestima. Essas consequências são sérias e, se não tratadas, podem deixar marcas na vida da criança.

Weffort, Oliveira e Escrivão (2019) afirmam que existe uma relação entre obesidade e aleitamento materno por meio do "*imprinting*" metabólico, onde os primeiros alimentos que a criança consome podem acarretar problemas futuros, incluindo a obesidade. Diante disso, observa-se a importância dos componentes do leite materno, que é o alimento prioritário para recém-nascidos, mudando as características dos adipócitos, induzindo a diferença metabólica, neurológica e endócrina, tendo em vista que o leite materno afeta vários sistemas.

A introdução antecipada da alimentação com fórmulas e alimentos sólidos antes dos 6 meses de vida está ligada ao exagero de proteínas e carboidratos nesses alimentos, pois influencia no aparecimento de sobrepeso, obesidade e aumento de massa do corpo

ao longo da vida, minimizando, o grande benefício que o leite materno oferta na vida da criança (BASTOS *et al*., 2020).

Ainda segundo o autor supracitado, na primeira infância é a época ideal para que o peso seja controlado; por isso, há vários meios que comprovam a influência do aleitamento materno no controle da obesidade infantil e, conferindo proteção imunológica. Não obstante, as fórmulas contêm quantidades desajustadas de vitamina E, ferro, ácidos graxos essenciais, excesso de sódio, cloro e potássio, podendo trazer consequências para a criança, como a obesidade.

Em síntese, a obesidade infantil é uma grave patologia, devido à suas diversas causas e as comorbidades relacionadas, tornando-se um desafio a saúde da criança e das pessoas no geral. Logo, medidas preventivas, terapias alternativas e tratamento psicossocial são bons aliados para o combate desse problema (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2020). Tendo em vista os desafios para o controle da obesidade infantil e educação em saúde da família em relação à amamentação como uma forma de prevenir essa patologia, o próximo capítulo demonstra a importância da atuação do profissional enfermeiro no incentivo e orientação acerca do aleitamento materno.

4. PAPEL DO ENFERMEIRO NO ALEITAMENTO MATERNO

O período da gestação é uma fase de descobertas, dúvidas e mudanças, tanto para mãe como seus familiares. Logo, se faz importante uma atenção qualificada e o empenho dos profissionais de saúde, em especial a classe dos enfermeiros, no atendimento humanizado e acolhedor, para não deixar lacunas em relação as orientações (ALVES *et al*., 2020). O enfermeiro deve planejar ações com objetivos a serem cumpridos, dentre eles: palestras, sala de espera em UBS e grupos de apoio à gestante para possibilitar a troca de experiências.

Nascimento *et al.* (2019) observam que na primeira consulta do pré-natal devem ser feitos exame físico e anamnese, enfatizando a importância da amamentação, criando um vínculo de confiança com a gestante. Assim, o enfermeiro deve manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos em benefício das gestantes que serão atendidas e o conhecimento sobre a fisiologia da lactação pode ajudar as gestantes nos cuidados durante esse processo (SANTOS; SANTOS; OLIVEIRA, 2019).

Nesse sentido, Dias *et al.* (2018) percebem que os profissionais de enfermagem executam um papel de grande importância, pois, é durante as consultas do pré-natal na UBS que ocorre a maioria das orientações. Também é o momento de esclarecer todas as dúvidas que a gestante tem, orientar sobre a importância em comparecer a todas as consultas, bem como a importância de realizar todos os exames. Essas ações realizadas de forma efetiva evitam negligências, estando de acordo com as normas para garantir o nascimento de um bebê sadio.

or meio do atendimento prestado pelo enfermeiro é possível intervir antecipadamente e acompanhar as gestantes que se encontram em possíveis situações de risco, sendo necessário que as mesmas se sintam protegidas e acolhidas no decorrer dos meses, proporcionando uma gravidez segura (DIAS *et al*., 2018). Conforme Assunção *et al.* (2019), com o passar dos meses, há várias modificações fisiológicas que a gravidez provoca, e compete ao profissional enfermeiro conduzir e esclarecer essa situação à gestante através do atendimento humanizado.

Nesse sentido, dentre as mudanças causadas pela gravidez, há a produção de leite

materno para a amamentação do bebê, no entanto, maior parte das gestantes não sabem a importância do aleitamento na primeira hora de vida e durante os 6 meses do bebê de forma exclusiva. De acordo com o estudo de Aleixo *et al*. (2019), foram encontradas diversas dúvidas sobre a pega correta do bebê para amamentação, pois as mães pensavam que o queixo do bebê não deveria tocar a mama e que o lado inferior do bebê não deveria ficar virado para fora.

Nesse sentido, a posição adequada é a que o bebê esteja alinhado, o corpo bem próximo ao da mãe, a boca de frente para o mamilo e maior parte da aréola dentro da boca; o queixo deve tocar a mama da mãe e a mesma não deve sentir dor ao amamentar. Essas informações devem ser passadas pelo enfermeiro durante as consultas de pré-natal e no puerpério (ALEIXO *et al*., 2019).

Segundo o autor citado anteriormente, as mães em seu estudo relataram que o tempo ideal de cada mamada quem decide é o bebê, ou seja: "livre demanda". De fato, o tempo estimado durante cada mamada não dever ser fixo, motivos como fome, período entre a última mamada e volume de leite influem no tempo da mamada, sendo essencial que haja o esvaziamento por completo da mama, pois o leite final é rico em calorias importantes para o bebê conseguir ganhar peso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as informações e estudos divulgados, foi observado que o leite materno é o único alimento que o bebê necessita nos seis primeiros meses de vida, supre suas necessidades e traz consigo benefícios prolongados. Diante disso, verificou-se que também é um fator de proteção contra a obesidade infantil, um tema de grande relevância, sendo bastante debatido na atualidade.

Os estudos demonstraram que bebês que são amamentados por pouco tempo, tem mais possibilidades de ter sobrepeso, sendo uma das principais causas da obesidade a introdução alimentar precoce, com alimentos industrializados e fórmulas, favorecendo que a criança ganhe peso exageradamente, com alimentos ricos em carboidratos, sal e gordura. Sendo assim, uma das principais formas de prevenção da obesidade é a amamentação exclusiva até os seis meses do bebê e a manutenção de uma alimentação saudável.

Diante desses fatores, este estudo identificou que o enfermeiro é parte essencial do processo de amenização dos riscos para a obesidade infantil, visto que é durante o pré-natal que a gestante deve receber todas as orientações acerca da importância da amamentação. Através de um atendimento humanizado, a gestante pode se sentir segura para tirar possíveis dúvidas sobre a amamentação. Além disso, o enfermeiro deve explicar que na primeira hora de vida é essencial que o bebê seja amamentado e que esse processo de amamentação deve ser exclusivo até os seis meses de vida, de modo a trazer benefícios para o binômio mãe-bebê.

Referências

ALEIXO, T. C. S. E. et al. Conhecimento e análise do processo de orientação de puérperas acerca da amamentação. **Rev**. **Enferm**. UFSM, Santa Maria, v. 9, n. 19, p. 1-18, 2019.

ALVES, C. N. et al. Práticas de cuidado realizadas por enfermeiras durante o prénatal de baixo risco: bases para o cuidado cultural. **Res. Soc. Develop.,** [S.l.], v. 9, n. 7, p. e999975275, jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsdv9i7.5275. Acesso em: 26 abr. 2022.

ALVES, V.G.S; MOTA, M. C; PAGLIARI, C. Características sociodemográficas relacionadas ao conhecimento dos benefícios do aleitamento materno. **Revista Paulista de Pediatria**, v.39, 2021.

ANGELO, B. H. DE. B. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas das avós relacionados ao aleitamento materno: uma metassíntese. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

ASSUNÇÃO, C. S. et al. O enfermeiro no pré-natal: expectativas de gestantes. **Rev Pesq. Cuid. Fundam. [Internet],** [S.l.], v. 11, n. 3, p. 576-81, 2019.

BELLÚ, R.; CONDÓ, M. Breastfeeding promotion: evidence and problems. **La Ped Med. Chirurgica,** [S.l.], v. 39, n. 2, jun. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.4081/pmc.2017.156. Acesso em: 26 abr.2022.

BRASIL**. Cadernos de atenção básica, saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. E-book (184 p.). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_ca b23.pdf. Acesso em: 26 abr. 2022.

BRÁULIO, T. l. C. et al. Conhecimento e atitudes paternas acerca da importância do aleitamento materno. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021

CHEQUER, L. B. N. et al. O papel do aleitamento materno na prevenção da obesidade infantil. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 6, 2021.

DABAS, A.; SETH, A. Prevention and Management of Childhood Obesity. **The Indian J. of Ped.,** [S.l.], v. 85, n. 7, p. 546-553, fev. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s12098-018-2636-x. Acesso em: 26 abr. 2022.

DE OLIVEIRA BASTOS, Carolina et al. Deficiência do aleitamento materno exclusivo como contribuinte para a obesidade infantil. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 17, p. e5757-e5757, 2020.

DEAL, B. J. et al. Perspective: childhood obesity requires new strategies for prevention. **Adv. in Nutrition**, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 1071-1078, maio 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1093/advances/nmaa040. Acesso em: 26 abr. 2022.

DIAS, E. G. et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Rev. Sustinere,** [S.l.], v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.

DUARTE, M. L. et al. Conhecimento de profissionais de saúde sobre amamentação e fatores que levam ao desmame: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 27, n. 2, p. 441-457, 2022.

EINSTEIN. **Obesidade,** 2020. Disponível em: https://www. einstein. br/doencassintomas/obesidade. Acesso em: 14 out. 2022.

MENDES, J. O. H.; BASTOS, R. C.; MORAES, P. M. Características psicológicas e relações familiares na obesidade infantil: uma revisão sistemática. **Rev. SBPH**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 228-247, jul. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516- 08582019000300013#:~:text=(2009)%20dizendo%20que%20indivíduos%20com,pro cesso%20de%20ganho%20de%20peso. Acesso em: 26 abr. 2022.

MOSCA, F.; GIANNÌ, M. L. Human milk: composition and health benefits. **La Ped. Med. Chirurgica,** [S.l.], v. 39, n. 2, jun. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.4081/pmc.2017.155. Acesso em: 26 abr. 2022.

NASCIMENTO, A. M. R. et al. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família no incentivo ao aleitamento materno durante o período pré-natal. **Rev. Elet. Acerv. Saúde,** [S.l], n. 21, p. e667, abr. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e667.2019. Acesso em: 26 abr. 2022.

NERES, C. R. P. Complicações e fatores de risco para a obesidade infantil. **Anais do Seminário Regional de Extensão Universitária da Região Centro-Oeste (SEREX),** n. 3, p. 28-28, 2019.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no sistema único de saúde, Brasil, 2018. **Rev. Panam. Salud Pública**, [S.l.], v. 44, p. 1, abr. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.32. Acesso em: 26 abr. 2022.

OLIVEIRA, T. J. F.; ALMEIDA, M. C. Prevenção contra a obesidade infantil pelo aleitamento materno. **Rev. Cient. Elet. Ciências Aplicad. FAIT**, [S.l.], n. 1, p. 1-10, maio 2020. Disponível em: http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/uFLEmRflrPN8UWL_20 20-7-23-19-15-25.pdf. Acesso em: 26 abr. 2022.

ORTEGA-GARCÍA, J. A. et al. Full breastfeeding and obesity in children: a prospective study from birth to 6 years. **Childh. Obesity,** [S.l.], v. 14, n. 5, p. 327- 337, jul. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1089/chi.2017.0335. Acesso em: 26 abr. 2022.

PURNELL, J. Q. Definitions, classification, and epidemiology of obesity. **Endotext [Internet],** [S.l.], 2018.

ROCHA, I. S. et al. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3609-3619, nov. 2018.

SANTOS, E. A.; SANTOS, S. S.; OLIVEIRA, A. C. C. A enfermagem e a orientação sobre aleitamento materno. **Rev. Expres. Estácio, Carapicuíba,** v. 2, p. 40-52, 2019. Disponível em: http://periodicos.estacio.br/index.php/REDE/article/view/7567/47966346. Acesso em: 26 abr. 2022.

SOUSA, F. L. L. et al. Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recémnascido. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 2, p. e12710211208– e12710211208, fev. 2021.

WANG, L. et al. Breastfeeding Reduces Childhood Obesity Risks. **Childh. Obesity**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 197-204, jun. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1089/chi.2016.0210. Acesso em: 26 abr. 2022.

WEFFORT, V. R. S. et al. **Nutrologia Pediátrica: Temas da Atualidade em Nutrologia Pediátrica - 2021. /** Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP, 2021. 100 f.

20

GESTÃO EM SAÚDE: OS PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS POR CONTA DAS MUDANÇAS TECNOLÓGICAS

HEALTH MANAGEMENT: THE MAIN CHALLENGES FACED DUE TO TECHNOLOGICAL CHANGES

Larissa Mendonça Trancoso

Resumo

A utilização de recursos tecnológicos representa um importante avanço na área da saúde. Diante disso, a presente pesquisa teve como principal objetivo entender como as mudanças tecnológicas impactam a área da saúde. A metodologia utilizada para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso será uma Revisão de Literatura, de caráter qualitativo e descritivo. Para isso, foram analisados os trabalhos publicados no idioma português, nos bancos de dados do Google Acadêmico, PubMed, Lilacs e Scielo, nos últimos cinco anos. Como resultado, observou-se que as inovações tecnológicas surgem por meio da necessidade de se solucionar um problema de base tecnológica, sendo esse problema impossível de se resolver com os recursos disponíveis atualmente. Concluiu-se que a gestão de serviços de saúde pode ser conceituada como um conjunto de práticas voltadas para a organização e gestão de todas as atividades das instituições prestadoras de assistência à saúde, sejam elas públicas ou privadas. Além disso, constatou-se que alguns desafios e obstáculos devem ser ultrapassados, para que as tecnologias sejam utilizadas de modo satisfatório na área da saúde. Dessa forma, os principais desafios enfrentados pelo setor de saúde incluem a dificuldade de implementar sistemas que atendam adequadamente às necessidades das instituições hospitalares. Portanto, os objetivos propostos pela pesquisa foram alcançados.

Palavras-chave: Tecnologias. Saúde. Gestão.

Abstract

The use of technological resources represents an important advance in the health area. Therefore, the main objective of this research was to understand how technological changes impact the health area. The methodology used to carry out the Course Completion Work will be a Literature Review, of a qualitative and descriptive nature. For this, studies published in Portuguese, in the databases of Google Scholar, PubMed, Lilacs and Scielo, in the last five years were analyzed. As a result, it was observed that technological innovations arise through the need to solve a technology-based problem, this problem being impossible to solve with the resources currently available. It was concluded that the management of health services can be conceptualized as a set of practices aimed at the organization and management of all activities of institutions providing health care, whether public or private. In addition, it was found that some challenges and obstacles must be overcome for technologies to be used satisfactorily in the health area. Thus, the main challenges faced by the health sector include the difficulty of implementing systems that adequately meet the needs of hospital institutions. Therefore, the objectives proposed by the research were achieved.

Keywords: Technologies. Health. Management.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem-se testemunhado muitas transformações e inovações sem precedentes na área da saúde. Isso aprofunda a diferenciação dos serviços de saúde em setores públicos e de mercado. O setor de saúde também é um lugar de inovação e acumulação de capital, e o mercado é um espaço concreto onde o capital se enfrenta. A era da informação não deixou o setor de saúde para trás. É notório que a tecnologia evoluiu além do processamento de dados padrão para funções administrativas comuns a todas as instituições, como planos de trabalho, receitas, relatórios de resultados, sistemas preventivos etc.

Gestão em saúde é o ato de administrar recursos como tempo, dinheiro, pessoas e processos em uma instituição de saúde. Ela pode ser aplicada a instituições públicas ou privadas de diversos tamanhos, como hospitais e operadoras de planos de saúde. Essa área objetiva garantir que o paciente esteja no centro do cuidado, sendo a prioridade na hora de definir os protocolos a serem seguidos. Realizar a gestão da internação envolve diversas atividades como prever riscos, gerenciar crises, ou seja, monitorar o cuidado com o paciente de ponta a ponta a fim de prezar pela sua segurança. Nesse contexto, a tecnologia tem ganhado espaço também na Gestão em Saúde, trazendo consigo benefícios e facilidades aos profissionais e usuários que o utilizam.

Na contemporaneidade, tem-se observado a utilização de muitos recursos tecnológicos da área da saúde em diversos países. Muitos recursos são amplamente utilizados para apoiar atividades de saúde pública relacionadas à prevenção e promoção da saúde, controle epidemiológico e vigilância sanitária. Diminuir custos e elevar a eficiência são as buscas constantes de qualquer negócio, mas para os hospitais a combinação desses elementos pode representar uma questão de sobrevivência. Sendo assim, a situação do sistema de saúde brasileiro merece atenção especial. Este segmento enfrenta dificuldades para equilibrar as contas devido à introdução de tecnologia avançada para diagnósticos e ao crescimento dos gastos com saúde devido aos altos índices de desperdício, bem como os desafios dos usos dos recursos tecnológicos, justificando essa pesquisa.

Em ambientes hospitalares, é comum encontrar centenas de aplicativos diferentes, e os softwares computadorizados hospitalares que auxiliam nos procedimentos a serem realizados, na rotina e na clínica hospitalar. Diante disso, questiona-se: Quais são os principais desafios enfrentados pelos profissionais de Enfermagem diante das mudanças tecnológicas na gestão em saúde?

O principal objetivo dessa pesquisa foi entender como as mudanças tecnológicas impactam a área da saúde. Especificamente, buscou-se: a) apresentar o conceito de inovações tecnológicas; b) conceituar a Gestão em Saúde; c) identificar os principais obstáculos e desafios enfrentados pela saúde em relação ao uso de novas tecnologias.

A metodologia utilizada para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso será uma Revisão de Literatura, de caráter qualitativo e descritivo. Para isso, foram analisados os trabalhos publicados no idioma português, nos bancos de dados do Google Acadêmico, PubMed, Lilacs e Scielo, nos últimos cinco anos (2017 a 2022). Para facilitar a pesquisa, foram utilizadas as seguintes palavras chaves na busca pelo material a ser estudado: Tecnologias; Saúde; Gestão.

2. INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

O conceito de inovação está intimamente relacionado à criação de algo novo, que nunca foi concebido. Etimologicamente falando, a palavra inovação tem origem latina "inovare", que significa "fazer algo novo". Segundo Barros (2016), a inovação surge quando há o sucesso da junção de dois elementos: a criatividade e a produtividade, e este último item prova que a ideia realmente foi útil e satisfatória.

A inovação pode ser considerada como um instrumento utilizado por empreendedores na busca por novas oportunidades, de modo a tornar diferenciado um produto, um serviço ou um negócio (DRUCKER, 2022). Para o autor Schumpeter (2022), a produtividade empenhada nesse processo, inovação busca o desenvolvimento econômico. Conforme este autor, a inovação corresponde a exploração de uma ideia com o intuito de gerar riquezas. Ele ressalta ainda, que o capitalismo só progride por meio do surgimento das inovações o que vem revolucionar o sistema, através da teoria conhecida como destruição criativa.

De acordo com O'Brien (2014), a inovação tecnológica pode ser definida como "o resultado da aplicação de conhecimentos obtidos através da pesquisa científica aplicada a produtos ou processos de produção, com novas funcionalidades e efetivos ganhos de qualidade ou produtividade, resultando em maior competitividade". Dessa forma, a busca por um diferencial no mercado vem impulsionando significativamente as empresas a investirem em inovações tecnológicas de forma a alcançarem seus objetivos.

O tema Inovação Tecnológica atrai a atenção da comunidade científica, acadêmica e principalmente empreendedora. Entretanto, esse assunto só veio ganhar maior destaque a partir da década de 90, quando passou a ser vista como fator primordial para a competitividade das empresas e organizações no mercado econômico. Inúmeros estudos apontam uma estreita relação entre o uso de inovações tecnológicas no processo produtivo e o desenvolvimento econômico e desempenho das operações (STOECKICHT, 2022).

Aliada à informação e ao conhecimento, as inovações tecnológicas passam a ser consideradas como fundamentais para as tomadas de decisões que visam o melhor desempenho de um processo. Tal fato pode ser identificada na expressão "knowledge-based economy", adotada pela OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, no final do século XX. Tal expressão traduz a nova perspectiva do conhecimento como ferramenta para se alcançar o crescimento econômico. De acordo com essa visão, a economia mundial vem dependendo cada vez mais do emprego de inovações tecnológicas aliadas a ela (STOECKICHT, 2022).

Nos dias de hoje, a inovação tecnológica vem sendo cada vez mais exigência do mercado para as empresas que desejam permanecer no meio. Segundo Cavalcanti (2021), para as empresas que desejam sobreviver no mercado e obterem retorno financeiro, é de fundamental importância a busca e o emprego de inovações tecnológicas em seus produtos. Na Construção Civil, por exemplo, onde a competitividade é altíssima, o uso de inovações tecnológicas representa um diferencial e algo que garante as vendas.

Segundo o Manual de Oslo (2017), considerado um dos documentos de maior referência para o tema da inovação tecnológica, o uso da tecnologia é um fator primordial para o desempenho de um produto no mercado. O objetivo principal deste manual foi coletar os dados de inovação dos diferentes países e propor diretrizes para o desenvolvimento de atividades inovadoras nos diferentes setores.

Pode-se considerar que a inovação tecnológica surge por meio da necessidade de se solucionar um problema de base tecnológica, sendo esse problema impossível de se resolver com os recursos disponíveis atualmente (NASCIMENTO, 2019). O mercado orienta

a necessidade e o ritmo das inovações tecnológicas, tendo em vista que estas surgem conforme as demandas do mercado. Dessa forma, as inovações tecnológicas tendenciam o surgimento de novas demandas, o que acaba propiciando o ciclo de inovações.

2.1 Processo De Inovação

O processo de inovação tecnológica possui características variáveis, que dependem do setor a que estão inseridas. Entretanto, algumas características comuns ao processo de inovação tecnológica podem ser consideradas, como as chamadas "propriedades inerentes ao processo de inovação tecnológica". Segundo o autor Andreassi (2022), são elas:

- A cada dia, as inovações tecnológicas se baseiam mais no conhecimento científico difundido;
- Boa parte das inovações tecnológicas nas empresas se dá através da experiência em se lidar com situações práticas para resoluções de problemas de seu ciclo de produção ou de seus clientes;
- O processo de inovação tecnológica é baseado em incertezas, uma vez que não há um conhecimento prévio dos resultados;
- As organizações acadêmicas, laboratórios de pesquisa industriais, centro de pesquisas e demais empresas do gênero são favorecidas pelo nível crescente de complexidade nas atividades de inovação;
- As inovações tecnológicas não são ditadas pelo ritmo de mercado, mas sim são impulsionadas pela experiência acumulada pelas empresas através dos anos (ANDREASSI, 2022, pg.21).

A inovação tecnológica inclui etapas que vão desde a concepção do trabalho até o seu uso, seja no setor industrial ou comercial. Esse processo se desenvolve com o passar do tempo e corresponde a um conjunto de ações e tomada de decisões (COSTA, 2022).

Segundo os autores Scherer e Carlomagno (2019), as etapas que constituem o processo de inovação tecnológica necessitam de um programa eficiente de gestão de inovação dentro das organizações, de forma a garantir que o processo seja implementado de forma eficaz. De acordo com eles, o processo de inovação tecnológica é dividido em quatro etapas:

- Idealização: Identificação de ideias provenientes da empresa ou fora dela;
- Seleção de experimentos: Nesta etapa são desenvolvidos conceitos e transformar as ideias pré-selecionadas em propostas de inovação;
- Desenvolvimento: Aqui são planejados, aprimorados e executados os projetos;
- Implementação: O projeto é submetido ao mercado para teste e validação.

A gestão dos processos de inovação tecnológica deve ser realizada de forma cíclica e sistêmica, de forma a identificar as ideias, selecionar os experimentos, desenvolver as propostas e implementá-las no mercado. Dessa forma, os erros e dificuldades encontradas no processo são aprimorados e solucionados no ciclo posterior. Assim, torna-se de fundamental importância o comprometimento de toda a equipe que realiza o trabalho, além da atuação direta dos dirigentes na implantação de cada etapa (LACERDA, 2021).

De acordo com Fayret (2020), a implantação e o desenvolvimento do processo de

inovação tecnológica dentro de um determinado posto de trabalho exigem uma atuação articulada em três níveis de execução: o nível estratégico, o nível tático e o nível operacional. Para este autor, a presença desses níveis no processo de inovação tecnológica, reduz as chances de erros estratégicos e de mercado.

Conforme destacam os autores Nonaka e Takeuchi (2017), alguns fatores são primordiais para a formação de um ambiente de aprendizado em benefício da inovação tecnológica dentro das organizações. Dentre esses fatores, destaca-se a confiança entre os empresários, a comunicação informal, boa relação de confiança entre os empresários e acesso à novos conhecimentos. Ou seja, observa-se que a implementação de uma cultura de inovação dentro de um empreendimento está intimamente ligada à rede de relacionamentos desta empresa com as demais.

Para Cavalcanti et al. (2021), a criação de redes de relacionamento entre as empresas é um fator de grande importância para se impulsionar o processo inovativo. Segundo Balestrin e Verschoore (2020), a interação e cooperação em rede propicia a criação de um ambiente aberto ao processo inovativo, pois está propenso a condições de aprendizagem e inovações entre as organizações participantes.

2.2 inovações tecnológicas na saúde

A inteligência artificial ou IA já está presente em diversas atividades do dia a dia das pessoas e a saúde não é exceção. Chatbots ou assistentes virtuais que prestam primeiros socorros aos pacientes, coletam informações e os encaminham para a pessoa certa são apenas alguns exemplos de como a IA pode otimizar o dia a dia em clínicas e hospitais. No entanto, a IA oferece muitas outras possibilidades, muitas ainda inexploradas, usando recursos como computação cognitiva e aprendizado de máquina (LACERDA, 2021).

Outros exemplos de aplicações de inovação na área da saúde, de acordo com Alberstrin (2020), incluem:

- Pré-atendimento e pré-diagnóstico com coleta de informações por assistente virtual.
- Organização dos processos de trabalho.
- Cirurgia adjuvante.
- Gerenciamento de risco do paciente.

A implementação de práticas e ferramentas de inteligência artificial no setor de saúde agilizará todos os processos, desde o primeiro contato com os pacientes até o agendamento de consultas e o inventário de medicamentos disponíveis no local. Isso beneficia não só o paciente, mas também os profissionais que atuam na área (AVILA, 2021).

3. GESTÃO EM SAÚDE

Segundo, Prestes (2019, p. 23), a gestão não é simplesmente a arte de dirigir, regular, procedimentos e indivíduos, para que assim haja mudança e desenvolvimento no departamento hospitalar. Essa excelente competência é o principal sustentáculo para o avanço em todos os âmbitos, como, exemplo, pessoas, organizações, empresas, instituições, isto é, esse conjunto de fatores interligados ao campo da saúde. Gerenciar um hospital é uma imensa responsabilidade, pois, toda sua estrutura está destinada ao sistema

de saúde, como principal plano para estabelecer as atividades que compreende esse universo; de modo a não se obter apenas os resultados traçados, bem como o atendimento das necessidades da pessoa enferma.

Pontua-se que as falhas no processo de comunicação entre os profissionais da área da saúde, na relação existente entre médicos e administradores não são formalizados na alta gestão, o que compromete todo o processo, já que a gestão participativa tem fundamental importância no aperfeiçoamento dos processos hospitalares. Logo na etapa inicial deve ser efetuada uma análise das classes laborais da instituição, com interesse em alcançar o reconhecimento, baseados nessas informações são colocados em prática medidas voltadas para o melhoramento dos referidos processos, para minimizar os ruídos nas comunicações em todos os estágios, que por conseguinte resultará na prestação de serviço, bem como, elevará seu status neste segmento (FREIRE et al., 2015).

Os autores Oliveira et al. (2018) ressaltam que a gestão de saúde nada mais é que uma busca ininterrupta de uma harmoniosa convivência entre a equipe multidisciplinar de saúde, que em conjunto se preocupam em salvar a vida do paciente, e o gestor por sua vez, tem a incumbência de oferecer todos os recursos necessários, como materiais e tecnológicos de valores sabidamente elevados, porém sem deixar de levar em consideração a saúde financeira da instituição, para que assim a mesma não venha colapsar.

Tendo em vista, compreender o segmento da administração hospitalar dentro da situação deste trabalho têm-se a contextualização em que Lemos e Rocha (2021) discursam sobre as funcionalidades de como o gestor deve atuar, na realização dos serviços, de maneira a elencar os procedimentos de estruturação, arrumação, plano, delineamento, efetuação, gerenciamento, acompanhamento e avaliação de tarefas no qual tem-se o potencial ativo e seu essencial objetivo é o aperfeiçoamento constante da qualidade.

Por outro lado, pode-se observar que a palavra "Gestão", conforme Prestes (2019), expõe proferir e introduzir a denominada gerência da qualidade em saúde, temática bastante discutida, desde os primórdios na qual contorna e possibilita uma assimilação, empenho, evolução de processos, diminuição de esbanjamentos, entre outros benefícios. Inúmeros conceitos acerca do gerenciamento da qualidade permitiram o remodelamento do cenário atual, de maneira a gerar impacto a nível mundial, como marco na história na gestão da qualidade, tal como as suas ações possam induzir em seus resultados.

No âmbito dos centros acadêmicos diversos trabalhos na área da saúde são desenvolvidos. Para melhor entendimento, sistematiza-se este contexto para formulação de didáticas, que mostra a atuação dos dirigentes do SUS no cumprimento das políticas de saúde para assegurar a toda população o direito à saúde, inclusive mostrar a orientação da sua gestão se faz necessário no gerenciamento dos processos internos (BRASIL, 2020).

Os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na constituição federal e leis complementares, concordam que a direção do sistema único de saúde (SUS) seja amparada nas repartições de competências entre os entes federados. Dessa forma, cabe a união, estados e município, de forma concomitantemente definir mecanismos de controle e mensuração dos serviços de saúde, acompanhar a qualidade da saúde da população, coordenar e adotar os fluxos financeiros e orçamentários, determinar políticas de recursos humanos, organizar o delineamento a curto, médio e longo prazo, além de propor o encaminhamento de políticas de saúde, entre outras maneiras (BRASIL, 2020).

Segundo, Prestes (2019), o hospital, desde sua origem, é o recanto que tem por finalidade cuidar de pessoas, e tem como desígnio proporcionar amparo multidisciplinar integral, preventivo e curativo à população. Essa heterogenia organização contém também inúmeras áreas com intuito de realizar suas atividades, com a delegação de apresentar

seus auxílios no ciclo do atendimento. No início, sua finalidade era mais coletiva que terapêutica, com vista a estimular a assistência, reestabelecer a saúde, complementar o diagnóstico e realizar o tratamento restrito aos recursos, moldes e condições daquele período. Nos dias atuais, no Brasil, existem inúmeros cursos de graduação com direcionamento à área da saúde e da gestão hospitalar, com o objetivo de qualificar profissionais para o mercado, além de oferecer uma gama de conhecimentos durante a formação.

3.1 O enfermeiro como gestor hospitalar humanizado

Nesta perspectiva, para que ocorra um excelente trabalho é primordial que haja profissionais humanizados, e Freire et al. (2015), mencionam sobre políticas de humanização em que retrata a forma de como essas políticas são abordadas, estejam direcionadas para o Sistema Único de Saúde. Desse modo, a contemporaneidade da primeira assistência e amparo ao paciente, até a realização e gestão de suas estratégias, que colaborarão para o cuidado, melhorias e reabilitação do mesmo. Leva-se em conta que uma Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente de extrema importância. Vale ressaltar, que a humanização deve estar interligada a toda a família e não apenas ao indivíduo hospitalizado. Neste sentido, a finalidade das formas de intervenção nas Unidades de Tratamento Intensivo é utilizar o processo decisório para que os especialistas em saúde possam gerenciar e acrescentar as metodologias que se façam vitais aos processos.

Segundo, Pereira e Primo (2015), fica evidente que a enfermagem entre outras profissões de saúde, participa de cargos de direção e gestão. De sorte a ressaltar que o enfermeiro procure obter habilidades de liderança, flexibilidade e discernimento no que se refere às necessidades dos pacientes que supervisiona, e tenha motivações entre os colaboradores, a evidenciar as aptidões de cada um, sem explorá-los. Não se deve exigir de um profissional aquilo além do que ele pode dar para exercer um bom trabalho, para que seu rendimento não seja prejudicado.

Em consonância com o que o autor vem expor no decorrer deste parágrafo, é perceptível que se deve ter humanização em todo momento quando se trata de ambiente hospitalar, pois estes profissionais irão trabalhar diretamente com pessoas, pessoas estas que já estão debilitadas por conta de alguma enfermidade. Com isso, Para Pinochet e Galvão (2020), humanização da assistência hospitalar é: que se torne humana essa assistência tanto aos profissionais de saúde, quanto aos usuários. Para que, com isso, seja possível o diálogo entre os integrantes, com vista a promoção de ações, planos, campanhas e execução de políticas públicas, pautado na ética, solidariedade e no reconhecimento de cada aptidão desse profissional nos mais níveis das relações humanas.

Para se entender um pouco sobre gestão e o porquê que o profissional de saúde precisa ser humano, Abreu et al. (2020), se faz bastante pertinente quando expõe a seguinte abordagem: na perspectiva da gestão humanizada envolve-se a elaboração de ações que garantem a participação dos trabalhadores nos procedimentos de análise e decisões, reconhecer o processo de produção de saúde e o desenvolvimento profissional. Tornar humano administração dos serviços de enfermagem deve, também, buscar ações que valorizem a dignidade dos profissionais.

Tem sido notório a participação de pesquisas e debates no âmbito hospitalar, com o intuito de aperfeiçoar as estratégias de gestão. Neste sentido, Prestes (2019) ressaltam que, por volta do século XX, houve um crescimento nos debates a respeito da qualidade da gestão em inúmeros setores de negócio e da sociedade, até mesmo no setor saúde e, mais especificamente, no cuidado hospitalar. Inúmeras abordagens apontam, que o

gerenciamento e a avaliação da qualidade em bem-estar, é um ponto crucial para que se tenha consideração com a modelagem dos sistemas de saúde, bem como a sua compreensão de que as fontes de falhas de qualidade não estão nos indivíduos/profissionais, mas nas demandas e processos de trabalho. A procura de concorrência e efetividade, as instituições de saúde têm agregado a cada dia estratégias que propiciam o acompanhamento, desempenho para consecução da melhor qualidade em cuidado.

A gestão de serviços de saúde é considerada um amplo conjunto de práticas voltadas para a organização e gestão de todas as atividades das instituições prestadoras de assistência à saúde, sejam elas públicas ou privadas. Assim, a administração dos serviços de saúde preocupa-se com o controle e a gestão de todos os recursos importantes para possibilitar a prestação desses serviços (LEMOS; ROCHA, 2021).

Recursos também significam recursos financeiros, humanos, de saúde, de tecnologia e logística. Este tipo de controle visa coordenar os processos e garantir que todos os requisitos internos e externos de segurança e qualidade sejam atendidos. Portanto, para superá-lo, os gestores dos serviços de saúde precisam entender todas as necessidades de suas unidades, planejar as vulnerabilidades e planejar soluções eficazes. A gestão de serviços de saúde é fundamental para garantir que os processos hospitalares, clínicos e ambulatórios sejam realizados de forma eficiente. Para fazer isso, erros e custos operacionais devem ser reduzidos o máximo possível (OLIVEIRA, 2018).

A gestão dos serviços de saúde envolve, portanto, otimizar os fluxos de trabalho e maximizar o uso dos recursos disponíveis para facilitar o crescimento das empresas prestadoras de serviços de saúde e melhorar a qualidade do serviço prestado aos prestadores de serviços de saúde. Você está na vanguarda do processo (PEREIRA; PRIMO, 2015).

Ainda, pode-se mencionar que a relevância da gestão dos serviços de saúde está no fato de que, através da atuação deste departamento, podemos identificar com mais clareza os problemas e propor soluções mais eficazes para o correto gerenciamento dos riscos. A importância da assistência à saúde está relacionada ao bom funcionamento de todo o processo dentro da instituição. A gerência é responsável por garantir que todos os equipamentos estejam totalmente funcionais e que os funcionários sejam treinados para desempenhar suas funções (PRESTES, 2019).

Além do mais, observa-se a importância da implementação de atividades gerenciais ao direcionar as equipes a priorizar o atendimento ao paciente e os profissionais a utilizarem técnicas humanizadoras. Em contrapartida, assistência à saúde ainda é fundamental para conter problemas financeiros, reduzir custos e maximizar a eficiência do trabalho. Portanto, esse setor é vital para a saúde, pois ajuda na identificação e solução de problemas e impulsiona o crescimento dos negócios hospitalares (SOUZA et al., 2019).

4. DESAFIOS DA SAÚDE FRENTE ÀS NOVAS TECNOLOGIAS

A saúde é considerada um bem prioritário para a maioria das pessoas. Muitas vezes ouve-se a expressão comum: "Se você for saudável, o resto de sua vida se curará". Diante disso, na sociedade contemporânea, onde o desenvolvimento científico e tecnológico (tecnociência) é acelerado e existe um verdadeiro entusiasmo pelo que é novo, portanto, também se espera que o setor de saúde seja muito influenciado por esse processo, tendo em vista que se trata especificamente de corpos biológicos finitos, pessoas relacionando-se entre si e com o meio (PIRES et al., 2019).

Sonhos e esperanças de uma vida mais longa, cura de doenças e incapacidades e

procedimentos estéticos culturalmente determinados e não funcionais são cultivados. Em contrapartida, nos dias atuais, novas ameaças, riscos e vulnerabilidades, como pandemias, surgem o tempo todo (UCHIDA et al., 2020).

Os investimentos em avanços em saúde e novas descobertas tecnológicas são constantes e crescentes. Novos equipamentos, instrumentos, vacinas, medicações, aparelhos para diagnósticos e intervenções, robôs cirúrgicos, informações instantâneas, prontuários eletrônicos nacionais únicos e integrados para acesso internacional, transplantes e até um exemplo de fabricação artificial de células humanas, fomentos e campo de trabalho de milhares de engenheiros e cientistas. A tecnologia médica inclui medicamentos, procedimentos, instrumentos, organizações, sistemas educacionais e de apoio, programas de cuidados e protocolos para a prestação de cuidados e cuidados de saúde às pessoas. A tecnologia médica pode ser estudada a partir de um contexto histórico, identificando os conhecimentos, explicações e técnicas utilizadas em vários momentos históricos desde o surgimento da humanidade até os dias atuais (PIRES et al., 2019).

Todas as formas interventivas ou técnicas de enfermagem sempre estiveram associadas à elucidação da doença, suas causas e consequências. Desse modo, a doença é relacionada às causas sobrenaturais, desequilíbrios nas funções e fluidos corporais e efeitos do clima e das condições atmosféricas, com ênfase nas habilidades naturais de cura associadas à alimentação (UCHIDA et al., 2020).

O conceito de doença como uma disfunção de uma parte do corpo, órgão ou sistema tornou-se entrincheirado, com causas únicas ou múltiplas, levando ao desenvolvimento de considerações individuais, ao utilizar o hospital como espaço auxiliar privilegiado no diagnóstico e tratamento da "doença". Hospitais e clínicas são os locais habituais de grandes avanços da ciência moderna, onde técnicas e técnicas cada vez mais sofisticadas são utilizadas no diagnóstico e tratamento de doenças. Destaca-se também neste momento o impacto da inovação tecnológica em diferentes áreas e especialidades do setor saúde, no que se refere à disponibilização de dispositivos e novas tecnologias assistivas (OLIVEIRA et al., 2020).

Desse modo, afeta o conhecimento clínico e epidemiológico, a saúde mental, a dimensão cultural do processo saúde-doença, os modelos organizacionais e gestão laboral. Fortemente influenciado pelo paradigma da ciência positiva, o setor saúde foi sensível à inclusão de tecnologias materiais com finalidade terapêutica, diagnóstica e manutenção, fazendo uso de conhecimentos e produtos informatizados. O uso de inovações intangíveis, especialmente no campo das inovações organizacionais e relacionadas ao trabalho (ALVES; ROMANO, 2020).

A industrialização trouxe consigo a modernização, o desenvolvimento de novas tecnologias e a valorização científica. No campo da saúde, tais avanços evidenciaram a introdução da tecnologia da informação e o surgimento de equipamentos modernos e avançados, que trazem vantagens e agilidade na identificação e no trato de doenças. Essa tecnologia moderna, que foi criada pelo homem a serviço do homem, muito tem colaborado com as respostas para problemas até então insolúveis e pode levar a melhores condições de vida e de saúde para as pessoas (OLIVEIRA et al., 2020).

Estudos específicos, como os realizados em unidades de terapia intensiva e com enfermeiros, demonstram que esses profissionais são frequentemente desafiados por situações clínicas complexas que exigem atenção e controle e, portanto, a integração consistente, correta e segura de inovações técnicas no sistema de enfermagem à beira do leito. De modo claro, essas inovações devem ser avaliadas com base nos impactos que causam no trabalho exercido por esse profissional e na segurança dos pacientes (DER-

MINDO, 2019).

Considerando que a enfermagem é o grupo profissional com maior número de oportunidades para receber, cuidar e apoiar os clientes/pacientes, a avaliação das técnicas de iluminação torna-se um fator fundamental no desenvolvimento de seus processos de trabalho, para um diálogo prévio para construir confiança na relação cuidador-paciente (LOURENÇO, 2019).

Esse forte desempenho torna o paciente/cliente um parceiro colaborador da equipe médica e da instituição e, como resultado, elegível para o processo de tratamento com a oportunidade de rápida recuperação. É uma arte de cuidar com um conjunto de saberes e práticas que visam compreender a paisagem humana, as limitações, as oportunidades, as necessidades imediatas e as potencialidades.

A relação terapêutica entre enfermeiras e pacientes torna-se uma ferramenta essencial para a ajuda e compreensão mútua. Todos os pacientes têm certos padrões comportamentais e distintas formas de pensar e se comportar. O cuidado deve se adaptar à singularidade da pessoa, compreendê-la em sua jornada de vida e planejar o suporte de acordo com suas necessidades (FILHO; PEREIRA, 2021).

Essas são as características assistenciais de que os profissionais necessitam para que desempenham bem o papel de prestar cuidados. Sua necessidade de humanização como auxílio, sua dedicação aos seres que necessitam de seus cuidados, que é vulnerável do ponto de vista biopsicossocial e requer atenção individualizada do enfermeiro (SOUSA; IMADA, 2021).

O autor Dermindo (2019, p.21) pontua que:

> que a enfermeira, além de acolher, garante a retaguarda do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem. Essa retaguarda é feita em perfeita sintonia com as Auxiliares de Enfermagem, através de orientação sobre as condutas, e na utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da Unidade.

É importante registrar que, além de utilizar todo o seu arsenal técnico, a enfermeira, com a reorganização do processo de trabalho e instrumentalizada pelos protocolos, vê-se dotada de maior autonomia na função que exerce. Autonomia que lhe fortalece enquanto pessoa humana dotada de fragilidades, e enquanto profissional, pois possui a condição necessária para o seu pleno exercício profissional no momento da prestação de cuidados assistenciais. A produção de cuidados está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, a um modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo (UCHIDA et al., 2020).

O autor Lourenço (2019, p.21) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como sendo:

> A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A levedura diz respeito aos saberes estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Além de utilizar todo o arsenal tecnológico, é importante perceber que a reorganização dos processos de trabalho e a instrumentalização por protocolo têm conferido ao enfermeiro mais independência e liberdade nas funções que desempenha. Uma autonomia que o potencializa como pessoa em situação de vulnerabilidade e como profissional pelos pré-requisitos necessários para o pleno exercício profissional da enfermagem. A produção do cuidado está, portanto, vinculada aos processos de trabalho e à tecnologia, numa abordagem voltada para a entrega de produtos específicos e para a obtenção de resultados adequados à melhoria da saúde dos usuários individuais e coletivos (FILHO; PEREIRA, 2021).

Os mercados digitais chegaram para ficar, e o setor de saúde não é exceção. A utilização das novas tecnologias, dos canais digitais, como a inteligência artificial, representa algumas das ferramentas que prometem aproximar a humanidade cada vez mais do futuro da saúde. Os principais desafios enfrentados pelo setor de saúde incluem a dificuldade na implementação de sistemas que atendam adequadamente às necessidades das instalações, a necessidade de análise avançada de métricas que apoiem a tomada estratégica de decisões, bem como o gerenciamento de dados. Mas só há uma maneira de resolver todos esses problemas: por meio da inovação em saúde (AVENI; MORAIS, 2021).

Juntas, a tecnologia e a inovação têm o poder de ajudar a enfrentar alguns dos principais desafios enfrentados pela saúde hoje, incluindo COVID-19, esgotamento clínico, custos crescentes e desigualdades na indústria. A relação da classe de profissionais da saúde, como a Enfermagem, com a tecnologia tem sido fundamental na busca por soluções avançadas para o atendimento ao paciente, diagnóstico de doenças e seu tratamento, sem perder o contato humanizado (MORAIS et al., 2021).

De acordo com Vieira et al. (2021), a tendência é aumentar o investimento em tecnologia para aprimorar processos, aumentando a produtividade do corpo de profissionais da saúde e aumentar a qualidade do atendimento prestado ao paciente. Como exemplo, os especialistas citam a inteligência clínica (IA) em ambientes que capturam conversas entre pacientes e médicos, convertem-nas em texto, organizam-nas em notas de progresso clínico e integram-nas em registros médicos eletrônicos (EHR). Essa tecnologia baseada em IA pode economizar o tempo destinado aos registros documentais eletrônicos, reduzindo potencialmente o esgotamento clínico.

A fim de alcançar bons resultados, a tecnologia empregada deve ser gerenciada de modo seguro, interoperável, inteligente e transparente. Entretanto, ainda que a tecnologia na saúde beneficie muitos pacientes, os autores dizem que ela também pode exacerbar as diferenças de saúde existentes, incluindo o Acesso e acessibilidade dos cuidados (AVENI; MORAIS, 2021).

As implementações tecnológicas devem, portanto, adotar uma abordagem holística para garantir que os mais carentes e vulneráveis socialmente também possam se beneficiar da tecnologia. Com um maior acesso a dados e informações, mais doenças e medicamentos estudados de forma mais precisa. Diante disso, a Covid-19 veio demonstrar que a sociedade atual é conectada. Assim, aprender sobre tendências e desafios em outros locais do globo, bem como as abordagens adotadas por outras organizações de saúde em todo o mundo, preparará a humanidade para o que está por vir. Sendo assim, a telemedicina é essencial para o desenvolvimento de cenários digitais de saúde e ecossistemas de saúde (VIEIRA et al., 2021)

5. CONCLUSÃO

Conclui-se com a presente pesquisa que as inovações tecnológicas surgem por meio da necessidade de se solucionar um problema de base tecnológica, sendo esse problema impossível de se resolver com os recursos disponíveis atualmente. O mercado orienta a necessidade e o ritmo das inovações tecnológicas, tendo em vista que estas surgem conforme as demandas do mercado. Dessa forma, as inovações tecnológicas tendenciam o surgimento de novas demandas, o que acaba propiciando o ciclo de inovações.

Também pode-se concluir que a gestão de serviços de saúde pode ser conceituada como um conjunto de práticas voltadas para a organização e gestão de todas as atividades das instituições prestadoras de assistência à saúde, sejam elas públicas ou privadas. Ela se preocupa com portanto, com o controle e a gestão de todos os recursos necessários à prestação dos serviços de saúde, incluindo recursos técnicos, logísticos e humanos, visando garantir que todos os requisitos internos e externos de segurança e qualidade sejam atendidos.

Portanto, a fim de utilizar os recursos tecnológicos de modo satisfatório no segmento da saúde, alguns desafios e obstáculos devem ser ultrapassados, como os gestores dos serviços de saúde precisam entender todas as necessidades do estabelecimento, identificar as fragilidades e planejar soluções efetivas. Dessa forma, os principais desafios enfrentados pelo setor de saúde incluem a dificuldade de implementar sistemas que atendam adequadamente às necessidades das instalações, a necessidade de análises avançadas de métricas para apoiar a tomada de decisões estratégicas e o gerenciamento de dados. Logo, pode-se dizer que os objetivos presentes na pesquisa foram alcançados.

Referências

ABREU, Ludmila de Ornellas et al. Trabalho multidisciplinar em enfermagem: revisão sistêmica da literatura. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 58, n. 2, Abr. 2020.

ALBERTIN, Alberto Luiz. **O comércio eletrônico evolui e consolida-se no mercado brasileiro.** Revista de Administração de Empresas, v. 40, 2020.

ALVES, Vinicius Teodosio; ROMANO, Simone Maria Viana. O uso de tecnologia de gestão em saúde nas UTI's da baixada santista. **Revista Processando o Saber**, v. 13, p. 216-228, 2021.

ANDREASSI, T. **Ações internas voltadas ao fomento da inovação: as empresas também precisam fazer sua "lição de casa".** XXII Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica, Salvador, 2022.

AVENI, Alessandro; MORAIS, Rafael Santos Gonçalves. EMPREENDEDORISMO E INOVAÇÃO NA SAÚDE. OS NOVOS EMPREENDIMENTOS NA ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL. **Revista Processus de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social**, v. 3, n. 6, p. 80-97, 2021.

ÁVILA, Vinicius. **Compatibilização de projetos na construção civil: estudo de caso em um edifício residencial multifamiliar**. Belo Horizonte: UFMG, 2021. 84p.

BALESTRIN, A.; VERSCHOORE, J. **Aprendizagem e inovação no contexto das Redes de cooperação entre pequenas e médias empresas.** Organização & Sociedade, Salvador, v. 17, n. 53, p. 311-330, abr./jun. 2020.

BARROS, M. M. S. B. **Metodologia para implantação de tecnologias construtivas racionalizadas na produção de edifícios.** Universidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Engenharia). São Paulo, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do SUS**. 2020. Disponível em: http://www.saude.gov.br/gestaodo--sus. Acesso em 26/05/2022.

CAVALCANTI, A. M. et al. **Análise da influência da estrutura organizacional na capacidade inovadora das micro e pequenas empresas.** In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 31. Belo Horizonte: UNESP, 2021. p. 1-14.

COSTA, R.C. **O setor da Construção Civil e a inovação tecnológica: um estudo no Estado do Rio Grande do Norte**. In: XVII SIMPÓSIO NACIONAL DE GESTÃO DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA, São Paulo, 2019.

DERMINDO, Mariana Pereira. Gestão eficiente na saúde pública brasileira. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 11, 2019.

DRUKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor.** Editora Pioneira, 2022.

FAYET, E. A. (Org.). **Gerenciar a inovação: um desafio para as empresas.** Curitiba: IEL/PR, 2020.

FILHO, Francisco José; PEREIRA, Michelly Cristiny. O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: quem são os principais demandantes?. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 707-719, 2021.

FREIRE, C. B. et al. Qualidade de vida no trabalho e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio **São Francisco. Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 26- 31, 2015.

LACERDA, A. C. et al. **Tecnologia Estratégica para a Competitividade: inserindo a variável tecnológica no Planejamento Estratégico – O Caso Siemens.** São Paulo: Nobel, 2021.

LEMOS, V. M. F.; ROCHA M. H. P. da. **A Gestão Hospitalar e suas Complexidades**. VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão 12 e 13 de agosto de 2021.

LOURENÇO, Samara da Silveira. Acolhimento à demanda espontânea no município de Novo Hamburgo/RS: descrição de uma tecnologia leve na gestão em saúde. 2019.

MANUAL DE OSLO. **Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação.** 3 ed. Brasília: FINEP, 2017.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira et al. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1163-1172, 2021.

NONAKA, Ikujiro e TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação do Conhecimento na Empresa: como as empresas geram a dinâmica da inovação**. Rio de Janeiro: Campus,2017.

O´BRIEN, James A. **Sistemas de Informação e as Decisões Gerenciais na Era Internet.** São Paulo: Saraiva 2014.

OLIVEIRA, Áurea de Fátima et al. **Fatores Organizacionais Determinantes da Intenção de Rotatividade.** TrendsPsychol. Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 100, junho 2018.

OLIVEIRA, Lara Bezerra et al. Aplicativos móveis no cuidado em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, 2020.

PEREIRA LA; PRIMO LS. Enfermagem e liderança: percepções de enfermeiros gestores de um hospital do sul do Brasil. **Rev pesqui cuid fundam** online. 2015.

PINOCHET, Luis H. C; e GALVÃO, Claudia R**. Aspectos Humanos na Gestão Hospitalar**. **Mundo Saúde**, São Paulo: 2020;34(4):498-507. Disponível em: www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/498a507.pdf. Acesso em 27/05/2022.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

PRESTES, Andréa. **Manual de gestão hospitalar** / Organizadores: Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Rosana Oliveira e Viviã de Sousa. – Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019.

SCHERER, F. O.; CARLOMAGNO, M. S. **Gestão da inovação na prática: como aplicar conceitos e ferramentas para alavancar a inovação.** São Paulo, 2019.

SCHUMPETER, J.A. **A teoria do desenvolvimento econômico.** São Paulo: Nova Cultural, 2022.

SOUSA, Ana Tereza Yumi Sato; IMADA, Renata Nagima. AUXÍLIO DE FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS EM MEIO AO CENÁRIO DA PANDEMIA NO SETOR DE GESTÃO DA SAÚDE. **Revista Alomorfia**, v. 5, n. 2, p. 340-354, 2021.

SOUZA, P. T. L. de et al. Necessidades humanas básicas em terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 101-104, 2019.

STOECKICHT, I.P. **Gestão estratégica do capital intelectual orientado à inovação em empreendimentos de engenharia civil**. 2012. 157 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Engenharia e Instituto de Computação, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2022.

UCHIDA, Tânia Harumi et al. Percepção de profissionais de saúde sobre utilização de tecnologias de informação e comunicação. **Revista Sustinere**, v. 8, n. 1, p. 4-22, 2020.

VIEIRA, Bianca Pinto et al. Gestão da Tecnologia da Informação: Construção do Plano Diretor para a Secretaria de Estado da Saúde. 2021.

21

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À HANSENIASE NA ATENÇÃO BÁSICA

NURSING CARE FOR LEPROSY IN PRIMARY CARE

Kamanda Freitas Dourado

Karliane Fajardo dos Santos

Marcos Renan Brito dos Santos

Thaís Oliveira Alves

Denise Souza Silva

Evylla Soares Campos

Resumo

Introdução: A hanseníase é uma patologia infectocontagiosa que no mundo ainda é considerada de grande problema de saúde pública. Acomete peles e nervos são os primeiros estágios da doença. Caracterizada em quatro tipos: Hanseníase Indeterminada, Hanseníase Diforma, Hanseníase Tuberculoide e a Hanseníase Virchowiana ainda há um grande preconceito com a própria, que interfere na busca pela qualidade de vida de um portador da mesma, criando também barreiras para a ação da atenção básica que tem como o enfermeiro atuante na primeira busca pela promoção da mesma. Objetivo: Detectar as ações da equipe de enfermagem para diminuir o contágio. Metodologia: Foram utilizadas para a realização da pesquisa a Revisão Bibliográfica, onde procurou explicar e discutir um tema com base em suas referências teóricas publicadas em artigos científicos selecionados através de buscas nos seguintes sites: scielo, google acadêmico, periódicos capes. Com períodos de artigos publicados nos últimos dez anos, tendo as seguintes palavras-chaves: Hanseníase, Assistência de Enfermagem e Atenção Básica. Considerações Finais: As presentes revisões buscaram compreender um pouco sobre a história da hanseníase, duas formas de se apresentar e como identificar primeiros sintomas, como o preconceito ainda é vigente a quem é portador, ações que a equipe de enfermagem já promover para garantir um ótimo tratamento e as promoções que ainda não são resolutivas em decorrência da falta dos preconceitos de achar que não necessita.

Palavras-Chaves: Hanseníase, Atenção Básica, Enfermagem, Atenção Primária, Sistematização de Assistência da Enfermagem.

Abstract

Introduction: Leprosy is an infectious disease that is still considered a major public health problem worldwide. It affects the skin and nerves in the first stages of the disease. It is characterized in four types: Indeterminate Leprosy, Diformal Leprosy, Tuberculoid Leprosy and Leprosy Leprosy. there is still a great deal of prejudice against it, which interferes with the search for the quality of life of a carrier of the same, also creating barriers to the action of primary care that has as the nurse acting in the first search for its promotion. Objetivo:To detect the actions of the nursing team to reduce contagion. Methodology: The Bibliographic Review was used to carry out the research, where it sought to explain and discuss a theme based on its theoretical references published in scientific articles selected through searches on the following sites: scielo, academic google, capes periodicals. published in the last ten years, with the following keywords: leprosy, nursing care and primary care. prejudice is still in force for those who are carriers, actions that the nursing team already promote to guarantee an excellent treatment and promotions that are not yet resolving due to the lack of prejudices, of thinking that it is not necessary.

Keywords: Leprosy, Primary Care, Nursing, Primary Care, Systematization of Nursing Care.

1. INTRODUÇÃO

Uma patologia infecciosa que no mundo é considera um grande problema de saúde pública (endemia), sendo o Brasil com o maior número de casos. Ela acomete pele e nervos, hoje ela atinge em grande parte a população masculina e, é classificada em quatro tipos: Hanseníase Indeterminada, Hanseníase Diforma, Hanseníase Tuberculoide e a Hanseníase Virchowiana.

Seu diagnóstico é feito e dito de acordo com o resultado do exame específico a :Baciloscopia que destaca a patologia. Testes de sensibilidade, também podem ajudar a formular o diagnóstico como as sensações: térmica, dolorosa, tátil, por meio destas é possível perceber ela no estágio inicial, evitando o agravamento em outras partes do corpo.

Neste contexto, é necessário se aprimorar dentro da atenção básica, as novas formas de transmitir as informações sobre como o contágio ocorre. Buscando também conscientizar o corpo social por meio de transcendência de enfermagem reforçando a a assistência da mesma que podem diminuir e combater os possíveis casos já existentes na população.

Compreende-se que o melhor tratamento e suas várias formas de tratar são pelos esquemas padronizados pela OMS e MS. Esquemas: Dapsona, Clofamizina e a Rifampisina, também de maneira quimioterápica específica supressão de surtos racionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Assim a presente pesquisa visa responder o seguinte questionamento: O que mais pode ser aprimorado na assistência de enfermagem para o controle da hanseníase dentro da atenção primária?

Teve-se como objetivo geral, deste estudo: Detectar as ações da equipe de enfermagem implantadas para diminuir o contágio. Para alcançarmos esse objetivo geral, os objetivos específicos: mencionar fatores que são abordados no estágio inicial da doença; condensar a importância da assistência de enfermagem a hanseníase, principalmente para a equipe de enfermagem; apontar como a assistência de enfermagem pode promover a prevenção da doença.

Os métodos utilizados para a realização da pesquisa foi a Revisão Bibliográfica, onde procurou explicar e discutir um tema com base em suas referências teóricas publicadas em artigos científicos selecionados através de buscas nos seguintes sites: scielo, google acadêmico, periódicos capes.Com períodos de artigos publicados nos últimos dez anos, tendo as seguintes palavras chaves: Hanseníase, Assistência de Enfermagem e Atenção Básica.

2. FATORES DA HANSENÍASE QUE SÃO VISIVEIS NO ESTÀGIO INICIAL

A hanseníase inicialmente era caracterizada como lepra, já que ela vem dos tempos dos sacerdotes. Naquela época acreditava-se que só o milagre curava os enfermos, cujo eles eram vistos com preconceito pela sociedade que assentia na impossibilidade desses indivíduos habitar normalmente por meio da comunidade como um ser humano normal (RAMOS; COSTA; SANTOS, 2019).

O ponto máximo do avanço da epidemia se deu entre os séculos XI e XV. Na visão dos medievais, as principais causas para que acelerasse a disseminação eram em primeiro lugar a idade, raça, tipo, contato direto, alimentação e a imigração (REDES; CUNHA,

2015, p. 255).

Então foi visto um isolamento compulsório que em 1962 foi abolido pela grande massa. A discriminação continua presente com o fato de existe a associação da patologia com a palavra lepra, deixando visível o preconceito com os portadores da mesma, provendo apesar das buscas por novas pesquisas que poderiam solucionar ou inibir o contágio. E em meados dos anos 50, nenhuma enfermidade era tão estigmatizada quanto ela que procedia pensamentos e dividia opiniões medicas, em decorrência dos mãos tratos a estes portadores em hospitais-colônias e leprosários que eram os espaços que dividem uma cidade em três zonas: sadia; intermedária e doente, o que tornou os caminhos mais difíceis para tratamentos da cuja (COSTA; SOUZA, 2016).

No Brasil ela surgiu no período republicano, onde foi elevada como um grande problema de saúde pública. Naquele tempo houve uma certa ambiguidade nas classificações e prescrições legais tendo em vista, das dificuldades do diagnóstico clínico precoce, isto é da verificação da mesma em sua fase inicial, e como a própria envolvia características fisiopatológicas ,as expressões clínicas criavam novas dúvidas nos médicos do tempo, que mantém em observação que o tratamento mais eficaz era a segregação e isolamento social como modelo de profilaxia, dando surgimento ao hospitais-colônias que foram construídos nas periféricas dos centros urbanos ou nas zonas rurais ,com uma estrutura fechada, de modo que internamente delas haviam áreas de lazer, igrejas, prefeitura, cadeia e um cemitério, neste local tudo acontecia desde o nascimento até a morte (SANTOS; FARIA, 2012).

Globalmente, em 2019, foram notificados 202.185 mil novos casos da mesma, divididos entre a Ásia, Américas e a África. No nosso país a predominância é constante nas regiões Nordeste deixando o em segundo lugar mundialmente o que o torna o segundo mais endêmico e de grande prejudicial para as pessoas que não são portadoras virem a se tornar, devido também a falta de conhecimentos de uma população onde os meios de comunicação são mais difíceis de chegar, e de prover a prevenção antes que se ocorram mais agravos para suas famílias (BARCELOS; SOUSA, 2021, p 01).

O bacilo *Mycobacterium* é álcool-ácido resistente, parasita intracelular com predileção pela célula de Schwann e pele. Com o homem sendo principal reservatório natural do bacilo, e a principal fonte de infecção pelas vias aéreas superiores dos indivíduos, mas estima-se que a maioria dos seres humanos possuem defesa natural conta a *M. leprae*. Estudada como apenas uma doença que predispõe de um parasita com predilação para a célula, um dos principais fatores que apresenta para o contágio: é o convívio com doentes do mesmo tipo diformo e vichowiano que não obtém diagnóstico e não iniciaram tratamento devido ela ser silenciosa e detectável no seu estado mais avançado, inibindo as probabilidades de controle da mesma (GUIA DE VIGILANCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSIVEIS, 2017).

Algumas formas mais tardias de detectar fatores que contribuem para a patologia são: a quantidade de casos presentes numa família; a presença de cicatriz vacinal de Bacilo de Calmette-Guérim intradérmica (BCG-ID), assim destacando a enfermidade um grande problema de saúde pública, mesmo com as novas diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da mesma (COELHO, 2018, p.02).

Segundo Lastoria (2012), com os principais fatores iniciais, ao longo das décadas pode-se dividir a patologia em multibacilar e paucibacilar. Cada uma com dois tipos distintos: a palcibacilar: hanseníase indeterminada, hanseníase tuberculoide, e multibacilar: hanseníase diforme, hanseníase virchowana cada uma com suas respectivas características. A indeterminada descreve máculas hipocromicas que agem rápido pela diminuição

da sensibilidade, sem espaçamento neural.

Na sua forma tuberculoide é limitada pela boa resposta imonucelular do vetor. As lesões cutâneas, estremadas e assimétricas, são placas eritêmato-hipocromicas ou eritematosas, bastante enfraquecidas, frequentemente com bordas externas supina e centro normal, exibindo modificações importantes da sensibilidade. Podem expor alopecia e anidrose, pelo comprometimento doa anexos cutâneos, e espaçamento neural explícito, é a única demonstração na sua forma neural presente. A virchowiana ,tem sua rápida multiplicação e disseminação por via hematogênica, pela falta de resposta e ossos, além da perda dos dentes incisivos centrais superiores, perfuração do septo nasal e exposições viserais. Na diforme ,suas formas de aparecer são diversas, pelo fato das conclusões imonucelulares do vetor ao *Mycovbacterium leprae*, que compreendem as lesões cutâneas parecidas com o grupo da tuberculoide, porém são muito mais numerosas e menores; o espaçamento dos nervos tende a ser irregular, não tão forte, contudo mais numeroso e algumas características entre as formas tuberculoide e virchowiana são pouco simétricas, o romper nervoso é moderado, nestes casos é sugestível placas eritematosas, com bordas externas esmaecentes e internas bastante preciso com centro oval hipopigmentado (aspecto em fóvea).De uma forma geral, são acometidos os nervos perdendo a sensibilidade em várias regiões do corpo (LASTORIA; ABREU, 2012).

Com os novos estudos constata-se que fatores já existentes, são os que permanecem para a não contribuição da erradicação da doença. Com algumas divisões de dimensão no interior das mesmas incluído novos parâmetros que servem para que se estude o paciente como um todo obtendo mais informações sobre o paciente, tais quais são: Dimensão 1 (determinantes sociais); Dimensão 2 (susceptibilidade genética); Dimensão 3 (exposição ao *Mycobacterium leprae*) (BUENO; ARANTES, 2021).

Segundo Carvalho (2021), a dimensão 1 está associada a relação de contato em grande aglomeração desses clientes, e suas condições econômicas, promovendo maiores chances de adoecimento, mesmo que possa haver análise para pessoas com casos de hanseníase na família. Dimensão 2 grande facilidade para contatos sanguíneos, parentes de primeiro grau e a dimensão 3 é a convivência com parentes e vizinhos.

Todas as dimensões adentram aos cuidados que o enfermeiro tem que saber, sobre as inúmeras formas de detectar ela: a Poliquimio terapia. Com esquemas padronizados: paucibacilar e multibacilar que duram de 6 a 12 meses (dapsona, clofazimina e rifampicina) continuam sendo a base de controle mais eficaz com a verdadeira intervenção sendo feita corretamente, para que possa-se obter uma relação de controle, mesmo com as reações após o tratamento que incluem a: reação hansenica, dor neuropática, recorrência de doença recidiva agravando as incapacidades ou podendo ocorre novas ,são absolutamente normas afetando a qualidade de vida do cliente e participação social dele (FERNANDES; LANA, 2021).

Um estudo segundo a Organização Mundial de Saúde (2021), um dos grandes fatores existentes então, é o contato com uma pessoa portadora da mesma, seja de parentesco ou não do indivíduo, o que discorrer no contato do convívio com pessoas do 2 grau de parentesco um outro fator que não foi comprovado cientificamente tal a afirmativa. Esses diversos fundamentos citados são de suma importância para que transcorra a primeira intervenção de não proliferação da bactéria como um todo no organismo do paciente ,com seus mecanismos é possível identificar as dimensões e graus que ela pode chegar na vida de um indivíduo, em como o diagnóstico pode ser providenciado de acordo com exame clínico ,na busca pelos sinais dermatoneurológico, com base no exame físico e ele segue as condutas medicas.

A grande rede de saúde segue uma estratégia global para que haja nos países a diminuição da patologia (rumo ao zero), gerando as campanhas de buscas de casos sendo acompanhada pelas informações comunitárias, recomendado também a vacina de todas as crianças (neonatais) BCG, evitando possíveis ações do mesmo iniciais e que possam querer progredir, então criada uma importância nas necessidades de se obter uma assistência mais elaborada em processos que objetivam a recuperação eminente.

3. A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM Á HANSENÍASE

Fundou-se uma etiologia que os profissionais de enfermagem têm o papel de serem responsáveis em parte das ações assistências ao paciente. Observando todas as necessidades que englobam o bem-estar do indivíduo, estando desde a primeira conversa no ambiente hospitalar até nas recomendações que são dadas aos enfermos, que é de suma competência do profissional, cuidar, promover a promoção de saúde para a família do enfermo, buscando o não agravamento do mesmo ou fatores que possam expor os seus mais próximos (SILVA; ALVES; SANCHES, 2016).

Segundo Mendonça (2018), no país que tem o Sistema Único de Saúde (SUS) universal e público, traz vários elementos com o conceito em plano. Para uma melhor resolução foi elaborada em 2006 a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) que atinge a saúde da família, dentro dela a atenção primária :conjunto de ações da equipe de saúde, na execução e elaboração de prevenções e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e a promoção da mesma.

Elaborou-se essa estratégia para que houvesse uma barreira que diminuísse o contágio e agravos. Com essa nova estratégia a execução dela é possível a organização de alguns fatores e serviços de saúde, em específico patologias infecciosas e crônicas, aqui nesta pesquisa em questão a hanseníase (ARAÚJO; NERY, 2008).

Ouve-se nos leprosários a necessidade de uma grande demanda de auxílio para os portadores da doença. Os cuidadores da época tinham a grande missão de zelar pelo bem-estar dos enfermos, a segurança e abrangiam a vida própria deles nessas colônias, um exemplo é a colônia de Bauru no interior de São Paulo (GUSMÃO; ANTUNES, 2009).

Figura 1- Entrada do antigo Leprosário em Bauru no interior SP

Fonte: Acervo Jaime Prado (1968).

No caso da Figura 1, temos a entrada de uma das colônias mais importantes do país onde eram recorrentes os cuidados a enfermos que chegavam para internação compulsó-

ria. Passaram por ela mais de 2 mil pessoas com os altos índices de morte, já que a lepra é uma patologia que assim não tratável em seu estágio inicial devidamente ocasionou a perde de parte do corpo dos paciente ,com isso os mortos não podiam ser sepultados em cemitérios comuns ,os da cidade ,então construiu-se um cemitério afastado de tudo ,cuja entrada era permitida somente a funcionários das colônias ,naquela época as sepulturas eram esculpidas em cimento ,hoje é quase impossível encontrar uma fotografia ou um túmulo que dê para ler a identificação no epitáfio.

Então obtivesse uma forma mais elaborada e implementar, de um cuidado assistencial a criada Sistematização de Assistência da Enfermagem. Ela compreende a decorrente evolução epistêmica, normativa e técnica, sendo uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método ocasionando a promoção, prevenção, recuperação e a reabilitação do indivíduo, família e sua comunidade (ZANARDO, 2011, p. 02).

Segundo Felix (2021) a consulta de enfermagem possibilitou o diálogo entre o enfermeiro e o cliente, em vários contextos. Oportunizando a implementação do processo de enfermagem, tendo em foco o quadro pré-existente e como conduzi-lo em cinco etapas: Investigação (anamnese e exame físico), Diagnóstico; Planejamento dos resultados esperados; Prescrição de enfermagem e a Avaliação.

A investigação se deu por meio da coleta de dados que abrange todo o histórico do paciente e seus antecedentes mórbidos, que podem identificar problemas e necessidades do paciente e podendo ocorrer a determinação do seu estado (anamnese), seguindo do exame físico que cabe as quatro técnicas (inspeção, palpação, percussão e ausculta) (ALVIM, 2013, p. 140).

Segundo Alvim (2013) a segunda etapa é o diagnóstico que é a elaboração embasada na anamnese feita e exame físico. Terceira etapa é o planejamento de cuidados de acordo com o diagnóstico feito, atrás desse planejar obtém-se os resultados alcançados e assim realizadas as prescrições de enfermagem junto com a conduta médica para que possa alcançar os objetivos de responsivos qualidades.

Implementar todo o planejamento cabe a penúltima etapa que visa tudo que é proposto e segue todas as formas de um auto cuidado.com todas as etapas elaboradas e que foram vistas, cabe a última o poder de avaliar as respostas responsivas do cliente aos cuidados estabelecidos e implementados e concluir se teve ou não resultados progressores a prescrição estabelecida pela equipe de enfermagem, caso contrário reestabelecer um novo plano e mais eficaz e condizente com a nova situação atual do enfermo ,buscando validar junto a conduta de medica que será estabelecida (ALVIM, 2013, p. 141).

Segundo Rodrigues (2015) diante da gravidade da patologia criou-se então o Programa Nacional de Controle e Eliminações da Hanseníase (PNCEH), que visa justamente fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da mesma, desenvolvendo ações de promoção em saúde que teve como base a educação em saúde, e estabelecer o controle dos casos já existentes com a ajuda do corpo da saúde.

Para que todo o processo fosse feito em etapas corretamente a atenção básica conta com uma equipe multiprofissional. Capacitada para atuar de forma eficaz no tratamento e o estabelecimento do controle, o acompanhamento é sistêmico e individualizado em todo o percurso da doença, inclusive após a alta, daí advém a realidade da equipe de enfermagem que colocou e colocar em prática todos os cuidados possíveis com portadores da doença, fazendo sempre o tratamento da mesma, testes de monitoramento da mesma, e orientações a partir daquela consulta e prescrição estabelecidas para obter uma qualidade de vida melhor e mais assistida com esse apoio (RODRIGUES; CALOU, 2015, p. 298).

Segundo o Ministério da Saúde (2017) uma atividade que é de competência do enfermeiro é manter o cuidado para isso é feito o monitoramento através do preenchimento de um formulário para avaliação neurológica simplificada de três em três meses ,sempre que houver queixas ,no controle periódico dos que usam corticoides, na alta do tratamento ,no acompanhamento pós-operatório. Face, nariz, olhos, membros superiores, palpação de nervos, avaliação de força, inspeção e avaliação sensitiva, membros inferiores, avaliação da força, inspeção e avaliação sensitiva, todas as sensitivas é utilizada os monofilamentos de Semmes-Weistein que são 6 (0,05g-0,2g-2g-4g-10g e 300g). Por fim é feita a classificação de incapacidades que são os resultados de todas as avaliações realizadas.

Toda essa avaliação é feita para evitar neurites precocemente, para identificar incapacidades físicas, subsidiar condutas e avaliar resultados. Auxilia também em casos mais discretos da mesma, porque esses sinais de perdas funcionais assimétricas e focais a avaliação neurológica automaticamente se enquadra no diagnóstico de hanseníase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 33).

Então a importância da enfermagem com o cuidado com paciente hansenico vêm da necessidade de melhorar a qualidade de vida. Estabelece um controle das relações físicas do indivíduo, sempre buscou e busca: investigar, coletar, planejar, implementar, prescrever e avaliar o ser humano como todo. A acuidade caminha junto com a promoção que é feita pelo enfermeiro de cada unidade ou rede hospitalar, então promover essa promoção com a educação em saúde e de forma humanizada é uma missão de competência da classe praticante (PINHEIRO; ALVES, 2015).

4. CITAR COMO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PODE PROMOVER A PREVENÇÃO

Segundo Ramos (2018) a Política Nacional de Humanização busca colocou em pratica os princípios do Sus com o objetivo de produzir mudanças. Na forma de cuidar, que abrange três princípios :a Transversalidade que faz obter a necessidade de ocorre de a humanização está inserida em todas as políticas e programas do Sistema Único de Saúde. A segunda é a Indissociabilidade que responsabiliza o assistido, as decisões devem ocorrer em conjunto e o conhecimento é dado a todos e o terceiro é o protagonismo, corresponsabiliza (o SUS humanizado compreende cada pessoa ter seu direito, incentiva e valoriza a sua atuação na produção em saúde).

A efetivação desses princípios da PNH, depende uma Atenção Primária à Saúde (APS), estruturada, como a porta de entrada do Sistema, centralizou nas necessidades da população de forma a garantir acesso aos demais níveis de atuação da saúde. Portanto é necessário que todos os atores envolvidos (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, entre outros) participem e se comprometam (MIRANDA; KATTAH, 2018, p.177).

Segundo Miranda (2018) a PHN compreendeu e estimulou uma verbalização, entre os usuários, trabalhadores e gestores. Com uma finalidade de estreita a as relações de uma ampla resolução positiva e eficaz para manter a harmonia e o trabalho em conjunto, com mais agilidade e rapidez para o núcleo da população como todo desde crianças a adultos e idosos (RANDOW; GUERRA, 2018, p. 177).

A Implementação efetiva da humanização na atenção primaria a saúde, permitiria aos profissionais de saúde e assistenciais, conhecimento da forma como esse paciente vive, suas queixas principais e aparecendo um quadro clínico de alta complexidade referenciá-lo é a melhor alternativa para um tratamento mais eficaz e continuo (GUERRA;

RAMOS, 2018, p. 177).

Para que toda essa demanda possa ser ofertada a unidade básica, UPAS, redes hospitalares contam com a gestão progressiva. Cada gestão conta com a responsabilidade de lidar com conflitos que existem, então os mesmos têm que ofertar, diretrizes, métodos quadros referenciais e ações condizentes das equipes nas organizações de saúde (RAMOS; RANDOW, 2018, p.178).

Então o ato de humanizar reverteu um quadro de mecanismo, tecnicismo e automatismo a partir de um investimento feito compulsoriamente na formulação desses novos tipos de interação entre profissionais da saúde ,equipe gestora usuários tem uma nova relação de trocas positivas e bem construtivas em meio a sociedade e sobre como podem ajudar a promover ainda mais um auto cuidado em seu convívio social e expansivo, integrando todos os usuários ao processo revolucionário e produtivo (KATTAH; MIRANDA, 2018, p. 178).

Diante dos pensamentos de humanização, o cuidar dos enfermeiros dizem sobre suas competências ao paciente hansenico: conhecimento sobre a patologia e suas causas, como se dar o diagnóstico, seus sintomas, tratamentos, sobre elas a habilidade de instruir o paciente, bem como a situação e garantir um sucesso nos planejamentos implementados (ALMEIDA; LOPES, 2019, p. 169).

O enfermeiro de saúde coletiva desenvolve uma prática que é sua: educar, instruir, coordenar, promover um gerenciamento humanitário, realiza visitas domiciliares e em trabalhos de grupos. Quando ele dirigir aquele paciente hansenico, seu desenvolvimento contínuo, se o tratamento está agindo eficaz, ele coloca sua inteira habilidade de construir relações produtivas, porque ele entende o paciente como um todo e avalia suas dificuldades relativamente que podem se evoluir positivamente no decorrer da vida (ALMEIDA; LOPES, 2019, p. 170).

Para Sousa (2017) avaliar os quadros de hanseniase do enfermo é de estrema importância, por se tratar de um agravo que está sendo priorizado na política em saúde do Brasil e precisando de atitudes que fortalecem mais a APS no seu controle vigente e determinantes para muitos portadores da mesma que buscam apenas um estado de vida com mais qualidade e menos preconceito com a mesma.

Figura 2-Cuidado da Enfermeira com Paciente

Fonte: Semsa, Fio Cruz (2018).

Na Figura 2, nota-se o cuidado do profissional de saúde ao seu paciente que tem hanseníase, a verificação de manchas pela região tocada pela enfermeira e a percepção em um olhar clínico do paciente e sua pele como um todo, a quantidade de manchas presentes, sua apresentação em cores e o seu grau de perda nervosa e expressão de percepção

e o melhor tratamento que se encaixa ao quadro evidente.

Assim o enfermeiro trabalha também a terapia ocupacional que compreende a informação ao mesmo que foi dada e entrando a atuação de reabilitação física, direcionada as atividades cotidianas e o que pode se mudar, promovendo uma educação complementar e despertando a curiosidade do portador e seus cuidados evidentes (SILVA; XAVIER, 2017, p. 236).

No país por todos as ações que evoluíram, ainda há bastantes casos, seguindo do único lugar a não eliminar a doença o que concentra novos casos cada ano. Os reforços vêm da equipe multiprofissional que busca todos os dias inovar nas suas abordagens e informar sobre os riscos e danos prejudiciais à saúde que essa patologia pode provocar.

A promoção em saúde não é só vista como uma forma de informar, mais como também um conjunto de procedimentos que informam e também capacitam as organizações e os indivíduos, também controla alguns determinantes grupos populacionais específicos, consiste em diversidade de atos possíveis para preservação e melhoramento da qualidade de vida que indicam dois destinos :uma integralidade vigente de cuidados e construções de políticas públicas favoráveis a vida (SANTANA; SILVA, 2022, p. 13).

Segundo Silva (2022) nas Unidades Básicas de Saúde promovem essa promoção com excelência. Buscando orientar os pacientes portadores a instruírem seus familiares que habitam em suas casas, sua comunidade o qual desempenham papel estratégico para atenção integral e humanizada, além de organização de serviços que englobem a erradicação da hanseníase (SANTANA; SILVA; LIMA, 2022, p. 14).

Além disso, o profissional de enfermagem é responsável por planejar, avaliar e gerenciar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), participar e contribuir positivamente para a educação permanente da equipe e qual faz parte; e participar de gerenciamentos dos insumos da Unidade básica de saúde; aconselhar; imunizar; realizar teste; tratar; fazer busca ativa de parceiros e apoio ao usuário para tomada de decisões informadas (DE OLIVEIRA et al., 2020).

Além do mais a consulta de enfermagem permite a elaboração de um plano de assistência em que o fazer, orientar, ajudar e supervisionar são ações que permitem uma assistência eficaz e de qualidade ,diante de tantas atribuições que o enfermeiro tem e compete a ele exercer dentro da unidade e fora dela pode-se dizer que ele é:um instrumento com potencial de promover, em sua equipe, a organização, a humanização, as reflexões e revisões de atos feitos, buscando o aprimoramento (SANTANA; SILVA; LIMA, 2022).

Elaborou-se então um diálogo mais vigente entre paciente e enfermeiro de uma forma mais expansiva, buscando orienta-lo sobre todas as consequências prejudiciais, se a mesma não for tratada em seu estágio inicial e como ela pode ser evitada; com a vacina BCG nos primeiros meses de vida dos seus, todos os auto cuidados com quem já convive com a mesma e necessita de auxilio físico e terapêutico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se através destas revisões compreender o que é a hanseníases e seus principais sintomas no estágio inicial, suas quatro formas de apresentação no corpo das pessoas, bem como todo o funcionamento dos leprosários as formas como os portadores eram isolados dos outros e como a predominância do preconceito com a mesma era e são frequentes.

De acordo com todas as informações coletadas coube a equipe de enfermagem agir de forma direta, já que foi criada uma etiologia que os enfermeiros são de fatos os cuidadores. Conhecedor de toda sua equipe e da patologia em si dos riscos eminentes presentes, coube a ele o esquema de tratamento que ele prescreve para o paciente, bem como o monitorar seguindo a assistência adequada no decorrer dos meses que irão seguir o tratamento isso que vale a todos os portadores.

Então a presente pesquisa concluiu que mesmo com novos programas criados ou em processo ainda a erradicação da enfermidade está distante. Em decorrência da não aceitassem por parte do portador mesmo ou da família, a procura tardia e o preconceito, dificultam a possibilidade de novas propostas de intervenções possam ser colocadas e práticas. Desta forma o que pode condicionado como ainda um meio mais simples é fazer chegar a elas o conhecimento sobre a mesma e seus riscos que pode correr, palestras em escolas, empresas ,nas comunidades, sempre ocorrendo a prevenção em saúde que é competência do enfermeiro.

Referência

ALBANO, Milena; SOUSA, Albertina; CESARIO, Karine. **A consulta de enfermagem no contexto de cuidado do paciente com hanseníase.** Hansen Int. (2016).

ALMEIDA, Miguel; LOPES, Maria Betania. **Atuação do Enfermeiro na atenção básica de saúde. Revista de Saúde.** Dom Alberto. (2019).

ALVIM, André. **O Processo de Enfermagem e suas cinco etapas.** Resenha. (2013).

BARCELOS, Raissa. **Qualidade de vida de pacientes com hanseníase: uma revisão de escopo.** São Paulo. Revitsa de Escola da Enfermagem (2021).

GUSMÃO, Ana Paula; ANTUNES, Maria José. **Ter hanseníase e trabalhar na enfermagem, histórias de lutas e superação.** Revista Brasileira Enfermagem. (2009).

JUNIOR, Fernando; FERREIRA, Raissa; ARAÚJO, Olivia. **Assistência de Enfermagem ao portador de Hanseníase= abordagem transcultural.** Piaui. Revista Brasileira Enfermagem. (2008).

RAMOS, Elen; KATTAH, Juenia; RADOW; Raquel; GUERRA, Vanessa. **Humanização na Atenção Primaria a Saúde.** Minas Gerais. Revista de Minas Gerais. (2018).

RODRIGUES, Francisco; CALOU, Cinthia; LEANDRO, Tania. **Conhecimento e Práticas dos Enfermeiros sobre a Hanseníase: ações de controle e eliminação.** Revista Brasileira de Enfermagem. (2015).

SANTOS, George; SOUSA, Anderson. **Implicações da Sistematização de Assistência de Enfermagem na prática profissional Brasileira.** São Paulo. (2021).

SANTANA, Janaina; LIMA, Thiago; MACHADO, Liane. **O papel do Enfermeiro ao Controle da Hanseníase na Atenção Básica.** RESEARCH. (2022).

SOARES, Mirelle; RESCK, Zeila. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência.** Escola Anna Nery. (2015).

SOUSA, Gutemberg; SILVA, Rodrigo. **Hanseníase e Atenção Primaria a Saúde: uma avaliação de estrutura do programa.** Rio de Janiero. (2017).

22

RECEPÇÃO E CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DA ONCOPEDIÁTRIA

RECEPTION AND NURSING CARE TO THE ONCOPEDIATRIC PATIENT

Gabriele Muniz Silva

Josuelem Sousa Louzeiro

Geovanna Pinto Frazão Nogueira

Jeanderson Marinho Sousa

Evylla Soares Campos

Emanuelle Carlene Bezerra de Sousa

Larissa Mendonça Trancoso

Resumo

Objetivo: buscar identificar a recepção de assistência de enfermeiros no ramo da oncologia pediátrica. Metodologia: trata-se de uma revisão, foram realizados um método de pesquisa artigos científicos para apascentar essa pesquisa, foram pesquisados artigo de enfermeiros que atuam na área de oncologia pediátrica realizada disponível no Google Acadêmico e no Scielo no período de 2010 a 2022, disponível dos dados citadas. Conclusão: os enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos têm uma grande importância na assistência e no cuidado daquela criança, no entanto, saber como abordar a família com notícias que não lhe favorecem emocionalmente e alertar no estado nutricional daquela criança no espaço hospitalar. E saber ligar com questões físicos, sociais e psicológicos.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Diagnóstico do filho. Estado nutricional.

Abstract

Objective: to seek to identify the reception of assistance by nurses in the field of pediatric oncology. Methodology: this is a review, a research method was carried out in scientific articles to feed this research, articles by nurses working in the field of pediatric oncology were researched, available on Google Scholar and Scielo from 2010 to 2022, available of the cited data. Conclusion: nurses who care for cancer patients are of great importance, as they are very important in the assistance and care of that child, however, knowing how to approach the family with news that does not favor them emotionally and alert them to the nutritional status of that child in the hospital space. And know how to connect with physical, social and psychological issues.

Keywords: Nursing assistance. Child diagnosis. Nutritional status.

1. INTRODUÇÃO

Oncopediátria é o acompanhamento de criança com câncer. O câncer é caracterizado pela multiplicação desordenada de células, contudo, é uma doença curável quando o diagnóstico ocorre precocemente tem grande chance de ser reverso. O câncer pode surgir em qualquer fase da vida, podendo ser influenciado por diversos fatores, tais como: disposição genética e fatores políticos e ambientas (INCA 2019). Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos visam promover uma qualidade de vida. A doença causa grande impacto na vida da criança e parentes, sobretudo na vida dos pais, pois, essa criança irá passar por uma rotina de exames, cirurgias e internações. Muitas vezes, quando o câncer é descoberto essa criança não tem mais perspectivas de vida para o futuro, por conta disso acaba se afastando do convívio social, amigos e familiares, e é nesse momento que a família entra com o apoio mental e espiritual, um momento de reflexão, de conforto e acolhimento. Todavia, a equipe de saúde deve ter seus cuidados pautados nos princípios éticos e humanos, para que o resultado seja acolhedor e eficaz (NEVES; MENDES; SANTOS, 2017).

Este estudo é importante, pois buscar propiciar maior conhecimento sobre a humanização e cuidados que devem ser prestados pela equipe de enfermagem da oncopediátria, e evidenciar a necessidade de capacitação da equipe de enfermagem que presta cuidados aos pacientes oncológicos, buscando sempre a prática baseada em evidências e o fortalecimento e reformulação das políticas públicas existentes. Compreende-se que cada criança atendida na oncopediátria tem sua peculiaridade e a assistência prestada deve considerar as características de cada cliente, portando, a humanização na assistência de enfermagem prestada à criança doente representa uma ferramenta fundamental para a recuperação do paciente, diminui os traumas e os impactos negativos causados pela doença. Portanto, no presente estudo procurasse responder a seguinte dúvida: devemos promover ações de bem-estar e desenvolver atividades inclusivas e brincadeiras para que todos se incluam?

Objetivou-se, de forma geral, estabelecer ações e estratégias de profilaxia e demonstrar para aquela criança e familiares que ela não está sozinha nessa luta. Sendo buscado através dos objetivos específicos: estudar sobre a assistência de enfermagem na oncopediátria; analisar o impacto na vida de pais que tiveram seus filhos diagnosticados e orientar a educação nutricional na internação hospitalar pediátrico.

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada através do agrupamento de dados de pesquisa online, nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Sendo adotados como critérios de inclusão e exclusão: artigo de enfermeiros que atuam na área de oncologia pediátrica, com ou sem a cooperação de outros profissionais de saúde, e seu título trata do cuidado de crianças com câncer, considerando qualquer tipo de malignidade, em um recorte temporal de 2017 a 2022.

2. FATORES DE EXCELENCIA NA ASSISTENCIA DA ONCOPEDIATRIA

Foi elaborado as assistências aos cuidados a crianças com necessidades físicas, psicologias e sociais, no entanto, a enfermagem tem maior, contatos e tempo com as crianças. O conhecimento técnico e afetivo é de uma estrema importância, assim como a criatividade de arte ao longo do tratamento. Segundo Mendes (2017), deve-se promover dinâmicas de informações; atitudes podem promover a autoestima de enfrentar a doença

com uma vida boa. O cuidado paliativo é em toda doença que haja chance de cura, buscando suporte emocional ao paciente, onde o enfermeiro é responsável no controle de sintomas (VERRI et al., 2019). Elabora-se, que o enfermeiro tenha um papel no cuidado aos pacientes oncológicos pediátricos no aspecto emocional e social. Um grande desafio que a enfermagem e toda a equipe multidisciplinar tem é de ter uma assistência de qualidade com o paciente e familiares, e de pôr meio de uma humanização que garanta assim uma boa recuperação de ganhos satisfatórios.

> As estratégias de enfrentamento identificadas foram o manejo do fluxo de informações, reorganização de papéis, avaliação de prioridades, dando significado à doença, mudando orientação futura e manejando o protocolo terapêutico (NEVES, 2017, p. 8).

A simpatia no setor da oncologia é de grande importância, que leva a um trabalho mais motivante e assim, portanto, mais afável à criança. Por tanto, com ajuda desses profissionais e familiares a criança se sente mais acolhida e segura para o início do possível tratamento se for o caso. A comunicação entre paciente e enfermeiro é de extrema importância, pois a família pode haver dúvidas em questão ao tratamento e até mesmo de uma possível cura. Além disso, fornece uma necessidade física e psicológica que inclui toda a equipe multiprofissional. No processo de adaptação com a doença, a criança sofre seja por dor ou por outros sintomas; a família mais uma vez ao ver o diagnóstico causa choque, com tudo que a criança vê e ouvi vai percebendo e relacionando como uma doença incurável ou com a morte sem ter chance de cura (MACHRY, 2017). Por mais que seja difícil a caminhada da criança com a família, a equipe está o mais rápido possível por um tratamento de qualidade e cuidado, até uma cura para o seu tratamento.

Ao longo da evolução e cuidado, há necessidade de verificação de terapias complementares e é um componente muito importante para além do cuidado intra particular, e nessa direção dos profissionais de enfermagem devem estar cientes de seus papéis e responsabilidades durante todo o processo. Quanto mais informações e aprimoramentos nossos profissionais terão sobre como lidar com pacientes oncológicos, aperfeiçoarão sua ética e práticas profissionais. Ele vem para garantir um ambiente seguro para cada paciente no momento adaptável aos cuidados. Os profissionais de saúde lidam com questões relacionadas ao cuidado com a família, com a criança com desgaste físico e psicológico. Por questão como tal muitos dos profissionais cai em depressão por não saber lidar com a morte. O enfermeiro tem papel imprescindível com a criança, por cuidados paliativos tais com a qualidade de vida considerando a cura (VERRI et al., 2019).

> O manejo da dor leva em consideração uma abordagem holística da dor. Os cuidados da enfermagem podem representar o sucesso do tratamento e cura do paciente, para tanto, justifica-se a importância deste estudo, que tem por objetivo avaliar as principais formas de atuação do enfermeiro na linha de cuidado a pacientes pediátricos oncológicos (MOURA, 2022, p. 2).

A enfermagem, além de cuidar do paciente, tem toda situação familiar por lidar com a morte e com todo processo de aceitação. Por questões diversas que os profissionais caem doentes por esgotamento emocional e psicológico por proporcionar um ambiente seguro e digno para cada dia de tratamento contra uma possível morte. Foi elaborado, tratamento psicológico para lidar com todo tipo de situação por conta de uma doença tão imprevisível, por deixar diversos danos na vida de quem a possui e no conviveu familiar. A assistência de enfermagem além de cuidar, ela possui grande papel no conviveu hospi-

talar deixando de lado todo tipo de preconceito ou todo tipo de intolerância religiosa, por sermos um só, o carinho e o afeto devem predominar para que o paciente não se sinta rejeitado, agravando sua situação.

Além de uma assistência bem, o profissional é reconhecido por um cuidado de qualidade e assim com ela vem grandes oportunidade. A criança por ser tratada com atendimento de propriedade ela acaba se apegando, assim, diminuindo a tenção de um tratamento que muito das vezes são dolorosos e que deixam com a autoestima baixa por ter seus cabelos caindo por conta da quimioterapia, por motivos como esse que a equipe deve ser treinada para trabalhar com situações adversas e trabalhar a autoestima, para que o paciente não caia em uma depressão e não consiga fazer seu tratamento correto.

3. A VIDA DOS PAIS COM O DIAGNOSTICO DO FILHO

O impacto com os resultados de câncer já é motivo de desestruturamento familiar, a experiência de ter um filho com câncer já altera todo o cotidiano, a dificuldade financeira e emocional são uma das principais causas (PAULA, 2019, p. 5). Ter um filho diagnosticado modifica todo o convívio familiar, a angústia de viver em uma possível desacordo financeira aumenta muito mais as esperanças de uma possível cura, o sacrifício de dá tudo que tens é uma realidade para esses pais. Com toda a rotina de consultas e as demandas de grande porte em hospitais públicos, os pais acabam dedicando seus tempos em prol dos filhos, em um cuidado específico a um filho rega um ciúme por conta dos outros filhos do casal.

> O momento do diagnóstico é de suma importância não só por trazer à tona os mais diversos sentimentos, mas também por trazer esclarecimento aos pais. Devido à grande estigmatizacão do câncer e à associação direta com a morte, grande maioria das pessoas não tem conhecimento a respeito do tratamento e do prognóstico real da doença (PAULA, 2019, p. 8).

A primeira reação da família é de não aceitar o diagnóstico e pede para os exames serem repetidos, devido à falta de conhecimento, os pais não conhecem o tratamento, ambos negam a realização. Após conhecerem a real situação por médicos e enfermeiros, há uma mudança de pensamento, por falta de conhecimento muito dessas crianças não conseguem um tratamento de qualidade por falta de negligência de pais. Com diagnóstico de câncer na família altera toda a disposição familiar. Para os pais, ter que ver o filho a ser submetido diariamente a tratamento muito das vezes dolorosas gera um desespero em busca de uma possível cura. Para os pais, depois do diagnóstico a visão mudam, por ver que outras crianças/pais estão passando situações semelhantes e no mesmo ambiente com situações mais avançadas do que do filho.

A equipe de saúde com fraternidade e seguramente vai tendo uma boa relação com o paciente, e a família se sente seguro e acolhido por ser um local cheio de sentimento e amor. O câncer juvenil tem aumentado muito nos últimos tempos, a maioria deles sendo de questão de saúde pública, assim evoluindo por ser as principais causa de morte no Brasil, a família e a criança merecem atenção especializadas, com toda equipe hospitalar. Nesse caso, o serviço de saúde vem movimentando paradigma assistencial, para que a saúde de todos requer uma estratégia regrada, o hospital vai se tornando sua segunda casa e deve ser um ambiente saudável e as decisões entre a criança e família e equipe de saúde.

> Anos, oito eram católicas e duas evangélicas e seis procediam do interior do estado. Quanto à situação conjugal, quatro eram casadas, quatro viviam em união consensual e duas estavam separadas. A escolaridade apontou que havia três mães não alfabetizadas. Considerando a ocupação. Quanto à renda, quatro famílias viviam com um salário-mínimo e duas não dispunham de qualquer rendimento (BELTRÃO, 2007, p. 563).

Mesmo com problemas conjugas, os pais se reaproximam por conta do benefício a criança, por trazer mais afeto e carinho mútuo, reforçando a ideia de ultrapassar o medo e o sofrimento. A trajetória familiar, envolve muitos sentimentos, sendo ele físico e psicológico, de forma que a doença carrega consigo paradigmas visto como sinônimo de morte, quando vizinhos e amigos lançam olhares preconceituosos contra a criança, tendo em vista que os familiares não têm sobre controle os olhares lançados sobre a criança em tratamento ou sobre a família.

Muitas das vezes, as mães têm um papel na sociedade como: mãe, esposa e dona de casa e conciliando isso tudo com seu emprego, por ambos os fatores ficam com desgastes emocionais, ainda tendo que lhe dá com comentários inapropriados sobre sua competência enquanto mãe. O apoio entre profissionais e familiares que enfrentam a mesma luta contra o câncer ficam com a amizade antes é após dependente da profissão, cor e religião, ficam com laços que batalham pela mesma causa por um tratamento de sucesso e uma cura para seus entes queridos (BELTRÃO, 2007).

Os problemas de ansiedade e depressão por pensarem em perder seu filho, em alguns casos por ser filhos únicos, as obrigações diárias acabam afetando na qualidade de vida dos pais tendo que se adaptar as novas condições. A vida dos pais durante todo o tratamento tem relação com a qualidade de vida do paciente oncológico (VANCE, 2009). A criança em tratamento tem que lidar com procedimentos muito das vezes invasivos e, com efeito colaterais e alterações na dieta. Os pais além de acompanhar o processo do filho tem todo o envolvimento emocional tendo em vista que a desesperança e a esperança andando junto, diante de cada tratamento dado a cada tipo de câncer, assim criando diversas expectativas de cura que muito das vezes são curáveis e com uma qualidade de vida bastante saudável.

> Atualmente, também é importante analisar em que medida, a partir da globalização e do contínuo intercâmbio de informações, as culturas ocidentais e orientais permanecem efetivamente distintas entre si. Outros fatores devem ser considerados, como o acesso ao sistema de saúde, satisfação com o serviço, apoio governamental, idade da criança e dinâmica familiar, indicando a necessidade de mais estudos comparativos entre grupos divergentes culturalmente (KOHLSDORF, 2012, p. 124).

Muito das vezes o acolhimento é direcionado a criança diagnosticada, embora a família faça parte do contexto, a equipe multidisciplinar vai trabalhar com o acolhimento da criança e explicar todo o procedimento do tratamento que estar por vim trazendo uma qualidade de vida muito melhor para o recinto familiar. O sofrimento e o tratamento têm seus cuidados que podem acarretar danos e situações de segundo plano para o paciente, tendo em vista, que os pais têm que lidar com demandas e com diferentes desafios.

Geralmente o tratamento tem um custo caro quando a maioria não consegui pelo SUS (Sistema Único de Saúde) oferecido pela rede pública, custo que a maioria das vezes as pessoas têm que deslocar da sua cidade por não ter um hospital de alta complexidade que tenha esses tipos de tratamento, gasto para transporte, comida, estadia, muitos não

têm parentes na cidade do tratamento que vai receber. Quando falamos de mudanças familiares não só se aplica em pais mais principalmente os filhos que o casal tem, quando o diagnóstico é confirmado muitas mudanças são feitos no ambiente de sua casa e na rotina dos alimentos.

4. ESTADO NUTRICIONAL DO PACIENTE ONCOLOGIGO

Elabora-se, que diante do diagnóstico fica mais difícil de ter uma educação alimentícia saudável para todas as idades. A criança ou adulto tem grande risco de desnutrição devido à baixa consumição de alimentos saudáveis, e tendo assim seu metabolismo aumentado por conta da doença (INCA, 2011), devida a diversas circunstâncias, tendo assim um cuidado nutricional especializado, quando são admitidos com diagnóstico clínico, dando assim início a terapia nível hospitalar.

Elabora-se, programas de educação nutricional no ambiente hospitalar em parceria com a sociedade, para que os mesmos sejam ciente que à alimentação principalmente oncológica tem suas eficácias. Enfermeiro junto com o nutricionista mostra como ter uma educação elementar para que seu tratamento seja com mais eficácia, no entanto a equipe com seu conhecimento à ingestão dietética, assim exercendo seu papel de educador na saúde.

> São inúmeras as causas que levam os pacientes pediátricos oncológicos se alimentarem de uma forma inadequada do ponto de vista nutricional. O recebimento insuficiente agudo e/ou crônico de nutrientes por meio da alimentação hospitalar pode contribuir negativamente para o prognóstico da doença, aumentando assim a chance de reinternações, bem como o prolongamento do tempo de permanência na unidade de internação pediátrica (CHARLES, 2015, p. 14).

A educação alimentar e nutricional (EAN), é uma das formais mais eficaz para todas as idades. Onde os profissionais têm conhecimento prático de nutrição, crianças e adolescentes tem um grande risco nutricional por pouca ingestão de alimentos nutritivos tendo assim um cuidado maior com essas pacientes, tem muitos fatores que levam o paciente oncológico a se alimentar inadequadamente, seja por falta de recursos financeiros ou por falta de apetite por conta das longas sessões de tratamento.

Trata-se, de um tratamento que mexe com a autoestima da criança por ficar visivelmente magra. Por questões de nutrição, de não conseguir se alimentar direito por ter um tratamento muito invasivo e agressivo, além disso, tem o diagnóstico tardio, que pode contribuir com o tratamento clínico e nutricional, quanto mais se desconfia, mas chance de um diagnóstico precoce e mais chance aquela criança tem de um tratamento nutricional de qualidade. Tais informações são valiosas para a atuação da enfermagem com a criança em tratamento da quimioterapia, mas sempre com cautela para que os limites sejam respeitados por toda a equipe multidisciplinar, para que todas estejam em suas devidas funções como profissionais da saúde.

Trata-se, de um tratamento agressivo que afeta a alimentação da criança, com complicações gastrointestinais referente a vômito, diarreia e alterações no paladar. Nessas condições as práticas de cuidados segundo Collière e sua teoria que diz; os cuidados são contínuos e relacionado a alimentação, hidratação e os cuidados de tratamento da doença. Cuidar, é garantir o bem-estar do paciente e por isso e outros fatores são necessários incluir a família no cuidado da criança.

> [...]extremas são realizadas em pacientes neutropênicos, como não comer legumes e frutas que não estejam bem cozidas, pelo fato de esses pacientes estarem muito propensos a infecções. Além disso, é importante que o alimento seja de boa qualidade, que seja consumido à temperatura ambiente, ou seja, não muito quente nem muito frio, e que seja preferencialmente de [...] (SUEORO, 2015, p. 515).

No entanto, sabemos que a hospitalização é outra realidade para a criança, pois em casa ela está acostumada a um tipo de alimentação e no ambiente hospitalar é totalmente contrário por muito das vezes seus desejos não serem atendido. O que é mais desafiador para a família é que o ambiente hospitalar impõe e a alimentação é uma dela, trata-se de uma alimentação onde a criança não gosta e muito das vezes não querem comer. Encontra-se estratégias para que o paciente possa se alimentar, mas onde era para ser um local de tratamento/cura passa a ser uma experiência perturbadora, lá fora é acostumada a ter lazer, amigos e família.

A dieta hospitalar é necessária para o acúmulo de nutrientes possível, ela estar interligada com qualidade de vida no tratamento. Toda técnica vem com uma alimentação adequada, bem como para o estado nutricional e para guiar no peso, alimentação da criança também é por meio de sonda naso/gastrostomia, a nutrição parenteral é a mais indicada, os desafios são grandes para que a criança oncológica, no entanto, a enfermagem vem desenvolvendo estratégias para que essas refeições fiquem mais atraentes para o melhor consumo. A alimentação tem um papel fundamental a saúde, com um quadro de oncologia vem novos hábitos nos pacientes oncológicos pediátricos, e tem relação com o maior número de infecções e menor resposta terapêutica com maior probabilidade de recorrência e menores taxas de sobrevida que corresponde que as crianças brasileiras estão tendo uma má alimentação (GARÓFOLO et al., 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, sabemos que com um diagnóstico precoce minimiza muito o sofrimento do paciente e de seus familiares, com a realização de exames de rotina assim podemos ter uma segurança para o paciente, evidenciando assim qualquer tipo de mudança e comportamento inadequado nos parâmetros de qualidade de via. Com conhecimentos técnicos a enfermagem estar pronta para os cuidados, sabendo lidar com procedimentos, orientações do tratamento.

Frente a diversos problemas que a família encontra, ela se encontra junto diante de situação de ameaça, mas vale salientar que enfrentam por grandes dificuldade e barreiras a serem vendida, vale destacar que quanto mais efetiva, maior a relação. A família encontra deveras dificuldade na alimentação do paciente, sendo assim tendo que desenvolver meio para que a paciente posso ter uma alimentação sem sofrimento.

Conclui-se, que o conhecimento tem que ser lapidado principalmente no setor da oncologia, tendo assim profissionais que cuidam e que saibam do manejo de normais e técnicas, oferecendo assim uma assistência de qualidade. Percebemos que a capacidade da enfermagem vem trazendo mais credibilidade para os profissionais, tendo assim enfermeiros especializados na área e com conhecimento cada vez mais atualizados.

Referências

BELTRÃO, Marcela Rosa LR et al. Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. **Jornal de Pediatria**, v. 83, p. 562-566, 2007.acesso em 10 de julho de 2022.

CHAVES, Juliana Silva. **Educação alimentar e nutricional na Unidade de Internação Hospitalar Pediátrica Oncológica**. (2015). Acesso em 25 de junho de 2022.

DE MOURA GOMES, Monique; MACHRY, Renata Michelotto; MARTINS, Wesley. Atuações do enfermeiro e sua relação de cuidado ao paciente oncológico pediátrico. **E-Acadêmica**, v. 3, n. 2, p. e5732213-e5732213, 2022.acesso em 12 de marco de 2022.

GARÓFOLO, Adriana. Diretrizes para terapia nutricional em crianças com câncer em situação crítica. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 513-527, 2005. Acesso em 07 de setembro de 2022.

KOHLSDORF, Marina; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: revisão da literatura. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 22, p. 119-129, 2012. Acesso de 01 de agosto de 2022.

MELLO, Marielli Pacheco Brondani; BOTTARO, Silvania Moraes. Assistência nutricional na terapia da criança com câncer. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 19, p. 9-16, 2010.acesso em 05 de setembro de 2022.

NEVES, Jéssica Nunes; MENDES, Daniella RG; SANTOS, Walquíria Lene dos. **Enfermagem em oncologia pediátrica:** fatores de excelência na assistência integralizada. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2017. Acesso em 13 de janeiro de 2022.

PAULA, Daniela Paola Santos de et al. Câncer infantojuvenil do âmbito familiar: percepções e experiências frente ao diagnóstico. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, 2019. Acesso em 20 de julho de 2022.

SUEIRO, Isis Moura et al. A enfermagem ante os desafios enfrentados pela família na alimentação de criança em quimioterapia. **Aquichan**, v. 15, n. 4, p. 508-520, 2015.acesso em 25 de agosto de 2022.

VERRI, Edna Regina et al. Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 126-136, 2019.

23

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA LITERATURA

NURSING CARE IN THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENT: A LITERATURE REVIEW

Vitória de Maria Cunha Carvalho

Resumo

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma doença respiratória progressiva de longo prazo, que impõe uma carga significativa relacionada à saúde do indivíduo. Embora a DPOC não possa ser curada, os enfermeiros têm um papel crucial no cuidado e manejo das pessoas que convivem com ela, inclusive ajudando-as a minimizar e controlar seus sintomas e melhorar a qualidade de suas vidas. Assim, objetiva-se por meio da realização da presente pesquisa, consiste em evidenciar os cuidados do enfermeiro junto ao paciente com DPOC. Dessa forma, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, qualitativa, a qual, foi utilizada a base de dados do SciELO *(Scientific Eltronic Library Online)* e Google Acadêmico, com limite temporal de 2012 a 2022. Após a busca, realizou-se a análise dos estudos encontrados, e após descrever seus principais resultados, concluiu-se que a enfermagem desempenha um papel muito importante na reabilitação de pacientes no ambiente hospitalar junto à equipe multidisciplinar, dispondo de recursos adequados para a resolução das disfunções apresentadas ajudando a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuindo o tempo de hospitalização, proporcionando um retorno rápido para as suas atividades da vida diária, deixando-os mais independente possível.

Palavras-chave: Doença respiratória, Enfermeiros, Ambiente hospitalar, Disfunções.

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease is a long-term progressive respiratory disease that imposes a significant health-related burden on the individual. Although COPD cannot be cured, nurses have a crucial role in the care and management of people living with it, including helping them to minimize and control their symptoms and improve the quality of their lives. Thus, the objective of this research is to highlight the care provided by nurses to patients with COPD. Thus, a qualitative bibliographic research was carried out using the SciELO (Scientific Eltronic Library Online) and Google Academic databases, with a time limit of 2012 to 2022. After the search, the studies found were analyzed, and after describing the main results, it was concluded that nursing plays a very important role in the rehabilitation of patients in the hospital environment with the multidisciplinary team, providing adequate resources for the resolution of the dysfunctions presented, helping to improve the quality of life of patients and reducing hospitalization time, providing a quick return to their activities of daily living, leaving them as independent as possible.

Keywords: Respiratory disease, Nurses, Hospital environment, Dysfunctions.

1. INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma condição patológica caracterizada pela perda do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. A DPOC pode incluir doenças que causam obstrução do fluxo aéreo (enfisema, bronquite crônica) ou uma combinação dessas doenças. A doença em questão é um importante problema de saúde pública. Muitas pessoas convivem com a doença por anos e morrem prematuramente devido a complicações.

A maioria dos enfermeiros – não apenas aqueles que são especialistas em doença pulmonar obstrutiva crônica, ou enfermeiros respiratórios – cuidarão rotineiramente de pessoas com DPOC. A DPOC é uma doença respiratória progressiva de longo prazo, que impõe uma carga significativa relacionada à saúde do indivíduo. Embora a DPOC não possa ser curada, os enfermeiros têm um papel crucial no cuidado e manejo das pessoas que convivem com ela, inclusive ajudando-as a minimizar e controlar seus sintomas e melhorar a qualidade de suas vidas.

Os enfermeiros estão envolvidos com pacientes que apresentam DPOC durante o aspecto de cuidados, desde os cuidados ambulatorial e domiciliar até os cuidados críticos e no ambiente de cuidados paliativos. Os pacientes com DPOC precisam de cuidados dos enfermeiros que não somente possuam competência de avaliação e tratamento clínico eficazes, mas também compreendam como esses distúrbios podem afetar a qualidade de vida do paciente. O ensino do paciente e da família é uma importante prescrição de enfermagem para estimular o autocontrole da DPOC, asma e fibrose cística.

Assim, questiona-se: como instruir e auxiliar na melhora da qualidade de vida do paciente com DPOC? O enfermeiro dentro deste contexto realiza procedimentos que se tornam melhor aplicados com a SAE (Sistematização do Atendimento de Enfermagem), que visa manter o atendimento de enfermagem com bases científicas. Mediante o exposto, evidencia-se que a realização da pesquisa se torna de suma importância para que se compreenda sobre as características gerais da DPOC, e a importância de uma assistência de enfermagem de qualidade.

Cuidados de enfermagem são essenciais e devem ser individualizados para promoção dos cuidados domiciliares, visa, entre outras ações, fornece instruções ao paciente e familiar, bem como orientar o paciente e sua família e auxiliar na melhora da qualidade de vida do paciente e o conhecimento com relação ao autocuidado.

Dessa forma, o presente estudo se torna relevante e se explica necessário de mais pesquisas e ações educativas, para que possa esclarecer e instruir a população sobre a gravidade da doença e a importância do diagnóstico e adesão ao tratamento. Sendo assim, a população poderá se informar do que se trata a DPOC e tomar as medidas preventivas e educativas, tendo em vista que é uma doença respiratória prevenível e tratável.

O tratamento correto, as atividades físicas e evitar fatores de risco como, tabagismo e o contato com fumaça, são práticas que podem ajudar no tratamento e melhorar a respiração do paciente, sendo assim, tratamento seja abandonado, os sintomas vão retornar ou até mesmo piorar.

Para tanto, o objetivo geral do presente material, consiste em evidenciar os cuidados do enfermeiro junto ao paciente com DPOC. De forma específica, pretende-se: destacar o processo de enfermagem junto ao paciente com DPOC; analisar de que forma a enfermagem auxilia no cuidado e na melhora da qualidade de vida junto ao paciente com DPOC;

e descrever como o abandono do paciente ao tratamento afeta sua saúde.

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, dessa forma, a busca na literatura foi utilizada a base de dados do SciELO *(Scientific Eltronic Library Online)* e Google Acadêmico. Foram incluídas as produções científicas que abordavam o objetivo proposto, no idioma português, publicadas no período de 2012 a 2022 e disponíveis eletronicamente na íntegra. As palavras-chave utilizadas na busca foram: "DPOC", "Processo de enfermagem ao paciente com DPOC", e "Autocuidado do paciente com DPOC".

2. O PROCESSO DE ENFERMAGEM E O PACIENTE COM DPOC

A DPOC é importante causa de morbimortalidade por doenças crônicas, em todo o mundo, sendo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a quarta principal causa de morte. Além disso, aumentos na prevalência e na mortalidade podem ser previstos para as próximas décadas (VARÃO; SARAIVA, 2019).

Para Soares (2012, p. 56), a DPOC caracteriza-se sendo:

> (...) uma condição irreversível, associada à dispnéia, ao esforço e fluxo aéreo reduzido para dentro ou para fora dos pulmões...é considerada uma doença de interação genética e ambiental. O fumo, a poluição do ar e a exposição ocupacional (algodão, carvão, grãos...), são importantes fatores de risco que contribuem para seu desenvolvimento. Esse processo pode ocorrer durante um período de 20 a 30 anos.

Segundo a Organização de Mundial de Saúde, 210 milhões de pessoas são acometidas pela DPOC, podendo ser de grau moderada a severa. No Brasil, são em torno de 6 milhões de pessoas, segundo o Consenso Brasileiro de DPOC (NASCIMENTO et al., 2022).

Atualmente é possível contar com o *Global Iniciative For Chronic Obstrutive Lung Disease* (GOLD), um documento atualizado que auxilia no diagnóstico, prevenção e plano de tratamento de indivíduos com DPOC, e são avaliados e classificados de acordo com a gravidade da doença de cada um em estágios como: leve, moderada, grave e muito grave (ALVES, 2019).

A DPOC é definida pela presença de obstrução ao fluxo aéreo, progressiva, não totalmente reversível, secundária à bronquite crônica, ao enfisema pulmonar ou a ambos. Em aproximadamente 60 a 80% dos pacientes, a hiper responsividade brônquica está presente. A limitação ao fluxo aéreo é causada tanto pela inflamação das pequenas vias aéreas, causando remodelamento e estreitamento delas, quanto pelas perdas das conexões alveolares e redução do recolhimento elástico, secundário à destruição do parênquima pulmonar (FERNANDES, 2019).

A história clínica de tosse, geralmente produtiva, dispneia e sibilos, progressiva, associada à presença de fatores de risco, como tabagismo (80%), gases tóxicos, poluição, infecção, exposição a fogão de lenha ou deficiência de alfa-1 antitripsina, na exclusão de outras doenças pulmonares, é eficiente para o diagnóstico. A avaliação da função pulmonar confirma o diagnóstico e auxilia na classificação da gravidade. A presença de uma relação VEF1CVF (razão entre volume expiratório forçado no primeiro segundo e a capacidade vital) menor que 0,75 ou menor que 90% do previsto, associada ou não a uma redução do VEF1, confirma a obstrução de vias aéreas (LAURINDO, 2018).

Indivíduos portadores de DPOC podem apresentar comorbidades como problemas

cardiovasculares, disfunções musculoesqueléticas, perda da massa muscular, osteoporose, osteopenia, entre outras. Essas morbidades causam perda da qualidade de vida dos indivíduos e aumento do risco de mortalidade.

Pessoas com DPOC também são propensas a experimentar episódios chamados de exacerbações, durante o qual os sintomas se tornam piores e persistem por dias. A principal causa das exacerbações são as infecções respiratórias, provocadas por bactérias ou vírus. Outras possíveis causas de exacerbação da doença são: distúrbios cardiológicos, uso de determinados medicamentos, embolia pulmonar, pneumotórax (ALVES, 2019).

Diante dos pressupostos apresentados verifica-se que a enfermagem pode auxiliar o paciente portador de DPOC. Os enfermeiros estão envolvidos com pacientes que apresentam DPOC durante o aspecto de cuidados, desde os cuidados ambulatorial e domiciliar até os cuidados críticos e no ambiente de cuidados paliativos.

Segundo Moraes (2015), pacientes com doenças crônicas, como DPOC, necessitam de educação intensa, aconselhamento, modificação do estilo de vida, e complexo tratamento farmacológico. Os enfermeiros são fundamentais para melhorar o atendimento às pessoas com condições crônicas. Práticas educativas precisam buscar a participação do indivíduo para assim alcançar e conservar as metas de saúde; deste modo, faz-se indispensável conhecer o ser humano e seus hábitos de vida, e envolvê-lo nas ações de saúde.

Dos Santos (2019), ressalta que educar os portadores de DPOC, proporciona a melhora da condição de se lidar com a doença e a qualidade de vida. O ensino encoraja a participação ativa do doente no autocuidado e leva a um melhor entendimento das alterações físicas e psicológicas durante a patologia, auxilia o portador e familiares a descobrirem elementos para lidar com as modificações, tornando-as mais qualificadas e mais favoráveis as orientações.

Segundo Da Rosa (2016), são objetivos do tratamento da DPOC: a redução dos sintomas; a prevenção da progressão da doença; a melhoria da tolerância ao exercício; a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida; a prevenção e tratamento de complicações; a prevenção e tratamento de exacerbações; ainda a redução da mortalidade.

O planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com DPOC envolve a introdução de um regime de tratamento para aliviar os sintomas e prevenir complicações. A maioria dos pacientes com DPOC recebe tratamento ambulatorial, o enfermeiro deve desenvolver um plano de ensino para ajudá-los a cumprir a terapêutica e compreender a natureza desta doença crônica (MORAES, 2015).

Os enfermeiros que trabalham com pacientes com DPOC implementam terapias de enfermagem destinadas a promover a independência no autocuidado, a readaptação funcional e a gestão das opções terapêuticas que terão como efeito, por um lado, melhorar a qualidade de vida do cliente e, por outro, aumentando o autocontrole da doença Responsabilidade individual de trabalhar em conjunto para desenvolver procedimentos eficazes para responder a novas situações de saúde/doença.

Assim, enfatiza-se que o enfermeiro tem um papel central em educar os pacientes sobre o manejo da doença e equipá-los para entender sua condição e viver o melhor que puderem. Os pacientes precisam entender a natureza de longo prazo de sua condição e que, embora não haja cura, muito pode ser feito para mitigar os sintomas e otimizar sua qualidade de vida.

Os planos de autogestão da DPOC são normalmente documentos mantidos pelo paciente contendo informações e conselhos para apoiar as pessoas em sua jornada de DPOC. Isso pode incluir fatores como controlar a falta de ar, permanecer ativo, comer

bem e medicação inalatória, além de possíveis efeitos colaterais e definição de metas.

Os planos de autogestão devem ser específicos do paciente, para que reflitam as necessidades e prioridades individuais. Há evidências para apoiar o uso de planos de autogestão para pacientes com DPOC – uma meta-análise da Cochrane encontrou melhores pontuações de qualidade de vida relacionadas à saúde, redução da falta de ar autodescrita (dispneia) e hospitalização respiratória inferior e por todas as causas como resultado de planos de autogestão (VIGÁRIO, 2018).

Os enfermeiros têm um papel crítico em garantir que os pacientes possam se autogerenciar em termos de reconhecer os sintomas e lidar adequadamente com as exacerbações, com esteroides e/ou antibióticos, quando necessário. Há espaço para elaborar planos de autogestão com os pacientes, apoiar a autogestão e ajudar os pacientes a trabalhar em direção a objetivos relacionados à saúde.

Ainda enfatiza-se que quando os pacientes se deterioram e se tornam mais dependentes da família, amigos e equipe de saúde e assistência social, os enfermeiros têm um papel importante a desempenhar no fornecimento de apoio, informação e educação para cuidadores formais e informais. Isso pode incluir educação e treinamento da equipe – os enfermeiros especialistas estão particularmente bem equipados para fornecer isso devido ao seu conhecimento especializado no gerenciamento da DPOC (LIMA, 2020).

Valério (2015), em um dos estudos sobre o itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos acrescenta que há necessidade de uma maior aproximação entre profissionais da saúde e doentes crônicos, para assim os profissionais estarem envolvidos de como é viver com esta condição, como a patologia está incluída no cotidiano e como influência nas decisões

Ainda segundo os autores, as pessoas com DPOC enfrentam alterações fisiológicas, nomeadamente perda da capacidade de desobstruir eficazmente as vias respiratórias, diminuição da capacidade ventilatória e consequente ineficiência nas trocas gasosas, o que resulta em falta de ar, fadiga, esforço e perda de resistência muscular ao endurecimento. Essa condição contribui para a dependência na realização das atividades de vida, na capacidade de cuidar de si, tornando-os dependentes.

Frente ao exposto, o papel do enfermeiro centra-se na elaboração em cooperação com os outros técnicos da equipe multidisciplinar de um plano terapêutico global para o paciente, em que este é um parceiro e o fulcro da sua atuação, ajudando-o a responsabilização pela manutenção da sua saúde como ator privilegiado na tomada de decisão (MALHEIRO, 2014).

Assim o enfermeiro, fórmula diagnósticos de enfermagem e propõe intervenções, centradas na relação terapêutica, como forma de garantir o autocontrole e o autocuidado do paciente, onde a adoção de um estilo de vida mais saudável, pelo recurso ao exercício físico, a uma alimentação saudável, à cessação tabágica são ações concretas para melhorar a qualidade de vida do paciente.

Os enfermeiros desempenham um papel primordial na identificação dos candidatos potenciais para a reabilitação pulmonar e na facilitação e reforço do material aprendido no programa de reabilitação.

Nem todos os pacientes têm acesso a um programa de reabilitação. Contudo, os enfermeiros podem ser o instrumento no ensino de pacientes e famílias, bem como na facilitação dos serviços específicos, com a educação na terapia respiratória, fisioterapia de exercícios e redução respiratória, terapia ocupacional para conservar energia durante as atividades da vida diária e o aconselhamento nutricional (MOREIRA, 2018).

Cabe ao enfermeiro o papel de "aliviar, confortar, manter as forças para combater a doença" do cliente, com o objetivo de facilitar o processo de transição, a aprendizagem de novos conhecimentos e competências. Ressalta-se que é importante um atendimento rápido e eficiente para que se possa prevenir complicações que vão desde dispneia á acidemia respiratória grave, PCR e óbito.

Enfatiza-se que assim como em outras doenças crônicas, o paciente com DPOC tem dificuldade de manter a disciplina e aderir ao tratamento multidisciplinar de forma adequada, dessa forma, no próximo capítulo, apresenta-se aspectos relacionados a qualidade de vida do paciente que segue o tratamento e tem acompanhamento da enfermagem.

3. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO E NA MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM DPOC

A doença pulmonar obstrutiva crônica é um problema de saúde global e o número de pacientes em tratamento com esta doença em ambientes de atenção primária está aumentando. Isso coloca novas demandas sobre os enfermeiros envolvidos (PADILHA; SOUZA, 2012).

Enfatiza-se que dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro é um dos elementos que atuam de modo mais constante e mais próximo dos pacientes. É este profissional que através da assistência, deve planejar intervenções educativas junto aos pacientes, de acordo com avaliação que realiza, numa tentativa de ajudá-los a reaprender a viver nessa realidade (LIMA et al., 2020).

A assistência de enfermagem atuará junto ao paciente desde o diagnóstico até no pós-alta. No primeiro momento será feita a entrevista e coleta dos dados do paciente. Os enfermeiros podem usar essas oportunidades para educar os pacientes sobre a importância de parar de fumar, aumentar sua tolerância ao exercício e instruir sobre a adesão à medicação para evitar futuras exacerbações (VARÃO; SARAIVA, 2019).

Segundo Varão e Saraiva (2019), a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é prevenível e tratável, com manifestações respiratórias persistentes, nas quais as intervenções do enfermeiro podem contribuir para melhorar a capacidade funcional e emocional, o conhecimento, promover o autocuidado, a adesão ao regime terapêutico e a comportamentos saudáveis.

As orientações são importantes para a melhoria das competências, auxiliarem a desenvoltura em lidar com a doença e a condição da saúde, prevenir uma exacerbação da DPOC evitando internações e gerar um melhor tratamento em casa. Os principais pontos que devem ser orientados são: instruir os pacientes sobre a doença, tratamento da doença, medicamentos, recomendações para as atividades de vida diária (AVD), adoção de um estilo de vida saudável (por exemplo, cessar o tabagismo), identificação dos sintomas e controle das exacerbações (LAURINDO, 2018).

Uma exacerbação da DPOC é um agravamento contínuo dos sintomas do paciente. Esses sintomas incluem piora da dispneia, o aumento da produção de expectoração e mudança na cor do escarro, acompanhado de aumento da tosse, sibilos, dor torácica. Exacerbações podem ocorrer devido uma infecção aguda tanto de origem viral ou bacteriana; ou por causas não infecciosas, tais como o frio, a interrupção do tratamento, a poluição atmosférica, exposição a poeiras e gases tóxicos e fatores genéticos (FERNANDES, 2019).

Quando ocorrem exacerbações da DPOC, a função pulmonar é perdida e não retorna, então o tratamento se concentra em preveni-las e minimizá-las. Os enfermeiros desem-

penham um papel importante durante todo o tratamento, educando os pacientes, auxiliando nos planos de medicação e ajudando a prevenir exacerbações destrutivas.

Assim, os enfermeiros fornecem educação vital e coordenação de cuidados para pacientes com DPOC para evitar exacerbações dispendiosas e com risco de vida. Pacientes e familiares precisam de apoio e educação adicionais à medida que os sintomas progridem, e os enfermeiros podem ensiná-los sobre regimes de medicação complicados e comorbidades, ajudá-los a navegar no sistema de saúde e oferecer oportunidades para conversas de fim de vida que lhes permitam fazer as melhores escolhas de cuidados.

Pontua-se que as exacerbações da DPOC estão associadas com pior qualidade de vida, aumento da morbidade e da mortalidade e elevado custo das despesas de saúde. É essencial que as exacerbações sejam prevenidas sempre que possível e espera-se que, essas intervenções reduzam os custos de saúde e, sobretudo, melhorem a qualidade de vida dos pacientes (CASADO, 2012).

Em relação a qualidade de vida, por ser uma doença que limita muito as atividades diárias, como vestir-se, alimentar-se, falar, caminhar dentro de casa, banhar-se, a DPOC leva a um isolamento social em função dos pacientes não disporem de condições mínimas de deslocamento entre as casas na vizinhança, igrejas e mercados o que foi considerado como um dos grandes fatores para diminuir a qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A qualidade de vida QV é uma expressão caracterizada, como uma noção eminentemente humana, estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, ambiental e a própria estética existencial, refere-se basicamente a uma boa saúde física, mental e social, e consiste em um grande desafio para a saúde pública, principalmente em pacientes com doenças crônicas. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar (CEDANO et al., 2013).

Entende-se assim que a qualidade de vida é um indicador de saúde física, psicológica e social e permite medir em que medida a doença afeta a vida diária, a saúde e a felicidade do paciente e principalmente dispneia e dor, insônia, perda de peso, dependência de casa, isolamento social, falta de autocuidado, frequentes visitas ao hospital e hospitalizações prolongadas entre os sintomas da DPOC causam grave deterioração na qualidade de vida.

Conhecer sobre qualidade de vida auxiliará no entendimento de como a DPOC atinge de alguma maneira a vida dos portadores da doença e assim iniciar medidas preventivas para adiar a evolução do processo crônico. Mediante o exposto, o enfermeiro ao avaliar o grau de comprometimento funcional dos pacientes com DPOC e relacioná-lo com a qualidade de vida se torna cada vez mais importante, para que as intervenções nesse grupo de pacientes sejam voltadas menos para a doença e mais para o doente.

Os enfermeiros também desempenham um papel fundamental na identificação de potenciais candidatos à reabilitação pulmonar e na facilitação e aprimoramento do material aprendido no programa de reabilitação. Nem todos os pacientes podem participar de um programa de reabilitação. No entanto, os enfermeiros podem desempenhar um papel no treinamento de pacientes e familiares e na facilitação de serviços específicos, incluindo educação em terapia respiratória, fisioterapia por exercícios e redução respiratória, terapia ocupacional para conservar energia durante as atividades da vida diária e aconselhamento nutricional (MORAIS, 2015).

O principal objetivo no tratamento da DPOC é melhorar os sintomas deteriorados e a qualidade de vida. O tratamento visa fortalecer a musculatura tanto do coração, da caixa torácica, mas também das pernas, por exemplo. Com isso, o paciente poderá reagir ao cansaço e a fadiga, além de, aos poucos, restabelecer sua capacidade pulmonar. O tratamento precisa, principalmente, do engajamento do próprio paciente e sua família. Ele depende de mudanças na rotina e o passo mais importante é parar de fumar.

Esse tratamento inclui estratégias de exercícios e atividades diárias de como controlar a respiração (expirar durante a parte mais forte da atividade e usar a respiração labial e diafragmática), evitar, ou até mesmo, eliminar atividades desnecessárias, mudança no local de trabalho, evitando a exposição a agentes químicos, evitar contato com fumantes e toxinas do ar.

Enfatiza-se que é imprescindível que a Enfermagem, como profissional participante e atuante das equipes multidisciplinares que assistem ao paciente, tenha um conhecimento adequado dos princípios fisiológicos básicos que regem o funcionamento do sistema respiratório. Esse conhecimento é extremamente importante, uma vez que, a mesma está em contato direto com o paciente (MORAIS, 2015).

Ressalta-se que educar os portadores de DPOC, proporciona a melhora da condição de se lidar com a doença e a qualidade de vida. O ensino encoraja a participação ativa do doente no autocuidado e leva a um melhor entendimento das alterações físicas e psicológicas durante a patologia, auxilia o portador e familiares a descobrirem elementos para lidar com as modificações, tornando-as mais qualificadas e mais favoráveis as orientações.

Devechi e Trevisan (2010), através de um questionário desenvolvido, avaliaram os efeitos de um programa educativo (PE) com 22 pacientes com DPOC, aplicando-os um programa de RP, onde este, mostrou-se eficaz no aumento do conhecimento dos pacientes quanto a sua doença, suas consequências e seu tratamento.

Kerkoski et al. (2017), abordaram uma prática educativa no intuito de identificar os sentimentos dos portadores de DPOC, através de um grupo de convivência com 11 pacientes e 1 familiar, no qual surgiram três categorias distintas: a tristeza e sofrimento ocasionados pela doença; as limitações e incapacidades físicas no cotidiano e o desejo de melhora em relação ao seu quadro clínico.

Assim, cabe ao enfermeiro, atividades como , educar o paciente quanto ao regime terapêutico, promovendo a compreensão sobre os medicamentos utilizados, quais são e para que servem, a importância dos métodos não farmacológicos e porque a junção dos dois tratamentos é fundamental para o bem-estar e manutenção da saúde; ensinar o paciente sobre suas patologias, como elas o acometem e quais são suas consequências; orientar o paciente a reconhecer os sinais e sintomas indicativos de agravo de suas patologias e quando é preciso procurar ajuda da equipe de saúde; incentivar a participação do cuidador, porém não sobrecarregá-lo, tornar o paciente apto a cuidar-se de si próprio (SALVADOR, 2015).

Pontua-se que o cuidado de enfermagem é uma ação planejada do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano. Com o processo de enfermagem visa-se alcançar as necessidades específicas de cada paciente que está dentro do ambiente hospitalar, torna-se mais fácil, pois o paciente encontra-se dentro de um ambiente protegido e sob orientações.

Ainda pontua-se que os cuidados no pós-alta são para que o paciente tenha o mínimo de autonomia, para que saiba se cuidar, a importância de se cuidar e como se portar diante de crises, a família também deverá ser parte integrante do plano de alta.

Mediante o exposto, percebe-se que existem algumas medidas que podem melhorar a vida desses pacientes, amenizando o sofrimento mesmo que em pequenas proporções.

Torna-se de grande importância a prática da reabilitação pulmonar através de exercícios físicos, a decisão do abandono do tabagismo, o acompanhamento médico para que seja feito o tratamento correto no período de estabilidade e nas exacerbações e uma boa estrutura familiar. A família deve estar sempre presente, mostrando ao doente que mesmo perante as dificuldades eles estarão dispostos a fazerem tudo o que for necessário. Com essas medidas haverá uma melhora na percepção de qualidade de vida dos portadores de DPOC.

4. DIFICULDADE DE ADESÃO E CONSEQUÊNCIAS DO ABANDONO AO TRATAMENTO

Sabe-se que a DPOC não tem cura, costuma ser uma doença progressiva, fatal em casos avançados. O objetivo prioritário do tratamento contra a DPOC é retardar a sua progressão. Para tratar a melhor abordagem é a multidisciplinar. Ou seja, além do tratamento medicamentoso, é necessário que o paciente seja acompanhado por diferentes profissionais.

O tratamento precisa, principalmente, do engajamento do próprio paciente e sua família. Ele depende de mudanças na rotina e o passo mais importante é parar de fumar. Os exercícios físicos estão liberados ao paciente com DPOC, mas devem ser adequados ao seu estado físico, sem causar sobrecargas. Caminhadas diárias já é um grande passo para o tratamento da doença. Alguns pacientes graves podem ser auxiliados por um centro de reabilitação pulmonar (COELHO et al., 2012).

Pontua-se que a complexidade da DPOC e suas diferentes complicações físicas, mentais, familiares, ocupacionais e sociais destacam a necessidade de reabilitação pulmonar (RP) para os pacientes acometidos. No entanto, a RP para pacientes com DPOC geralmente enfrenta algumas barreiras.

A RP é um dos principais componentes do manejo da DPOC. De acordo com a Arruda et al., (2020), a RP é uma intervenção abrangente baseada na avaliação cuidadosa de pacientes acompanhada de cuidados centrados no paciente, incluindo treinamento físico e modificação de comportamento, a fim de melhorar o estado físico e mental dos pacientes.

Os principais objetivos da RP são manter a autonomia do paciente, prevenir complicações, promover o funcionamento físico, restaurar a autoconfiança, aumentar a satisfação com a vida e ajudar o paciente a retornar à sociedade. A RP também alivia os sintomas respiratórios, melhora a qualidade de vida, e aumenta o nível de atividade. Um estudo também mostrou que a RP reduziu a dispneia em 93%, reduziu a gravidade dos sintomas relacionados à fadiga em 73% e aliviou a dor em 74% (MORAIS, 2019).

A reabilitação pulmonar hoje é considerada uma intervenção global baseada em uma avaliação em seguida de tratamentos adequados, ligados diretamente a limitações, adequação, educação, mudança de comportamento melhorando a atividade física e pulmonar nos portadores de DPOC, propiciando o aumento da tolerância ao exercício, promovendo qualidade de vida, diminuindo a dispneia e aumentando a vida, tornando um dos mais importantes e eficazes tratamentos não farmacológicos.

Destaca-se que para a reabilitação adequada deve-se fazer uma avaliação adequada, de acordo com a capacidade física e saber quais os principais fatores causadores da limitação física, um dos testes mais fácil de ser aplicado é o teste de caminhada dos 6

minutos, registrando a frequência cardíaca de pico, consumo de oxigênio, e o tempo de caminhada.

Apesar dos conhecidos benefícios da RP para pacientes com DPOC, estudos mostram que existem muitas barreiras à RP. Por exemplo, Santos; Costa (2019), relataram educação inadequada em relação à DPOC e prevenção de suas complicações, suporte mental limitado, falta de conhecimento e coordenação interdisciplinar deficiente em relação à RP como as principais barreiras à RP. Já, Santos; Santana e Morais (2021), descobriram que as principais barreiras para a RP foram o mau enfrentamento da DPOC, acesso limitado aos serviços de RP, altos níveis de ansiedade e dependência de outras pessoas.

Pontua-se que embora a reabilitação pulmonar seja uma intervenção padrão global, na prática os detalhes estruturais do programa variam um pouco com base nos sistemas de atendimento e nas diferenças socioculturais. Se os programas de reabilitação pulmonar não removerem as barreiras, esses serviços podem não ser capazes de atender às necessidades dos pacientes.

Nesse tocante, Costa e Moreira (2021), colocam que mais de 1/3 dos pacientes abandonam os programas. As causas principais são relacionadas à motivação e ao transporte. O perfil do paciente que abandona apresenta piores perdas funcionais, e mais exacerbações.

Coelho et al. (2021), coloca que a terapia medicamentosa visa principalmente aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida. Segundo os autores, os remédios que são utilizados uma vez ao dia e possuem rápido início de ação aumentam a adesão do paciente ao tratamento e permitem melhora já nos primeiros minutos da manhã, período de grande dificuldade respiratória.

Hermes (202), coloca que assim como em outras doenças crônicas, o paciente com DPOC tem dificuldade de manter a disciplina e aderir ao tratamento multidisciplinar de forma adequada.

Entretanto, pontua-se que caso as orientações médicas e de outros profissionais de saúde não sejam seguidas à risca, o paciente pode progredir para a perda de sua função pulmonar. Nos casos mais avançados, quando o paciente já apresenta hipoxemia (baixa de oxigênio no sangue) persistente, o uso de oxigênio suplementar está indicado. A quantidade e o período em que o paciente deve ficar com oxigênio suplementar é decisão médica, podendo ser indicado apenas ao dormir, durante esforços ou ininterruptamente nos casos mais graves.

Santos (2019), coloca que a VMNI (ventilação mecânica não invasiva), é uma opção alternativa satisfatória em quadros de insuficiência respiratória, diminui o trabalho muscular e melhora a troca gasosa recrutando alvéolos hipoventilados, o tornando um tratamento de primeira linha, melhorando a sobrevida.

A VMNI gera uma pressão positiva nas vias aéreas do paciente através de máscaras sem a necessidade da intubação, além da fácil aplicação e remoção, gera maior conforto ao usuário mantendo as vias aéreas livres e sem risco de complicações secundarias a intubação entre elas a pneumonia nosocomial. Podendo ser utilizado durante a exacerbação da DPOC, onde ocorre a hipoxemia grave e difícil correlação de administração de oxigênio e caso de hipoventilação alveolar, reduzindo complicações e internações.

Entretanto, muitos pacientes podem apresentar fadiga precoce e não atingir os resultados desejados, desmotivando os pacientes e gerando o abandono ao tratamento. Para evitar esses acontecimentos outras estratégias vêm sendo elaboradas em âmbito científico, a VMNI tem o princípio de envolver a diminuição de recrutamento muscular inspirató-

rio, prevenindo o colabamento dinâmico das vias aéreas (SANTOS, 2019).

Silva e Borges (2021), colocam que o reconhecimento das dificuldades associadas ao diagnóstico e tratamento adequado de pacientes com DPOC está aumentando, e que tais dificuldades está associada ao aumento do risco de exacerbação e hospitalização

Neste sentido, e de acordo com Pereira e Cavalcante (2020), a adesão ao tratamento bem como a eficácia da assistência podem depender muito da percepção individual e do aspecto emocional do paciente no que diz respeito à doença. Para se obter êxito na adesão ao tratamento, torna-se imprescindível que o profissional de saúde proponha uma ação terapêutica integral que envolva o contexto sociopsicológico do paciente.

Segundo os autores, a não adesão ao tratamento da DPOC pode ser primária, quando os pacientes não cumprem as prescrições, ou secundária, quando os medicamentos não são usados nas doses recomendadas ou os dispositivos inalatórios são usados incorretamente. Tanto a não adesão primária quanto a secundária levam à redução da eficácia do tratamento.

Segundo Corcini e Garcia (2020), a situação de doenças crônicas, é preocupante, constitui importante problema de saúde pública que exige medidas de ataque para conter sua progressão, na tentativa de diminuir o alto índice morbimortalidade. No entanto, em última instância, a adesão ao tratamento dependeu do paciente, o profissional de saúde também tem responsabilidade de compartilhar com o paciente essa responsabilidade e garantir suporte necessário para uma participação efetiva em tão almejada adesão.

Segundo os autores, a forma com que o indivíduo percebe sua enfermidade pode influenciar os mecanismos individuais para satisfazer suas necessidades e a busca de serviços assistenciais.

Segundo ainda Pereira e Cavalcante (2020) a adesão ao tratamento depende de vários fatores, sendo difícil identificar o mais importante. No entanto, a presença de efeitos colaterais, é um dos mais importantes. Muitas vezes, nem há necessidade de existirem efeitos colaterais sérios para o paciente abandonar o tratamento.

Ainda pontua-se que a via de administração também pode afetar a adesão. Em geral, as taxas de adesão para medicamentos orais são maiores do que para medicamentos inalatórios comparáveis. Isso é especialmente um problema para pacientes com asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica, que requerem o uso de medicamentos inalatórios devido à baixa incidência de efeitos colaterais. Erros na técnica inalatória são comuns e podem interferir na administração adequada dos medicamentos.

Segundo Arruda (2020) muitas são as causas de não adesão dos pacientes aos tratamentos médicos. A teoria dos modelos estruturais sugere que aderência esteja relacionada às características do paciente, da doença e do seu meio social e cultural. Os modelos estruturais servem, principalmente, para identificar os grupos de pacientes com maior tendência ao abandono ou não observância ao tratamento medicamentoso.

Segundo o autor supracitado, vários fatores foram identificados como modificadores dos níveis de adesão, tanto relacionados ao medicamento quanto ao paciente. A qualidade da comunicação entre os prescritores de medicamentos e os pacientes afeta o nível de adesão ao tratamento. A comunicação de alta qualidade, incluindo informações sobre doenças, medicamentos e tecnologia de uso de dispositivos, pode melhorar a adesão primária e secundária.

Segundo Melo (2018), a linguagem usada pelos médicos pode não ser a mais adequada para seus pacientes. De acordo com o autor estudos sobre a comunicação médico paciente revelam que a linguagem do paciente deve ser usada pelo médico, que a in-

formação fornecida em cada consulta deve ser limitada, que termos médicos devem ser evitados e que as orientações devem ser oferecidas de forma a serem apropriadas para a vida cotidiana dos indivíduos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do trabalho possibilitou uma melhor compreensão sobre a doenças pulmonares obstrutivas crônicas, compreendendo que ela impossibilita o acometido de realizar atividades básicas diárias. Observou-se assim, que a DPOC é uma patologia incurável que causa vários sinais e sintomas responsável por uma alta taxa de morbimortalidade trazendo a falência da bomba torácica, mas tem tratamento para dar melhor qualidade de vida ao paciente.

Nesse tocante, o enfermeiro tem papel fundamental no tratamento e prevenção da doença participa da implementação de ações na educação da saúde da população de risco, orienta e desenvolve trabalhos em centros de saúde, no ambiente hospitalar e domiciliar quanto a importância da cessação do tabagismo, evitar ambientes poluídos, além de orientar o paciente e familiares a utilização de medicamentos prescritos corretamente, encaminhar ao futuro tratamento ambulatorial e multiprofissional após uma internação por conta de problemas consequentes da DPOC, instruir quanto a necessidade e importância de tratamentos paliativos.

Conclui-se assim, que a enfermagem desempenha um papel muito importante na reabilitação de pacientes no ambiente hospitalar junto à equipe multidisciplinar, dispondo de recursos adequados para a resolução das disfunções apresentadas ajudando a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuindo o tempo de hospitalização, proporcionando um retorno rápido para as suas atividades da vida diária, deixando-os mais independente possível. Como sugestão para pesquisas futuras, propõe-se uma pesquisa de campo, onde seja possível visualizar de perto a vivência do paciente acometido com a doença, e a atuação da enfermagem.

Referências

ALVES, Renata Camargo et al. Impacto de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes portadores de DPOC. **Rev. enferm. UERJ**, p. e30338-e30338, 2019.

ARRUDA, Daniela Évilla Gomes et al. Prognóstico de pacientes com COVID-19 e doenças crônicas: uma revisão sistemática. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. 03, p. 79-88, 2020.

CASADO, Sónia Alexandra Claro. **Implementação de um programa de enfermagem de reabilitação domiciliária em utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica**. 2012. Tese de Doutorado. Instituto Politecnico de Braganca (Portugal).

CEDANO, Simone et al. Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em oxigenoterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 860-867, 2013.

COELHO, Arthur Emanuel Campos et al. Abordagem geral da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 1, n. 1, p. e8657-e8657, 2021.

COSTA, Lenina Damasceno; MOREIRA, Elba Adilza Santa Bárbara. O FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DO CUIDADO DA ASMA E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVO CRÔNICO (DPOC). **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 26-26, 2021.

DA ROSA, Janice et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente portador de doença pul-

monar obstrutiva crônica. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 124-137, 2016.

DEVECHI, Catia Piccolo Viero; TREVISAN, Amarildo Luiz. Sobre a proximidade do senso comum das pesquisas qualitativas em educação: positividade ou simples decadência?. **Revista Brasileira de Educação**, v. 15, p. 148-161, 2010.

DOS SANTOS, Dara Barbosa et al. Cuidados de enfermagem à pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica–dpoc. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, 2019.

FERNANDES, Paula Alexandra Marques. **A enfermagem de reabilitação na promoção da reeducação funcional respiratória, no idoso com doença pulmonar obstrutiva crónica, em contexto domiciliário**. 2019. Tese de Doutorado.

HERMES, Diego Handeri et al. O uso dos corticosteróides em períodos curto e longo nas exacerbações da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 11061-11071, 2020.

LAURINDO, Josiane A. et al. Cuidados de enfermagem em um portador da doença pulmonar obstrutiva crônica em oxigenioteria domiciliar: um estudo de caso no bairro ponte da aldeia, manhuaçu (MG). **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 3, 2018.

LIMA, César de Andrade de et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

MALHEIRO, Natália Augusta Matos. **Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica**. 2014. Tese de Doutorado. [sn].

MORAIS, Letícia de Araújo et al. Avaliação da doença e informações sobre tratamento fornecidas a pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no momento da alta, de acordo com diretrizes GOLD para alta hospitalar. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2019.

MORAIS, Maria João da Silva. **Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, em contexto de cuidados intensivos à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica submetida a ventilação não invasiva**. 2015. Tese de Doutorado. [sn].

MOREIRA, Tânia Catarina Vaz. **Enfermagem de reabilitação e a adesão à terapêutica inalatória do cliente com doença pulmonar obstrutiva crónica**. 2018. Tese de Doutorado.

NASCIMENTO, Lorena Catharina Soares et al. Abordagem fisioterapêutica na reabilitação pulmonar do paciente com DPOC: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e496111033249-e496111033249, 2022.

PADILHA, José Miguel Santos Castro; SOUSA, Paulino Artur Ferreira; PEREIRA, Filipe Miguel Soares. Análise do uso de suportes tecnológicos e conteúdos informacionais pelos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 60-66, 2012.

PEREIRA, Eanes Delgado Barros; CAVALCANTE, Antonio George de Matos. Não basta a prescrição: a importância da adesão ao tratamento farmacológico na DPOC. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 48, 2022.

SALVADOR, Marli dos Santos et al. Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 662-669, 2015.

SANTOS, Jéssica Batista; COSTA, Christefany Régia Braz. Cuidados gerais aos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em Terapia Intensiva. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. e312111335242-e312111335242, 2022.

SANTOS, Lucas NL; SANTANA, Matheus LS; MORAES, Cléria Mendonça. Depressão em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: uma breve revisão integrativa da literatura. **Health and Diversity**, v. 5, n. 1, p. 33-39, 2021.

SANTOS, Tânia Virgínia Tavares dos. **Benefícios da Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. 2019. Tese de Doutorado.

SILVA, Thiago Santos; BORGES, Grasiely Faccin. Tolerância ao exercício em indivíduos pós-tratamento de tuberculose pulmonar: um estudo observacional. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 25, n. 274, 2021.

SOARES, Camila Jaques et al. **Processo De Enfermagem No Cuidado Ao Adulto Em Situação Crônica De Saúde:** Relato De Experiência. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 4, n. 3, 2012.

VALÉRIO, André Bengla. **Os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica**. 2015. Tese de Doutorado. [sn].

VARÃO, Sara; SARAIVA, Cristina. **Impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**–Revisão Sistemática. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 2, n. 2, p. 41-48, 2019.

VIGÁRIO, Andréa Stephanie Pinheiro Fernandes. **Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica**. 2018. Tese de Doutorado.

24

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ESTÍMULO DO ALEITAMENTO MATERNO

THE ROLE OF NURSING IN STIMULATING BREASTFEEDING

Maria Thayná Silva Dos Santos

Bruna Larissa Barros costa de Oliveira

Fabiana Rodrigues Cantanhede

Márcia Bruna Damasceno Santos

Resumo

A presente pesquisa buscou abordar sobre o papel da enfermagem no estímulo ao aleitamento materno, sendo é considerado como um dos mais antigos processos da existência do ser humano, porém é complexo e envolve vários fatores que podem contribuir de forma negativa em sua prática. A amamentação é de extrema importância, por proporcionar a criação de um elo inseparável, por conta do contato direto entre mãe e filho através do chamado efeito tranquilizante e analgésico para o lactente. É baseado nesse contexto de interação materno-infantil que ocorre o desenvolvimento psicológico afetivo e de aprendizado entre mãe e filho. O objetivo geral buscou compreender a importância da assistência de enfermagem no processo de amamentação. O tipo de pesquisa realizado neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis. Conclui-se, portanto que o o papel do enfermeiro no aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce, onde este profissional a age como agente educador sobre a importância da amamentação. Nesse contexto cabe ao profissional de enfermagem oferecer as gestantes e nutrizes orientações adequadas que promovam e apoiem o aleitamento materno, buscando e estabelecendo a prática.

Palavras-chave: Amamentação. Pré-natal. Desmame. Prevenção. Enfermeiro

Abstract

This research sought to address the role of nursing in encouraging breastfeeding, which is considered one of the oldest processes in human existence, but it is complex and involves several factors that can contribute negatively to its practice. Breastfeeding is extremely important, as it provides the creation of an inseparable bond, due to the direct contact between mother and child through the so-called tranquilizing and analgesic effect for the infant. It is based on this mother-infant interaction context that the affective psychological development and learning between mother and child occurs. The general objective sought to understand the importance of nursing care in the breastfeeding process. The type of research carried out in this work was a Qualitative and Descriptive Literature Review, in which books, dissertations and scientific articles and reliable websites were consulted. It is concluded, therefore, that the nurse's role in breastfeeding and the prevention of early weaning, where this professional acts as an educating agent about the importance of breastfeeding. In this context, it is up to the nursing professional to offer pregnant women and nursing mothers appropriate guidelines that promote and support breastfeeding, seeking and establishing the practice.

Keywords: Nursing. Breast-feeding. Prenatal. Weaning. Prevention. Nurse.

1. INTRODUÇÃO

O leite materno é constituído principalmente de água, proteínas, carboidratos, vitaminas, lipídios, íons e os anticorpos. Sendo este o mais completo alimento para o bebê, atuando como agente imunizador, que possui diversas características bioquímicas que contribuem para o crescimento e desenvolvimento através das substâncias e agentes que agem contra infecções.

A promoção do aleitamento materno é muito importante, por se tratar de um grande aliado no combate a mortalidade infantil. Se aleitamento materno for mantido exclusivamente até o sexto de vida, sendo usado como complemento até os dois anos várias mortes de crianças poderiam ser evitadas. Nesse contexto a compreensão e estudos sobre esse assunto ainda no pré-natal são de suma importância.

Porém o processo de amamentação nem sempre é fácil para a mulher, é nesse contexto que o enfermeiro se torna essencial por contribuir ainda durante o pré-natal com as informações sobre o a fisiologia da lactação, assim como o cuidado com as mamas, ressaltando a importância de amamentar o bebê nos primeiros dias de vida. Logo o processo de promoção e incentivo do aleitamento materno por parte dos profissionais de enfermagem oferece inúmeros benefícios para a criança e para a mãe. Surge então uma problemática a ser analisada: Como o profissional de enfermagem pode contribuir para o aleitamento materno?

Já o objetivo geral buscou compreender a importância da assistência de enfermagem no processo de amamentação. Os objetivos específicos buscaram: estudar o conceito e aleitamento materno; definir os benefícios do aleitamento materno para a saúde do bebê e abordar o trabalho do profissional de enfermagem na assistência ao aleitamento.

O tipo de pesquisa realizado neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis. A busca foi através das plataformas virtuais de pesquisa, destacando-se "Google acadêmico", "LILACS" e "SCIELO". Os principais autores consultados foram: França (2017), Campos (2019) e Emidio (2020). O período dos artigos pesquisados foram os trabalhos publicados nos últimos 10 anos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Amamentação, Pré-natal, Desmame, Prevenção e Enfermeiro.

2. ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é considerado um dos processos mais antigos da história da humanidade; no entanto, é complexo e envolve uma série de fatores que podem impactar negativamente em sua prática. A criação de um elo inseparável é possibilitada pelo contato direto entre mãe e filho através do chamado efeito calmante e analgésico na mãe lactante. Baseia-se no ambiente de interação mãe-bebê no qual ocorre o desenvolvimento psicológico do adolescente e a aprendizagem entre mãe e filho (BRASIL, 2015).

O leite materno é composto principalmente de proteínas, carboidratos, vitaminas, minerais e gorduras. Sua composição varia de um momento para o outro, com fatores como idade materna, paridade, saúde e estado nutricional, todos desempenhando um papel importante. Existem fatores que contribuem para que todos os aspectos nutricionais, psicológicos e imunológicos do leite sejam consumidos pelas crianças durante o primeiro ano de vida, período vulnerável (SILVA, 2014).

Amamentação é recomendado até seis meses e complementando até dois anos ou mais, sendo o mesmo considerado um benefício importante para a criação do vínculo me e bebê. Como um dos assuntos mais discutidos mundialmente, o Ministério da Saúde brasileiro passou a divulgar a importância da licença-maternidade, com uma nova lei que visa proteger os direitos das mulheres e proporcionar condições favoráveis para o processo. Apesar dessas recomendações e de várias medidas implementadas ao longo dos anos, o envelhecimento precoce ocorre com frequência alarmante, resultando em inúmeras consequências negativas para mim e para meu filho (SILVA, 2018).

O desmame ocorre prematuramente quando a suplementação começa antes dos seis meses de idade. É nesse período que novos alimentos são introduzidos às crianças, tornando-as mais vulneráveis a infecções gastrointestinais, infecções respiratórias, diarreias e até desnutrição, o que prejudica seu desenvolvimento. Nesse ambiente, torna-se necessário que o profissional de saúde identifique a relação familiar entre mãe e filho, com o objetivo de aumentar o apego materno e promover educação em saúde (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Quando o desmame ocorre prematuramente, define-se como a cessação parcial ou total da amamentação exclusiva até que o bebê atinja a idade de seis meses. Existem vários fatores que contribuem para a puberdade precoce, incluindo estilo de vida, cultura e até influência social. Um dos principais fatores que contribuem para o rompimento do leite materno é a falta de interpretação do choro do bebê, que por vezes está relacionado ao aleitamento materno, a necessidade de as mães trabalharem fora de casa e doenças que têm relação direta com a mãe e a recusa de uma criança em fazer xixi (MIRANDA; ZANGÃO; RISSO, 2017

Fator ligado à puberdade precoce, comum em populações de baixa renda, contribui para o número de morbimortalidade infantil, comprometendo seu crescimento e desenvolvimento. Essa dificuldade representa um grave problema de saúde pública, agravado pelo número crescente de mulheres que optam por outros tipos de alimentos para substituir o leite materno, por motivos atribuídos a fatores sociais, culturais e psicológicos (CAMPOS et al., 2019).

Emídio et al. (2020) afirmam que existem vários aspectos que podem ser priorizados durante a gravidez, parto e puerpério, e que é preciso estar atento a essas mulheres que estão passando pelo período puerperal em relação à licença maternidade, pois o início da a prática é difícil e pode causar estresse, medo e ansiedade na mãe. É um período vulnerável que requer atenção e compreensão dos familiares.

Esta vida puerperal traz consigo uma variedade de emoções que podem coexistir com o meu novo quotidiano, resultando na estranheza e vulnerabilidade que marcam a passagem de uma fase de mulher para uma fase de mulher que necessita de adaptação. Cuidado, esclarecimento, e segurança tão essenciais para que a mulher enfrente essa etapa de forma harmônica e menos dolorosa (NUNES, 2015).

A orientação sobre o leite materno deve começar no pré-natal, quando é importante ressaltar a importância desse alimento rico em nutrientes para o desenvolvimento da criança. Desta forma, o leite materno fornece nutrientes essenciais às crianças, permitindo-lhes iniciar uma vida saudável. Este é um alimento para bebês eficiente e nutritivo (MIRANDA; ZANGÃO; RISSO, 2017).

3. A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

O pré-natal é o processo de acolhimento da gravidez e tem como principal objetivo garantir o bem-estar materno e neonatal. O enfermeiro possui um papel fundamental nesse período, pois é responsável pelo acompanhamento desde o primeiro dia de consulta até as possíveis intervenções. A atenção qualificada e humanizada é fundamental para o acolhimento da paciente, devendo ocorrer desde o primeiro trimestre gestacional até o puerpério (PEREIRA; BACHION, 2010).

O enfermeiro é responsável por realizar as consultas no pré-natal, como é estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), sendo necessário no mínimo seis consultas durante o período que antecede o nascimento. Já os aspectos emocionais necessitam ser abordados ainda na primeira consulta do pré-natal, buscando assim estabelecer uma confiança entre a gestante e o profissional, com as dúvidas podendo ser sanadas e ocorrendo um processo de troca de conhecimento (LIMA, 2018).

É fundamental a participação do profissional de enfermagem durante a atenção pré-natal, já que o mesmo desenvolve um trabalho imprescindível para a promoção e prevenção da saúde da gestante. A orientação e a educação que o mesmo pode proporcionar contribuem para o diagnóstico e tratamento das afecções que podem ocorrer durante esse período (BRASIL, 2013).

As promoções e ações de educação em saúde durante o período gravídico-puerperal fazem parte do processo de atuação do enfermeiro, visando garantir um cuidado amplo e humanizado a paciente. Esse processo de desenvolvimento de educação em saúde se caracteriza como uma ferramenta que busca fortalecer as atitudes propostas pelo profissional em parceria com o paciente, seja esse atendimento feito na saúde coletiva ou individual (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

Nas primeiras consultas com o profissional de enfermagem é realizada a anamnese, onde ocorre à busca de todos os aspectos epidemiológicos até a situação da atual gravidez, seguindo dos exames físicos que podem ser feitos de forma geral ou gineco-obstétrico, sendo solicitados exames complementares para dar um atendimento amplo e completo durante o pré-natal. É realizado o cálculo de idade gestacional, onde é possível estimar a idade do feto (ou tempo de gravidez) e também a possível data do parto, realizando a avaliação sobre o estado nutricional da gestante através do índice de massa corporal (IMC), além do controle da pressão arterial (MARTUCHELI, 2011).

Nas próximas consultas é necessário que sejam realizadas a revisão da ficha pré-natal, anamnese atual, verificado o calendário de vacinação, realizando todo o controle materno e fetal, assim como o cálculo de idade gestacional, controle de pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíacos do feto, palpação obstétrica, medida uterina, registro de movimento, interpretação dos resultados e detecção de edema (REBERTE, 2008).

Os cuidados de enfermagem voltados para o atendimento ao recém-nascido logo no momento do nascimento são divididos em imediatos e cuidados mediatos. Onde esses cuidados representam a necessidade de intervenções desses profissionais para auxiliar na adaptação do recém-nascido, ou seja, na sua vida extrauterina e nos cuidados imediatos assim como na assistência a adaptação e instruções. Dentro da sala de parto os cuidados mediatos e imediatos devem ser realizados pelo enfermeiro no centro cirúrgico (TEIXEIRA et al., 2010).

Os cuidados imediatos são denominados como cuidados primários, ou seja, cuidados de adaptação da vida extrauterina. É uma etapa de extrema importância para a mãe e o bebê, pois ocorre assim que o pólo cefálico do RN se exterioriza (PEREIRA; BACHION, 2010).

A Sociedade Brasileira de Pediatria não recomenda que ocorra a desobstrução das vias aéreas superiores, já que o recém-nascido pode apresentar uma resposta vagal, como por exemplo, a diminuição da frequência cardíaca na aspiração. Essa aspiração necessita de uma análise e avaliação rigorosa antes de ser praticada (ORSHAN, 2010).

Sendo assim, a assistência de enfermagem para todos os recém-nascidos, sejam eles de parto normal ou cesariano, se baseia em um sistema que busca garantir os cuidados contínuos e de complexidade, adequando assim o nível de risco neonatal. Esses cuidados começam no preparo para atender o RN na sala de parto, através da realização da anamnese materna, disponibilização de material para o atendimento, presença da equipe de reanimação neonatal (MARTINS et al., 2012).

Segundo Lima (2018), a anamnese assim como o exame ginecológico, contribui para reduzir as queixas ginecológicas e verificação dos órgãos genitais, através de exames que contribuem para a detecção de doenças. Essa anamnese materna está associada às condições perinatais. No controle do atendimento materno, é de responsabilidade do profissional de enfermagem preparar o material de reanimação, assim como testar para ver sua disponibilidade. Todo esse material é destinado para manutenção da temperatura, aspiração das vias áreas, ventilação e administração de medicamentos (BRASIL, 2014b).

Logo após o parto o RN necessita ser assistido pelos profissionais de enfermagem para que assim seja iniciado o processo que visa estabelecer a respiração, assim como a proteção contra perda de calor (o aquecimento). A escala a Apagar é um dos instrumentos que contribui para esse rastreamento feito de forma inicial logo após o parto, por refletir na condição do bebê depois do período de tensão que ocorre durante o parto (MARTINS et al., 2012).

Para que a assistência do profissional de enfermagem seja efetivada ainda na sala de parto da melhor maneira possível é fundamental que o enfermeiro possua alguns conceitos sobre o RN. Estes são voltados para a idade gestacional, classificação em relação ao peso e idade gestacional, classificação do peso. Todos esses conceitos têm relação direta com os cuidados imediatos que devem ser prestados a criança ainda na sala de parto (BRASIL, 2012).

É importante compreender que a enfermagem está presente nesse momento que é classificado como crucial para a vida do ser humano, onde o processo de acolhimento no nascimento gera a criação de um vínculo entre mãe e filho. Os enfermeiros de modo especial necessitam conhecer os métodos de comunicação que envolvem esse processo de acolhimento entre a mãe e o recém-nascido (MULLER, 2012).

Para que ocorra esse tipo de assistência humanizada é necessário um acompanhamento desde o pré-natal, passando pelas etapas do desenvolvimento gestacional, buscando-se compreender os sinais que o recém-nascido apresenta logo após o parto (SANTOS, 2018). É de extrema importância que o RN seja aproximado da mãe de forma breve, para assim desencadear fatores que favoreçam o bem-estar e o acolhimento materno, assim como a segurança, amamentação e contato pele a pele.

4. OS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PARA O INCENTIVO AO ALEITAMENTO

Quando se aborda sobre as práticas relacionadas aos cuidados com recém-nascidos é definido um conjunto de esforços que tem como principal objetivo a busca pela perfeição. Esses cuidados são considerados como boas práticas que evitam a separação de

forma desnecessária da mãe com o RN, onde se busca o estímulo do início da formação do vínculo da mãe com a criança, incentivando o contato pele a pele e a amamentação nas primeiras horas de vida (MARCIANO; AMARAL, 2015).

Segundo Rolim et al. (2016), a atenção sobre práticas que são intervencionistas realizadas com os RN no processo de nascimento, que também podem ser padronizados e em alguns casos com respaldo científico, como é o caso da aspiração sistemática naso e orofaríngea, ou a passagem de sonda nasogástrica. Logo mãe e filho são separados de maneira brusca ainda no pós-parto, ou seja, de maneira imediata para que ocorra a realização de cuidados rotineiros com o RN, onde esses são considerados como necessários e de intimidade para o binômio.

Os profissionais de saúde aconselham as práticas com os cuidados imediatos, para sanar as divergências com as ações de cuidar. A maternidade possui inúmeros protocolos a serem cumpridos, padronizados e em alguns casos voltados para análise de dados antropométricos e de administração de medicamentos, contribuindo assim para o retardo do contato pele a pele e com a amamentação (ZAMPIERI et al., 2016).

O cumprimento de o protocolo hospitalar domina a assistência ao parto, prorrogando a contato pele a pele e o ato de amamentar, contribuindo para as ações voltadas para a humanização e impondo as mães rotinas e instruções para que essas possam tomar suas próprias atitudes em relação ao RN. As principais divergências em relação aos cuidados com o RN têm relação direta com os cuidados imediatos realizados pelos profissionais de saúde, onde a prestação inadequada ocasiona uma série de danos à criação de vínculo entre mãe e filho (BRASIL, 2014).

Em relação aos aspectos que envolvem a eficiência e eficácia dos cuidados imediatos, Fonseca (2017) cita que ocorrem variáveis para o processo de realização de efetividade dos cuidados imediatos. São eles: nascimento em hospitais que possuam iniciativas voltadas para humanização, ter parto vaginal e possuir um acompanhamento correto desde o pré-natal a até a saída da maternidade.

Todos esses resultados abordam a importância dos cuidados imediatos para minimizar as problemáticas voltadas à mortalidade infantil no Brasil, onde o elevado índice de prevalência mostra indicadores diferentes quando comparados a inserção da prática do assistencialismo a gestante. A inserção de um acompanhante na hora do parto, o contato pele a pele, a amamentação, as orientações e as boas práticas de cuidar contribuem para uma proteção imediata e diminuição na vulnerabilidade (ROLIM et al., 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa tem como temática a abordagem sobre o aleitamento materno, sendo está uma das mais sabias estratégias de vínculo natural, afeto nutrição e proteção para com a criança, além de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil. O leite materno é uma substância de excelente qualidade, com alta complexidade biológica, forte ação protetora e imunológica.

O leite materno é reconhecido por possuir uma proteção natural contra alergias e infecções, além disso, contribui para estimular o processo de desenvolvimento imunológico da criança. Trata-se de um alimento rico em suas composições e nutrientes, onde a amamentação exclusiva até os seis primeiros meses de vida contribui para reduzir certos tipos de doença, assim como diminui possíveis atrasos no desenvolvimento e ganho de peso.

Conclui-se, portanto que a presente pesquisa alcançou o objetivo proposto onde,

buscou estudar a atuação do profissional de enfermagem diante dos desafios propostos pelo aleitamento materno, sendo esse profissional um agente educador do processo que orienta e estimula a amamentação. Nesse contexto cabe ao profissional de enfermagem oferecer as gestantes orientações adequadas que promovam e apoiem o aleitamento materno, buscando e estabelecendo a prática.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção** à **Saúde da Gestante**. Programa Viva Vida Projeto Mães de Minas. Nota Técnica Conjunta. Maio. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção** à **saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

CRUZ, D.C.S, SUMAM, N.S, SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm**, USP, 41(4), p. 690-7, jul. 2007.

EMIDIO, S.C.D. et al. Mapeamento das intervenções de enfermagem no estabelecimento da amamentação em uma unidade de internação neonatal. **Rev. Eletr. Enferm**.; v.22, n.6, p.1840, 2020.

LIMA, Margarete Maria de, et al. **Grupo de gestantes e casais grávidos da Universidade Federal de Santa Catarina: duas décadas junto à comunidade**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

MARCIANO, R. P; AMARAL. W. N. O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. **Rev. Femina.** v.43.n. 4, p. 155-159, 2015.

MARTINS, J. S. A. M.; et al. A Assistência de Enfermagem no Pré-Natal: Enfoque na Estratégia da Saúde da Família.**Revista UNIABEU** Belford Roxo .v.5 , n. 9. p. 278- 288, jan. – abr. 2012.

MARTUCHELI, K. C. **O enfermeiro e o aleitamento materno na estratégia de saúde da família.** UFMG. Berilo-MG, 2011.

MIRANDA, L.; ZANGÃO, O.; RISSO, S. O Papel do Enfermeiro no Sucesso para o Aleitamento Materno: Revisão da Literatura. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v.3, n.1, 2017.

MULLER, E.B. **Cuidados ao recém-nascido no centro cirúrgico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas**. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

NUNES, Leandro Meirelles. Importância do aleitamento materno na atualidade. **Boletim Científico de Pediatria**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 3, p.55-58, abr. 2015.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: o cuidado ao longo da vida. São Paulo: Artmed, 2010.

PEREIRA, S. V. M; BACHION, M. M. **Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Gestantes Durante o Pré-Natal**. Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2010.

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e Influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 22-27, fevereiro de 2014.

ROLIM Karla Maria Carneiro, et al. **Educação em Saúde às Gestantes:** Estratégia de Promoção aos cuidados do Recém-Nascido. In: Atas Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Salamanca Espanha; 2016. Disponível em: < https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/download/873/857/ > Acesso em: 06 out 2022.

REBERTE, Luciana Magnoni. **Celebrando a vida:** construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante. 2008. 161 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Florianópolis, 2008.

SILVA, Débora Cristina da; KRÜGER, Tânia Regina**. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde:** o significado no exercício profissional. Revista Temporalis, v. 18 n. 35 (2018): Flo-

rianópolis, 2018. Disponível em https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/19578. Acesso em 30 out. 2022.

SILVA, M.B. et al. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Saúde** Matern Infant Recife, 2014

TEIXEIRA, I. R. et al. **Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher**. v. 3, n. 2. 2010.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota, et. al. **20 anos do grupo de gestantes e casais grávidos: trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para os envolvidos.** Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

25

A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA CRIAÇÃO DO VÍNCULO MÃE E RN

NURSING ASSISTANCE IN CREATING THE MOTHER AND NB BOND

Luana Tavares Alves

Gleison Ribeiro Reis

Jadilson Silva Neto

Paloma Rayane Silva Jansen

Resumo

O presente trabalho abordou sobre a influência do primeiro contato com o recém-nascido na busca da promoção do vínculo mãe-bebê. Essa temática traz consigo uma abordagem importante sobre o trabalho prestado pelo enfermeiro nos cuidados imediatos ao recém-nascido, onde a assistência imediata contribui para o processo de humanização do nascimento, contribuindo para a avaliação das condições vitais, física e comportamentais do recém-nascido. O atendimento básico ao recém-nascido contribui para iniciação precoce do contato físico entre mãe e filho, criando assim uma visão humanizada dos cuidados ao recém-nascido ainda na sala de parto, diminuindo assim o índice de morbidade e mortalidade neonatal. Sendo assim, esse trabalho teve como objetivo geral compreender a influência do primeiro contato com o recém-nascido na promoção do vínculo mãe-bebê. Como metodologia realizou-se um estudo descritivo e exploratório, do tipo revisão de literatura, com abordagem qualitativa. Conclui-se, portanto que os cuidados imediatos são necessários para garantir a vitalidade do recém-nascido, nesses cuidados está incluso o trabalho do enfermeiro que contribui para cuidados contínuos e de complexidade, sendo estes adequados de acordo com a necessidade e nível de risco do neonatal.

Palavras-chave: Cuidados Imediatos. Enfermagem Neonatal. Assistência Perinatal. Recém-nascido. Vínculo Materno. Assistencialismo.

Abstract

The present work addressed the influence of the first contact with the newborn in the search for the promotion of the mother-infant bond. This theme brings with it an important approach to the work performed by nurses in the immediate care of newborns, where immediate care contributes to the humanization process of birth, contributing to the assessment of the newborn's vital, physical and behavioral conditions. Basic newborn care contributes to the early initiation of physical contact between mother and child, thus creating a humanized view of newborn care while still in the delivery room, thus reducing the rate of neonatal morbidity and mortality. Therefore, this study aimed to carry out a literature review on the influence of the first contact with the newborn in the promotion of the mother-infant bond. As a methodology, a descriptive and exploratory study was carried out, of the literature review type, with a qualitative approach. Therefore, it is concluded that immediate care is necessary to ensure the newborn's vitality. This care includes the work of nurses who contribute to continuous and complex care, which are appropriate according to the need and level of risk of the neonatal.

Keywords: Immediate care. Neonatal Nursing. Perinatal Assistance. Newborn. Maternal Bond. Welfare.

1. INTRODUÇÃO

Durante esse período foi instaurada uma apologia cuja denominação era "super-mulher-mãe", em que esta deveria viver de forma exclusiva para cuidar dos filhos e da família. Caso a mulher se recusasse a fazer seus afazeres, estaria fugindo das leis naturais. Nesse contexto, emergiu o sentimento de culpa, que até os dias atuais é carregado pelas mães por terem que deixar seus filhos em casa ou na creche para trabalhar.

Nesta conjuntura, a gestação é um período em que ocorrem inúmeras, mudanças na vida da mulher, sendo elas físicas, psicológicas e sociais. A mulher pode se tornar mais sensível e emotiva durante essa fase da vida necessitando, assim, de uma orientação eficiente para que o período gravídico se torne tranquilo. Um dos fatores essenciais para esse momento é o pré-natal, que é o período em que a mulher se prepara para ser mãe, onde é feito o processo de acompanhamento e desenvolvimento da gestação e as futuras condições do feto.

A assistência do pré-natal deve ser feita com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de saúde, que busca preparar a gestante para o parto e acompanhar seu estado de saúde. A atuação do enfermeiro é fundamental no pré-natal, já que é profissional qualificado para atender as necessidades da gestante durante seu ciclo gravídico-puerperal.

A escolha da presente temática ocorreu por conta da necessidade de estudar a importância do primeiro contato do recém-nascido na promoção do vínculo com a mãe, no qual a assistência de enfermagem contribui para o desenvolvimento de uma prática de boa avaliação da vitalidade do recém-nascido. Portanto, como contribuição acadêmica ressalta-se a importância de compreender como funciona o assistencialismo do enfermeiro nas primeiras horas de vida do RN, já para a sociedade de forma geral a presente pesquisa buscou disseminar conhecimento sobre as práticas do assistencialismo de enfermagem e humanização na criação do vínculo mãe-bebê. Nasce assim uma problemática a ser analisada: Qual a importância do assistencialismo do profissional de enfermagem no processo de criação de vínculo entre mãe e bebê?

O objetivo geral deste trabalho buscou compreender a influência do primeiro contato com o recém-nascido na promoção do vínculo mãe-bebê. Já os objetivos específicos buscaram: reconhecer a importância do pré-natal para a criação do vínculo mãe e filho; entender o estímulo ao vínculo mãe e bebê, caracterizando a importância do primeiro contato do recém-nascido com a mãe; e compreender a importância da atuação do enfermeiro para formação do vínculo entre mãe e filho.

O tipo de pesquisa realizado neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis. Os principais autores consultados foram: Nascimento (2014), Rolim (2016) e Lima (2018). O período dos artigos pesquisados foram os trabalhos publicados nos últimos 10 anos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Cuidados Imediatos, Enfermagem Neonatal, Assistência Perinatal, Recém-nascido e Vínculo Materno.

2. CRIAÇÃO DO VÍNCULO MÃE E FILHO

Durante anos, apenas a natureza foi considerada responsável pela criação do vínculo entre mãe e filho. Orshan (2010) cita que o amor materno pode ser considerado como instintivo, mas não pode ser exclusivamente determinado pelas necessidades sócio-his-

tóricas, levando em conta apenas as condições do meio como influência em um tipo de vínculo que se busca estabelecer entre mãe e filho. Há momentos históricos em que era comum a ausência de interesse das mães por seus bebês, época em que as crianças eram deixadas com cuidadoras ou amas de leite no século IX e XX (PICCININI; OURIQUE; LOPES, 2012).

Gradvohl, Osis e Makuch (2014) defendem a ideia de que esse vínculo entre a mãe e o filho não possui relação com os instintos e são os recursos psíquicos que fazem parte da representação, onde os bebês buscam ocupar um lugar de segundo plano para assim adquirirem uma relação com suas mães. Marciano e Amaral (2015), por sua vez, cria apontamentos voltados a relações mais instintivas como fatores para o estabelecimento do vínculo, onde há existência de uma predisposição ligada a hormônios e genes.

Vários eventos endócrinos ocorrem durante o período gravídico e puerperal por conta da alta produção de estrogênio e progesterona, que durante o último trimestre de gestação visa preparar a mãe e o filho. Durante a gestação, o vínculo entre a mãe e o feto já esboçam algumas expectativas nas projeções e através de comunicações íntimas corporais que apenas eles compreendem. Quando ocorre o nascimento do bebê, ocorre uma queda brusca dos hormônios que consequentemente predispõe a mãe aos cuidados (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

A ação da oxitocina e da prolactina é indispensável para dispor a mãe para o contato com seu filho. Pouco antes do nascimento, ocorre uma espécie de aglomeração no cérebro onde ocorre a recepção de oxitocina. Depois de algumas horas após o parto, a mulher encontra-se em um período denominado sensitivo. Esses períodos críticos necessitam de atenção, pois a mulher fica regredida e sensível. Esse tempo é fundamental e necessário para que se possa iniciar um diálogo com o filho e dar uma sequência de interações sensoriais e de mudança de comportamento durante o início da criação do elo materno (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

Marciano e Amaral (2015) afirma que o papel desempenhado por alguns fatores hereditários e instintivos são vistos como determinantes para o modo como a mãe vai se comportar e ressalta, ainda, que existem inclinações pré-existentes, mas reforça que o ambiente também contribui para o desenvolvimento dessa educação exercida. Toda ligação afetiva entre mãe e bebê é a primeira ação educativa que uma criança recebe quando nasce e é levando em consideração esse aprendizado que ela consegue construir todos os demais vínculos.

Todo o reconhecimento da necessidade do contato, o apego, o cuidado e o afeto fazem parte de um conjunto de equilíbrio homeostático da relação mãe e filho, que contribui para a saúde ou doença de ambos. A vinculação mãe e bebê tem seu início desde o desejo de gerar um filho e passa pelo vínculo intraútero, alcançando, assim, o desenvolvimento e a manutenção durante a infância. Por isso, a importância de trabalhar dentro dos hospitais um trabalho profilático em todas as áreas, buscando estimular o vínculo entre mãe e filho e dando ênfase a importância das emoções da parturiente (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

3. ESTÍMULO AO VÍNCULO MÃE E BEBÊ

A natureza do vínculo mãe e filho é questionada por vários estudiosos. Isso ocorre porque desde a segunda metade do século passado a criança passou a servir como um objeto de pesquisa acadêmica nos mais diversos âmbitos. Ressalta-se, ainda, que existem inúmeros aspectos que servem de análise sobre o vínculo mãe e filho (ROLIM et al., 2016).

Segundo Martins et al. (2013), o amor materno pode ser considerado como instintivo, porém determinado pela necessidade sócio-histórica, onde é necessário levar em conta as condições do ambiente, assim como influencia no tipo de vínculo que é estabelecida pela mãe e filho. O autor ainda descreve momentos da história onde a mãe não tinha nenhum tipo de interesse pelo bebê, chegando a abandoná-lo ou deixar que o mesmo fosse criado por outra mulher, já que no século XIX as amas de leite eram comumente aceitas pela sociedade.

Naidon (2018) defende a ideia da criação do vínculo entre a mãe e seu filho, onde este não possui nenhum tipo de relação instintiva. O autor acredita que os recursos psíquicos e de representação que a criança ocupa no psiquismo da mãe, colaboram para o processo de definição do caráter que o amor materno vai adquirir para tal relação.

Todas as reações instintivas servem como fatores predisponentes para a criação do vínculo, ou seja, a existência de uma predisposição de base biológica, assim como genética e hormonal que juntamente com as circunstâncias ecológicas e históricas produzem essa iniciação de vínculo ente mãe e filho. (ZAMPIERI et al., 2016).

No período gestacional, o vínculo entre a mãe e o feto gera algumas expectativas, através da intima comunicação corporal que ocorre entre eles. Quando ocorre o nascimento do bebê, ocorre uma queda brusca de hormônios, que predispõem a mãe ao cuidado. Logo, como já explanado, a ação da oxitocina e da prolactina é indispensável para criar uma disposição da mãe para o contato com o filho (SILVA; CLAPIS, 2004).

O autor supracitado afirma que a mulher necessita de um tempo para iniciar um diálogo com o filho. É um processo lento onde a mulher necessita compreender o que está acontecendo ao seu redor. Cita-se ainda que a família e a presença do pai são de fundamental importância nesse momento.

Segundo Nascimento e Silva (2014), vários fatores hereditários contribuem para a reação da mãe em relação ao nascimento do filho, desde inclinações pré-existentes, como o ambiente em que a mesma vive. A ligação afetiva da mãe e do bebê é considerada um tipo de aprendizagem que esta começa a construir, com vínculos e consequentemente inicia-se a formação do caráter e de seus alicerces.

Marciano e Amaral (2015) cita em sua obra algumas definições de caráter complementar que fazem parte do processo de nascimento, como é o caso da estrutura composta por inúmeros mecanismos de defesa e identificações que ocorrem durante a infância. Assim como outros autores, ele também cita condições históricas, sociais e econômicas que contribuem para os traços específicos. O caráter da mãe contribui para a formação do caráter do filho, mas isso não quer dizer que o mesmo não possa possuir outros aspectos.

O vínculo nasce da interação entre a mãe e o filho, como uma espécie de dança gestual que é comum entre eles, porém, pode ser eliciado por alguns inatos, como o contato olho no olho, choro, a amamentação, o abraço, a ligação por conversa, fazem parte da construção dessa criação de vínculo. A comunicação entre mãe e filho não se limita a uma única origem, ela é o resultado da inter-relação de facetas que interagem entre si como a predisposição da base biológica, fatores instintivos e hereditários de ambas as partes (PICCININI; OURIQUE; LOPES, 2012).

Todos os recursos psíquicos da mãe possuem ligação com a representação que o bebê ocupa no seu psiquismo, assim como as necessidades sócio-históricas, família e suas a raízes que contribuem para o processo de alimentação da relação. Mesmo que o vínculo entre mãe e filho ocorra há milhares de anos, os estudos sobre a natureza e sobre o desenvolvimento desse tipo de relação são recentes e variam, sendo que apenas no

início do século XX surgiram as primeiras teorias sobre ambas (BRASIL, 2014).

Os bebês nascem com todos os seus sentidos aptos, ativados durante seus primeiros dias de vida e são estabelecidos pela comunicação sensorial. A criação desse canal possibilita que o bebê aprenda a se comunicar com o mundo e com as pessoas de sua convivência. Esse vínculo primitivo ocorre por conta da relação dupla que é estabelecida pela mãe, já que os bebês nascem com inúmeras possibilidades de comunicação. Ressalta-se ainda que o recém-nascido é um sujeito ativo e responde as chamadas da mãe e está busca ajustar seus meios de comunicação com diálogos o tempo todo e percepções ativas (ZAMPIERI et al, 2016).

4. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DO CONTATO MÃE E RECÉM-NASCIDO

A gestação pode ser compreendida como o período no qual a mulher se prepara para o nascimento do filho. É durante esse período que ocorre a concepção, onde mãe e filho participam de um sistema complexo de relações que se modificam e se adaptam em conjunto com o desenvolvimento do binômio. Toda a qualidade desse contato entre eles é um dos fatores mais importantes para os eventos perinatais. Logo, a mãe necessita estar preparada para o contato com a criança desde seu nascimento, compreendendo, assim, os benefícios que este proporciona para ambos (ROLIM et al., 2016).

Ao nascer, o bebê depende de forma exclusiva da capacidade da mãe para assim adaptar as suas necessidades, enquanto a mãe busca se identificar com a criança. O nascimento proporciona a mãe inúmeros significados, não sendo considerado como um processo nulo. É fundamental que ocorra uma preparação por parte da família para a recepção da criança (SANTOS, 2018).

Um dos primeiros benefícios que são proporcionados a criança são ligados ao contato pele a pele, onde a mãe mantém o primeiro contato com o filho compreendendo assim o que está ocorrendo naquele momento. O contato precoce do bebê pele a pele com a mãe, logo após o nascimento, proporciona a ambos um amparo e um conforto que é classificado como o momento ideal para a adaptação à vida extrauterina, criando assim um vínculo fortalecido por conta do contato que aumenta o prazer em um prazo estendido (SERTÓRIO; NAGANUMA, 1998).

Esse contato precoce com o bebê logo após o parto faz com que a mãe se sinta mais tranquila e segura ao compreender que a criança se encontra saudável, assim como compreender suas funções fisiológicas que se adequam as livres anomalias visíveis. É considerado como um momento único que deve ser respeitado de forma individual, pois ocorre a interação da mãe e do bebê, como a troca de olhares, o carinho, o choro tão esperados e o contato pele a pele (BRASIL, 2014).

O tempo de duração desse contato varia de mãe para mãe, porém esta fica responsável por determinar seus momentos com a criança. Quando não ocorre nenhum tipo de imprevisto durante a gestação, essa deverá receber os primeiros cuidados por conta do profissional de enfermagem, logo após retorna para junto de sua mãe para assim estabelecer seu vínculo de mãe e filho (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

O estímulo na formação do apego entre mãe e filho é algo aprendido nos primeiros momentos juntos e vai sendo construído ao longo dos dias, meses e anos de vida. A interação entre mãe e filho é considerada vital nas primeiras horas, podendo ou não ocorrer um sentimento de amor instantâneo dos pais pela criança. Mesmo que a demonstração

de afeto não ocorra de forma instantânea, esse primeiro contato é considerado valioso (ROLIM et al., 2016).

Martins et al. (2012) ainda evidência em seus estudos que após receberem seus filhos nos braços, a mãe costuma tocar as áreas mais sensíveis do corpo do bebê, como a face, as mãos e os pés. Esse tipo é a demonstração de afeto imediata, que ocorre para agradar o bebê, torna necessário buscar posições mais agradáveis. Nota-se que nesse primeiro contato o olhar da mãe se volta única e exclusivamente para o filho, criando reações positivas.

Os sentimentos são inúmeros e podem variar de mãe para mãe. O recém-nascido passa ser visto com outros olhos, sendo notadas características antes não imaginadas. Além disso, nota-se que a mãe possui uma entrega maior, uma melhor percepção de mundo após o parto e a criação de um vínculo com o filho (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental compreender como funciona o momento da criação do vínculo da mãe com o bebê ainda durante o pré-natal e parto, onde os profissionais de saúde em especial o de enfermagem contribuem para o desenvolvimento da aproximação de ambos. A assistência a puérpera, no momento do parto, com o passar dos anos ganhou ênfase, por conta da criação do modelo humanista que contribui para a aproximação precoce entre mãe e filho.

Os cuidados imediatos prestados aos recém-nascidos logo após o parto fazem parte de um conjunto de ações, que contribuem para a saúde da mãe e do bebê. Esses cuidados são essenciais para garantir a adaptação do bebê e contribui de forma significativa para a diminuição da mortalidade neonatal. Por se tratar de um processo delicado esse momento de transição do meio intrauterino para o extrauterino é marcado por inúmeras mudanças para a criança.

É fundamental evidenciar que nas primeiras horas de vida do bebê ocorre o chamado período de inatividade de alerta do recém-nascido, que dura em média trinta a quarenta minutos. É considerado como um dos momentos mais sensíveis da fase de desenvolvimento da criança, sendo este o momento que contribui para a sensibilização da mãe com o seu bebê.

Para grande parte dos profissionais de saúde que estão envolvidos nesse trabalho de parto e atendimento a puérpera, esse processo de criação de vínculo entre mãe e filho na hora do parto contribui para o desenvolvimento saudável da criança e diminui a chance da mãe de desenvolver depressão pós-parto. Por isso a importância de fazer um pré-natal adequado e criar ações de saúde que contribuam para os cuidados imediatos prestados aos recém-nascidos.

Ressalta-se também que é importante que haja consciência a respeito por parte dos profissionais de saúde sobre a existência desse período sensível, que ocorre de forma imediata após o parto. Esse momento necessita de atenção por se tratar de um momento intenso e contínuo do bebê com a mãe que visa proporcionar para ambos a receptividade e o acolhimento, dando assim início ao vínculo que começou ainda na vida intrauterina.

Por fim, finalizamos afirmando que esses cuidados e o primeiro contato podem ocorrer de diferentes formas, dependendo do modelo de assistencialismo e é um assunto que precisa ser estudado constantemente, inclusive no meio dos profissionais da área da saúde, devido à importância e necessidade desse tipo de acompanhamento às gestantes.

Dessa forma, há muito ainda a ser estudo e descoberto. Além disso, percebemos que há poucos estudos relacionados ao tema e a abordagem sobre o assunto propõe, inclusive, a sensibilização dos futuros profissionais da área a respeito do assunto abordado.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido no Sistema Único de Saúde.** Portaria n° 371 de 7 maio de 2014.

GRADVOHL, S. M. O., OSIS, M. J. D. & MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Pensando famílias**, n. 18, v. 1, p.55-62, 2014.

MARCIANO, R. P; AMARAL. W. N. O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. **Rev. Femina.** v.43.n. 4, p. 155-159, 2015.

MATOS, D. S, RODRIGUES, M. S, RODRIGUES, D. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Revista Enfermagem Revista.** V. 16. N 01. P. 18-33. .Jan.-Abr. 2013.

NAIDON, Ângela Maria et al. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. **Texto contexto - enferm.,** Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: o cuidado ao longo da vida. São Paulo: Artmed, 2010.

PICCININI, C. A., OURIQUE, L. R. & LOPES, R. S. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n. 28 v. 1, p.27-33, 2012.

ROLIM Karla Maria Carneiro, et al. **Educação em Saúde às Gestantes:** Estratégia de Promoção aos cuidados do Recém-Nascido. In: Atas Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Salamanca Espanha; 2016. Disponível em: < https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/download/873/857/ > Acesso em: 06 out 2022.

SERTÓRIO, L. L.; NAGANUMA, M. Estudo sobre as expectativas da mäe em relação ao recém-nascido no momento do parto. **Nursing**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.13-18, jul. 1998.

SILVA, L. M.; CLAPIS, M. J. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.3, p. 286-291, jul./set. 2004.

STRAPASSON, M. R. & NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. N.31 v. 3, p521-528, 2010.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota, et. al. **20 anos do grupo de gestantes e casais grávidos: trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para os envolvidos.** Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

26

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE O CUIDADO À MULHER COM DEPRESSÃO PUERPERAL

THE ROLE OF THE NURSE IN THE CARE OF WOMEN WITH PUERPERAL DEPRESSION

Maria Caroline Silva Costa

Ângela Gabriela Araújo Costa Moura

Luciana Coelho Carvalho Oliveira

Iaila Bianca Fernandes Lima

Resumo

Apresente pesquisa abordou sobre o papel do enfermeiro frente o cuidado à mulher com depressão puerperal. É uma condição que abrange uma ampla gama de mudanças físicas e emocionais que muitas mulheres experimentam após o parto. A depressão pós-parto pode ser tratada com medicamentos e psicoterapia. Existem três tipos de depressão pós-parto: Depressão pós-parto - pode acontecer por alguns dias até meses depois do parto de qualquer bebê, não só do primeiro; tristeza materna - a me tem mudanças súbitas de humor, como sentir-se muito feliz e depois muito triste, psicose pós-parto: a mãe pode perder o contato com a realidade, geralmente devido a alucinações auditivas. A depressão pós-parto afeta mulheres de todas as idades, origens sociais e etnias. Qualquer mulher grávida que teve um bebê nos últimos meses, fez um aborto ou parou de amamentar recentemente pode desenvolver depressão pós-parto. O objetivo buscou compreender a importância do profissional de enfermagem na depressão pós-parto. O método de pesquisa foi uma revisão de literatura, qualitativa e descritiva, de levantamento nas bases de dados eletrônicos Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e Centro Latino-Americano e do Caribe informações em ciências da saúde (Bireme), no site (BVS). Utilizando os descritores: Gravidez, Depressão Pós-Parto, Acompanhamento, Enfermagem e Cuidados. Foram encontradas publicações sendo selecionadas conforme os critérios de inclusão propostos por esse estudo: data de publicações (2012 a 2022) e idioma (artigos publicados em português). Por fim, afirmamos que o presente estudo buscou contextualizar os aspectos históricos da depressão pós-parto, em que a assistência do profissional de enfermagem é vista como uma ferramenta complementar que reduz a construção da relação mãe e filho.

Palavras-chave: Gestação. Depressão Pós-Parto. Tratamento. Enfermagem. Cuidados.

Abstract

This research addresses the role of nurses in caring for women with puerperal depression. It's a condition that encompasses a wide range of physical and emotional changes that many women experience after giving birth. Postpartum depression can be treated with medication and psychotherapy. There are three types of postpartum depression: Postpartum depression - can happen for a few days to months after giving birth to any baby, not just the first one; maternal sadness - the mother has sudden mood swings, such as feeling very happy and then very sad, postpartum psychosis: the mother may lose touch with reality, usually due to auditory hallucinations. Postpartum depression affects women of all ages, social backgrounds and ethnicities. Any pregnant woman who has had a baby within the last few months, had an abortion, or recently stopped breastfeeding can develop postpartum depression. The objective sought to understand the importance of the nursing professional in postpartum depression. The research method was a literature review, qualitative and descriptive, surveying the electronic databases Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Centro Latino-Americano e do Caribe information in health sciences (BIREME), on the website (BVS). Using the descriptors: Pregnancy, Postpartum Depression, Monitoring, Nursing and Care. Publications were selected according to the inclusion criteria proposed by this study: date of publication (2012 to 2022) and language (articles published in Portuguese). Finally, we state that the present study sought to contextualize the historical aspects of postpartum depression, in which the nursing professional's assistance is seen as a complementary tool that reduces the construction of the postpartum relationship.

Keywords: Gestation. Baby blues. Treatment. Nursing. Care.

1. INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, a mulher passa por inúmeras mudanças físicas e hormonais decorrentes do desenvolvimento do feto, resultando em uma série de efeitos físicos e psicológicos, além das diversas emoções que cada mulher vivencia de maneira única. Todos esses processos alteram a consciência e a personalidade da gestante, ocorrendo gradativamente e necessitando de adaptações gestacionais que não terminam com o nascimento da criança, mas continuam por um determinado período de tempo.

A depressão afeta várias áreas químicas do cérebro, sendo os sintomas primários sono alterados, tensão, fadiga e tristeza profunda. Quando essa patologia acomete a puérpera, é conhecida como depressão pós-parto, sendo uma transição metálica que acarreta diversas alterações sociais, psicológicas e biológicas. O desenvolvimento dessa doença está diretamente relacionado a problemas financeiros, disfunções hormonais, gravidez não planejada e problemas psicológicos perinatais.

O tema escolhido foi motivado pelo reconhecimento da alta prevalência da doença nos dias atuais, que se caracteriza como um problema de saúde pública com poucas estratégias de prevenção e tratamento. Diante disso, torna-se fundamental que os profissionais atuem de forma preventiva a fim de apresentar uma intervenção e tratamento adequados à puérpera, retomando o vínculo mãe-bebê o mais rápido possível e evitando consequências negativas ao recém-nascido. Surge assim uma problemática a ser analisada: Qual o papel do enfermeiro frente ao cuidado com a mulher com depressão puerperal?

O objetivo buscou compreender a importância do profissional de enfermagem na depressão pós-parto. Já os objetivos específicos buscaram: estudara depressão pós-parto, definir os principais sintomas da depressão pós-parto e apontar a assistência da enfermagem no cuidado com a puérpera com depressão pós-parto.

O método de pesquisa foi uma revisão de literatura, qualitativa e descritiva, de levantamento nas bases de dados eletrônicos Scientific Eletronic Librany Online (Scielo) e Centro Latino-Americano e do Caribe informações em ciências da saúde (Bireme), no site (BVS). Utilizando os descritores: Gravidez, Depressão Pós-Parto, Acompanhamento, Enfermagem e Cuidados. Foram encontradas publicações sendo selecionadas conforme os critérios de inclusão propostos por esse estudo: data de publicações (2012 a 2022) e idioma (artigos publicados em português).

2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é considerada um transtorno mental de alta prevalência, causando alterações emocionais, cognitivas, físicas e comportamentais. Seu início ocorre de forma insidiosa, ou seja, semanas após o parto. É vista como uma doença causada pela confluência de vários fatores biopsicossociais de difícil manejo e que tendem a agir inexoravelmente quando surgem (VILLANO; GNANHAY, 2011).

Devido ao ritmo acelerado das mudanças fisiológicas durante o período puerperal, onde os níveis de corticosteróides aumentam e os hormonais diminuem, são inúmeras as demandas culturais, familiares e sociais impostas à puérpera para que ela cumpra seu papel no contexto da maternidade. adequação. Logo é seguido por um período de ansiedade e vulnerabilidade persistente, durante o qual a mulher se torna o centro das atenções e recebe uma pesada carga emocional (GREINERT; MILANI, 2015).

A DPP não é comum apenas no Brasil, mas sua prevalência global varia de 15% a 25% na proporção de um caso para cada 1.000 pessoas. Por causa das muitas mudanças emocionais e comportamentais da mãe com depressão, que podem afetar de 12 a 16% das mulheres logo após o nascimento de seus filhos, agora há uma demanda crescente por cuidados e tratamentos adequados (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

O conceito de depressão pode ser entendido de diversas formas, inclusive como uma doença de todo o corpo que compromete a fisiologia, o humor e, consequentemente, a cognição. É classificada como uma doença afetiva ou humorística que não deve ser encarada apenas como um sinal de fragilidade, falta de pensamentos positivos ou uma condição que só pode ser superada pela força de vontade do indivíduo. Depressão é definido pela medicina como uma função cerebral defeituosa em que há falta de um forte desejo psicológico ou mental de fazer coisas boas na vida. No entanto, a depressão pode se manifestar de diversas formas, sendo necessário identificar todos os tipos de depressão (CAMBIAGHI, 2001).

A Depressão Pós-Parto deve ser considerada como uma transição mental de alta prevalência que se estende além das primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. É uma doença que se manifesta com um quadro clínico específico e traz inúmeros malefícios para mim, meu filho, minha família e todos os envolvidos nesse ciclo (BRASIL, 2015).

3. SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

Um dos primeiros sintomas da DPP ocorre logo após o nascimento do bebê, e é a internalização do sentimento de incapacidade de cuidar do filho, principalmente em mães cuja família não é estável ou que passaram por dificuldades durante a gravidez (ou gravidez de risco). Outras questões importantes dizem respeito às mulheres que fizeram abortos ou tiveram antepassados falecidos. Ressalta-se que a gravidez e, em especial, o parto são considerados como eventos propícios ao surgimento de problemas emocionais nas mães devido às mudanças que ocorrem nos ambientes nos quais ela é indissociável (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Durante o puerpério, a mulher está mais vulnerável ao aparecimento de alterações psíquicas, que diferem de outras fases de sua vida, pois seus mecanismos de defesa se dedicam exclusivamente ao cuidado e à vulnerabilidade do filho. Um dos fatores de risco associados à DPP é história de depressão, idade inferior a 17 anos, personalidade desorganizada e dificuldades financeiras (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

Os sintomas da depressão pós-parto começam nas primeiras seis semanas de gravidez e podem durar até seis semanas após o nascimento do bebê, devido ao humor deprimido e perda total de interesse nas três primeiras semanas. Outros sintomas incluem: alterações no sono, adnamia, sentimento de culpa ou desânimo, perda de concentração, desinteresse por atividades comuns e pensamentos suicidas (QUINTÃO, 2014).

A mãe com DPP fica suscetível e desenvolve um sentimento de culpa, com uma grande probabilidade de desenvolver uma depressão mais severa, principalmente por conta do acolhimento humano e harmônico, que envolve o conjugal, os familiares, uma equipe de saúde e interfere em fatores econômicos e sociais, a falta de compreensão nesse período (COUTINHO et al., 2015).

Um dos instrumentos utilizados e validados para avaliar a DPP é a Escala de Edimburg, onde uma pontuação maior ou igual a 12 indica depressão pós-parto, que deve ser confirmada por profissionais qualificados. O melhor período para esse tipo de rastreamen-

to é de duas a oito semanas após o nascimento. Este instrumento foi desenvolvido pelo Reino Unido e recebeu algum suporte para estudos epidemiológicos, orientação diagnóstica e testes de hipóteses relacionados à DPP. É importante destacar também que esse tipo de escala foi traduzido para vários idiomas, inclusive o português, e validado em vários países (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

Os sintomas psicológicos, como humor deprimido, são acompanhados de profunda tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, além de pensamentos e ideias suicidas, perda de prazer em atividades anteriormente prazerosas, redução da capacidade de raciocínio, falta de concentração, insônia e hipersônia. Problemas de comportamento, assim como crises de choro, fazem parte do diagnóstico. A soma de todos esses pontos resulta em uma pontuação de 30, onde a depressão é definida como tendo um valor igual ou superior a 12, e é usada para validar a escala (BRASIL, 2015).

4. A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO CUIDADO COM A PUÉRPERA COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Ricaldoni e Sena (2006) afirmam que essa assistência ao pré-natal como discorrido no trabalho é desenvolvida por uma série de procedimentos clínicos e educativos, onde é necessário o início ainda de forma precoce, ou seja, preferencialmente nas doze primeiras semanas de gestação para que se possa acompanhar o desenvolvimento do feto. As saúdes da gestante e do bebê necessitam de intervenções multidisciplinares para que não sofram intercorrências durante os nove meses de gestação.

Nesse contexto a avaliação da depressão pós-parto destaca-se como uma intervenção multidisciplinar citadas por Almeida e Tanka (2009), que tem como principal objetivo apoiar o binômio da mãe com o bebê. Atuação de uma equipe multidisciplinar durante esse período proporciona a mãe uma espécie de rede de apoio para o enfrentamento de possíveis episódios depressivos.

Para Brito et al. (2015) esse sofrimento mental puerperal deve ser diagnosticado e assistido de maneira precoce por vários fatores, sendo um de eles contribuírem na relação da mãe com bebê de forma satisfatória no âmbito familiar, social, psicológico e físico. Para Souto, Maximino e Tolentino (2016) essas alterações hormonais e emocionais afetam a interação da mãe com o filho de maneira negativa, promovendo em alguns casos desgaste na relação com famílias e até mesmo na vida afetiva do casal. A puérpera tem como direito ter o acompanhante que escolheu, para que não seja oferecido nenhum tipo de obstáculo durante a participação em seu pré-natal, ou até mesmo na hora do parto.

Existe a necessidade de ter uma percepção a respeito dos fatores de risco que envolve a mãe e o bebê, assim cita Mendes e Galdeano (2006) onde os enfermeiros passam a ter um papel fundamental no processo de diagnóstico e prevenção da DPP. Para Nogueira e Medeiros (2010) as ações do profissional de enfermagem fazem parte de um processo de prevenção que deve ser incluído ainda durante o pré-natal. Onde é necessário compreender que se trata de um elevado problema de saúde que são semelhantes a depressão comum.

Schardosim e Heldt (2014) abordam sobre a importância das escalas de rastreamento que devem ser aplicadas por profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos e psiquiatras para se observar como funcionar a DPP, sendo está um problema de saúde pública prevalente e em alguns casos subdiagnosticado. Os autores ainda citam que esses rastreamentos devem ser usados em rotinas de assistência e contribuem para

bons resultados para avaliar o ciclo gravídico-puerperal.

Sobre o pré-natal psicológico e os programas de prevenção à depressão pós-parto Arrais, Mourão e Fragalle (2014) abordam a importância desse tipo de atendimento perinatal, que deve ser voltada para a humanização e faz parte dp processo gestacional, assim como do parto e da parentalidade. Esse tipo de programa visa de forma exclusiva dar assistência a gestante e a família de forma integral, onde a prevenção da depressão pós-parto passa a ser vista como uma necessidade social.

Toda a relação que o profissional de enfermagem tem com a gestante fez-se necessário para compreender a importância desse profissional no acompanhamento do puerpério que na maior parte das vezes reflete benéficos incontáveis para o binômo mãe-filho. Por isso a importância dessa categoria em conhecer a DPP, uma vez que a atuação desse profissional é necessária e constitui uma atenção básica e porta de entrada ao acolhimento da puérpera (FÉLIX et al., 2013).

O puerpério também é denominado como resguardo e é uma fase do ciclo grávido puerperal que inicia logo após a dequitação da placenta e tem seu término assim que o organismo materno volta às condições passiveis. A visão do enfermeiro e da puérpera cria um conceito da transição biopsicossocial sobre esse ciclo. A utilização da consulta de enfermagem contribui para o conhecimento desse ciclo de desenvolvimento de vida (PEREIRA; GRADIM, 2014).

Silva et. al. (2010) aborda a necessidade de aprofundar o conceito da depressão pós-parto, o autor cita o cuidado da enfermagem nessa situação conceituando a necessidade da mãe, filho e da família de modo geral. Questões sociais, financeiras e históricas fazem parte desse cuidado no puerpério e necessitam de ações voltadas para avaliação e recuperação do estado da paciente.

A abordagem sobre a depressão apresenta que esta pode ocorrer em qualquer fase da vida, mesmo nos momentos considerados felizes e alegres é possível que essa patologia esteja presente. Logo a depressão pós-parto pode se manifestar em mulheres durante e após a gestação, por se tratar de um período em que a propensão psicológica e psicossocial está agravado e aguça a fragilidade feminina (GREINERT; MILANI, 2015).

A depressão possui sintomas principais possui sintomas principais, logo é preciso compreender que alguns desses sintomas estão presentes nas pacientes e devem ser analisados, são eles: melancolia, humor deprimido, sensação de vazio, aperto no peito e desprazer em atividades antes consideradas comuns. Alteração no sono perca ou aumento de peso e dificuldade na concentração ocasiona um impacto negativo na qualidade de vida da paciente (COUTINHO et al., 2015).

Gonçalves (2018) aponta a importância de um olhar integral e técnico que faz parte do trabalho do enfermeiro durante todo o processo da gestação. O enfermeiro é o profissional mais próximo a mulher durante o chamado ciclo gravídico/puerperal, sendo este um dos principais agentes de educação em saúde, que busca evitar a perpetuação de possíveis dúvidas e complicações no pós-parto. O profissional de saúde necessita voltar seus conhecimentos para uma demanda diversificada, voltadas para o atendimento psicológico para contribuir nas resoluções de possíveis intercorrências clínicas que possam vir a dificultar o diagnóstico e o tratamento adequado se inicia desde a coleta de dados da gestante e se perpetua.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para muitas mulheres, a gravidez é vista como uma experiência positiva; já, para outros, caracteriza-se por um período de realização e alegria, com o surgimento de diversos conflitos relacionados ao nascimento do filho e à vida da mãe. A depressão pós-parto é um dos muitos efeitos psicológicos da gravidez (DPP). A depressão pós-parto pode ser caracterizada por falta de humor ou perda completa de prazer e interesse por qualquer atividade, com episódios mais intensos de depressão comuns duas semanas após o parto. Este tipo de transição depressiva durante a gravidez é considerado comum.

A pesquisa buscou abordar questões fundamentais para os profissionais de enfermagem sobre a depressão pós-parto, que é definida como um transtorno psiquiátrico e um risco à saúde pública. Diante disso, surge a necessidade de investigar o tema como parte de uma abordagem preventiva por parte dos profissionais de enfermagem, a fim de apresentar uma intervenção e tratamento adequados à paciente, a fim de restabelecer o vínculo mãe-bebê o mais rápido possível e evitar qualquer prejuízo negativo. consequências para o recém-nascido.

Por fim, afirmamos que o presente estudo buscou contextualizar os aspectos históricos da depressão pós-parto, em que a assistência do profissional de enfermagem é vista como uma ferramenta complementar que reduz a construção da relação mãe e filho. Como contribuição acadêmica a pesquisa buscou estudar a importância do profissional de enfermagem no acolhimento da paciente que sofre com a depressão pós-parto, assim como os desafios enfrentados pela profissão. Para a sociedade em geral busca disseminar conhecimento sobre a patologia e a importância do tratamento e diagnóstico precoce.

Referências

ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saude Publica**. v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.** v.23, n.1, p.251-264, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00251.pdf. 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – 1.ed., 1. Reimpr. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, C.N.O. et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-9, 2015.

CAMBIAGHI, A. S. **Manual da gestante:** orientações especiais para mulher grávida. São Paulo: Madras, 2001.

COUTINHO, M.E.M. et al. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 1, p. 49-57, 2015.

FÉLIX, T.A. et al. Desempenho de enfermagem frente à depressão pós-parto em consultas de puericultura. **Rev. Eletr. Trim. Enferm**., v.12, n.29, p.404-419, 2013.

GONÇALVES, A. P. A. A. et al. Reconhecendo e intervindo na depressão pós-parto. **Rev. Saúde Foco**, n. 10, p. 264-268, 2018.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão

psicossocial. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015.

MENDES, A.P; GALDEANO, L.E. **Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado**. Ciência, cuidado e saúde. Maringá, v.5,n.3,p.363-371, set/dez. 2006.

MONTENEGRO, B. A C.; REZENDE, F.J. **Obstetrícia Fundamental**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C. V. C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 35-42, 2014.

QUINTÃO, NT. **O papel da equipe de saúde no enfrentamento da depressão pós-parto**. 2014. 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2014.

RICALDONI, C.A. C.; SENA, R.R. **Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem.** Ver. Latino-Am. Enfermagem . Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pósparto: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm.,** v. 32, n. 1, p. 159-166, mar. 2014.

SILVA, F. C. S. da et al . Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta paul. Enferm**., São Paulo, v. 23, n. 3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a16.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

SOUTO, C. G. V.; MAXIMINO, D. A. F. M.; TOLENTINO, E. C.; Depressão pós- parto: Conhecimento sobre sinais e sintomas em puérperas. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v.14, n.1, p.59-66, 2016.

VILLANO, L. A. B; GNANHAY, A. L. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2011.

27

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PELO HPV

THE NURSE'S ROLE IN THE PREVENTION OF INFECTION BY HPV

Marcela de Fátima de Carvalho

Resumo

Este estudo teve como principal objetivo: Apresentar quais são as principais estratégias e ações que o profissional enfermeiro utiliza para contribuir na prevenção do câncer de colo do útero. O tipo de pesquisa realizada neste trabalho foi uma revisão de literatura de caráter qualitativo e descritivo, através de levantamento e análise das produções científicas publicadas sobre referido tema, em sites acadêmicos como SCIELO, LILACS, BIREME e Google Acadêmico. Compreende-se que o câncer de colo do útero é desenvolvido por meio de um quadro infeccioso o qual persiste através de vários tipos oncogênicos do HPV (Papiloma Vírus Humano). No entanto, é uma patologia cujo seu desenvolvimento é considerado lento, e em alguns casos pode ser assintomático no começo, porém poderá evoluir com sangramentos bem como também secreções vaginais. O exame Papanicolau é considerado um exame de fundamental importância, onde o mesmo tem a finalidade de reconhecer precocemente o diagnóstico de possíveis lesões nas quais são sugestivas de câncer de colo de útero. Compreende-se que os profissionais enfermeiros devem ser devidamente capacitados e habilitados de forma adequada para que possam orientar e esclarecer também todas as dúvidas que as mulheres apresentam quando se trata do exame Papanicolau, onde é importante ressaltar que este não possui a finalidade apenas de detectar o HPV mas sim tem a capacidade de detectar outros tipos de infecções sexualmente transmissíveis.

Palavras-chave: Câncer. HPV. Prevenção. Enfermagem.

Abstract

This study had as main objective: To present what are the main strategies and actions that the professional nurse uses to contribute to the prevention of cervical cancer. The type of research carried out in this work was a literature review of a qualitative and descriptive nature, through a survey and analysis of scientific productions published on that topic, in academic sites such as SCIELO, LILACS, BIREME and Google Scholar. It is understood that cervical cancer develops through an infectious condition which persists through various oncogenic types of HPV (Human Papilloma Virus). However, it is a pathology whose development is considered slow, and in some cases it may be asymptomatic at first, but it may progress with bleeding as well as vaginal secretions. The Papanicolau exam is considered a fundamentally important exam, where it has the purpose of early recognition of the diagnosis of possible lesions in which they are suggestive of cervical cancer. It is understood that professional nurses must be properly trained and properly qualified so that they can also guide and clarify all the doubts that women have when it comes to the Papanicolaou test, where it is important to emphasize that this is not only intended to detect HPV but has the ability to detect other types of sexually transmitted infections.

Keywords: Cancer. HPV. Prevention. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O HPV é caracterizado como um vírus no qual causa infecção na pele e nas mucosas, ou seja, podendo causar o aparecimento de verrugas ou também de lesões percursoras de câncer, como por exemplo, o câncer de colo de útero, garganta ou ânus. O HPV é uma sigla que significa Papiloma vírus humano e cada tipo de HPV pode causar lesões em diferentes partes do corpo.

No entanto, o enfermeiro possui papel fundamental na prevenção da contaminação do HPV, pois no decorrer das consultas o mesmo deve ressaltar para as mulheres a importância do acompanhamento que as mesmas devem ter, assim como também a relevância para a realização do Papanicolau, e os benefícios para monitorizar precocemente o aparecimento de alterações.

Torna-se relevante o estudo, por apresentar quais são as contribuições do profissional enfermeiro diante da prevenção do câncer de colo do útero, frisando quais são as principais estratégias as quais são desenvolvidas e compreender sobre a fisiopatologia deste câncer. Essa pesquisa torna-se essencial, pois contribuirá para mostrar que a enfermagem possui papel fundamental no processo de prevenção do câncer de colo do útero, pois é um profissional que é capacitado para desenvolver práticas voltadas para promoção em saúde, sendo que atua diretamente com as usuárias, além disto, o enfermeiro é responsável pela realização da coleta do exame papanicolau mais conhecido como preventivo, visto que deve manter um devido acompanhamento nas unidades básicas de saúde.

Contudo, diante do contexto apresentado surgiu a seguinte questão norteadora do estudo: De que maneira o enfermeiro pode contribuir na prevenção do câncer de colo do útero e quais são as principais estratégias utilizadas por este profissional?

Para responder à problemática acima, o objetivo geral foi: Apresentar quais são as principais estratégias e ações que o profissional enfermeiro utiliza para contribuir na prevenção do câncer de colo do útero. Para isso o trabalho seguirá os seguintes objetivos específicos: discorrer sobre a fisiopatologia do câncer do colo de útero; frisar sobre os métodos de prevenção do câncer do colo de útero e HPV, compreender sobre a importância do papel do profissional de enfermagem na prevenção do câncer do colo de útero e HPV.

O tipo de pesquisa realizada neste trabalho foi uma revisão de literatura de caráter qualitativo e descritivo, através de levantamento e análise das produções científicas publicadas sobre referido tema, em sites acadêmicos como SCIELO, LILACS, BIREME e Google Acadêmico. Os artigos utilizados foram entre o período de 2009 a 2022, cujos descritores foram: câncer, HPV, prevenção e enfermagem.

2. FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E HPV

Compreende-se que o câncer de colo do útero é desenvolvido por meio de um quadro infeccioso o qual persiste através de vários tipos oncogênicos do HPV (Papiloma Vírus Humano). No entanto, é uma patologia cujo seu desenvolvimento é considerado lento, e em alguns casos pode ser assintomático no começo, porém poderá evoluir com sangramentos bem como também secreções vaginais (ROSA et al., 2009).

Sabendo-se que o HPV é a principal causa do câncer de colo do útero, é importante salientar sobre. Portanto, O HPV significa Papiloma Vírus Humano, ou seja, é conceituado como um vírus que ocasiona infecção nas mucosas e na pele e atinge tanto mulhe-

res quanto homens, o HPV causa verrugas tanto na região genital como na região anal, ocasiona também o surgimento do câncer, porém irá depender do tipo no qual a pessoa foi acometida, no entanto, o HPV é considerado uma infecção sexualmente transmissível (CERQUEIRA et al., 2009).

O HPV é considerado um problema de Saúde Pública por conta da associação com o surgimento do câncer uterino. Contudo, é fundamental que ocorra a implementação de programas voltados às orientações de estratégias preventivas de agravos voltados para a infecção do HPV (AYRES; SILVA, 2010).

Salienta-se que, grande parte dos tipos de HPV não chegam a causar consequências e acabam sendo expelidos pelo corpo, ou seja, sem que haja intervenção de profissionais médicos. Porém, quando se trata de outros casos o vírus do HPV pode permanecer latente por diversos anos, visto que, o sujeito não apresenta sintomas (ROSA et al., 2009).

No entanto, ressalta-se que, quando ocorre a minimização da resistência do organismo, ou seja, quando o sujeito encontra-se com a imunidade baixa, pode haver a multiplicação do vírus fazendo com que haja o surgimento de lesões e verrugas. Destaca-se ainda que, em torno de 90% dos casos, as infecções desaparecem em um período de dois anos, visto que, sem a necessidade de intervenções (REIS et al., 2010).

Quando ocorre a manifestação do vírus, os sintomas não surgem de imediato, ou seja, os mesmos só passam a surgir de oito meses até dois anos posteriormente a infecção, sintomas estes nos quais na maioria dos casos aparecem como verrugas na área genital ou também pode surgir na região do ânus, da mesma forma que estes sintomas podem surgir em forma subclínicas, que são aqueles nos quais não são vistos a olho nu. Os sintomas tornam-se bem mais comuns em indivíduos que se encontram com o sistema imunológico deprimido bem como também em gestantes (NAKAGAWA et al., 2010).

É de fundamental importância destacar que não são todas as pessoas que possuem o vírus do HPV que irão passar pelo processo de desenvolvimento do câncer de colo do útero, visto que existe uma estimativa de que em torno de 290 mulheres são acometidas pelo vírus do HPV, no entanto, apenas em torno de 32% são de fato infectadas pelos tipos de HPV 16 ou 18, sendo que, estes dois tipos são considerados os causadores do câncer de colo de útero, isso na maioria dos acontecimentos (OLIVEIRA et al., 2013).

Sabe-se que o HPV vem sendo considerado um dos principais fatores de risco para desenvolvimento do câncer cervical, porém, salienta-se ainda que, além destes, existem outros fatores nos quais estão associados ao surgimento deste tipo de câncer, tais como: diversos parceiros sexuais, atividade sexual precoce, existem também os fatores reconhecidos como secundários, como: Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), imunodeficiência, dentre outros (OLIVEIRA et al., 2013).

Com relação aos sinais e sintomas do HPV, as maiores partes das pessoas acometidas são assintomáticas, isso quer dizer que, não apresentam sintomas, sendo assim, em alguns indivíduos o vírus poderá permanecer latente a anos, sem manifestações de sinais ou aparecimento de ocorrências subclínicas. Diante disto, a redução da resistência do organismo da pessoa poderá ocorrer a multiplicação do HPV no qual provocará o surgimento de lesões. Vale ressaltar que, grande parte das infecções que acometem as mulheres, principalmente adolescentes, a resolução é espontânea, ou seja, pelo próprio corpo, em um tempo mais ou menos de vinte e quatro meses (COSTA; GOLDENBERG, 2013).

Contudo, os primeiros sintomas da infecção pelo papiloma vírus humanos aparecem em torno de 2 a 8 meses, porem muitas vezes podem levar até 20 anos para o surgimento de algum sinal e sintoma relacionados à infecção do HPV. Isto é, os sintomas geralmente

são mais comuns em gravidas e também com sujeitos que apresentam imunidade baixa (COSTA; GOLDENBERG, 2013).

Em se tratando do tipo de lesões que o HPV ocasiona, são reconhecidas como lesões clínicas e as subclínicas, com relação as lesões clínicas, estas se manifestam por meio do surgimento de verrugas na região tanto anal quanto genital, ou seja, são denominadas como condilomas pontiagudos. Portanto, as lesões clínicas podem ser tanto únicas quanto múltiplas, variando também de tamanhos, podendo ser papulosas ou achatadas, geralmente são assintomáticas, porém causam prurido na região, as verrugas são provocadas por tipos de HPV nos quais não são cancerígenos (BRICKS, 2009).

Já as lesões subclínicas são reconhecidas como aquelas nas quais não são visíveis a olho nu, no entanto, podem acometer as mesmas regiões das lesões clínicas, só que não ocorre sintomas. Desta maneira, as lesões subclínicas podem ser desenvolvidas pelos tipos de HPV que são de alto e de baixo risco para que assim ocorra o surgimento do câncer. Diante disto, este tipo de lesão pode surgir em regiões como, vagina, ânus, pênis, vulva, região perianal, colo do útero, região pubiana e também na bolsa escrotal, vale ressaltar que não é tão comum, mas podem se manifestar também em regiões extragenitais como mucosa nasal, laríngea e oral. Com relação as crianças nas quais são acometidas no momento do parto, essas raramente poderão progredir lesões verrucosas na laringe e nas cordas vocais (CERQUEIRA et al., 2009).

A transmissão do HPV acontece através de contato direto com o local infectado, destacando-se como principais maneiras de contágio através das relações sexuais sem uso correto de preservativo. Portanto, os contatos de oral com genital, genital com genital e genital com anal, ou através também do contato das mãos com o local íntimo que se encontra infectado, podendo desta forma provocar a contaminação do vírus (ABREU et al., 2018).

É de fundamental importância destacar que a transmissão do HPV não acontece somente por meio da penetração, mas sim através de outras maneiras também de relações sexuais. Portanto, existe um tipo de transmissão vertical, onde ocorre o contágio do vírus na hora do parto, ou seja, de mãe para filho, ainda é uma situação bem rara, porém, exige uma atenção cautelosa, pois o HPV poderá se desenvolver nas vias aéreas do bebê, resultando em graves complicações respiratórias quando não tratadas de forma eficiente (ABREU et al., 2018).

Com relação ao diagnóstico do HPV, é de fundamental relevância que seja efetuado de forma precoce, desta maneira, além de um exame conhecido como Papanicolau, é essencial que o médico possa realizar periodicamente a genitoscopia, visto que, exte exame é efetuado de forma na qual o profissional deve analisar microscopicamente, se há presença de lesões na região genital da mulher bem como também no colo do útero (FIGUEIREDO et al., 2013).

Não há existência de tratamento para o vírus, porém, as maiores partes das infecções acabam desaparecendo com o auxílio do próprio sistema imunológico. Sendo assim, as manifestações celulares ocasionadas pela infecção pelo papiloma vírus humano, podem ser tratadas, com relação as alterações celulares pré-cancerosas que surgem pelo HPV, podem ser descobertas diante a efetuação de exames como por exemplo, o exame de Papanicolau. Contudo, o tratamento pode ser feito através de medicamentos, cremes e o parceiro acometido também deverá buscar orientações médicas sobre quais condutas serão ofertadas (FIGUEIREDO et al., 2013).

Sabe-se que o vírus do HPV é transmitido por meio de atividade sexual, no entanto como forma de prevenção é de fundamental relevância que o uso apropriado do preser-

vativo, pois com esta prática de prevenção haverá minimização associada a possibilidade de ocorrer a transmissão (AYRES; SILVA, 2010).

Existe também outra forma de prevenção na qual se destaca que é a vacinação contra o HPV, a mesma possui finalidade de propiciar proteção para o organismo das mulheres, ou seja, protegem dos tipos que são considerados mais comuns e bem mais presentes quando se trata do câncer do colo de útero, ou seja, os tipos 16 e 18 (BRICKS, 2009).

Compreende-se que, as mulheres na quais são infectadas pelo HPV principalmente quando se trata dos tipos 16 e 18, estão maus vulneráveis à desenvolverem o câncer do colo de útero, ou seja, acontece em mulheres que possuem uma vida sexual ativa. No entanto, quando se trata dos sinais e sintomas associados ao câncer do colo de útero, alguns se destacam, como: prurido, dor durante as relações sexuais, bem como também, corrimento vaginal, irritação vaginal e lesões reconhecidas como candilomatosas, nas quais surgem em áreas como vagina e também na vulva (NAKAGAWA et al., 2010).

Diante disto, é essencial que as mulheres ao notarem qualquer alteração diferente procurem um médico, pois o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero é de fundamental importância para que o tratamento seja efetuado de forma satisfatória (ABREU et al., 2018).

3. EXAME PAPANICOLAU (PREVENTIVO)

Existe um exame conhecido como Papanicolau, este exame é de suma importância, na qual possui como finalidade realizar o diagnóstico precoce de lesões que são precursoras do surgimento do câncer do colo de útero, este exame é conhecido também como preventivo, no entanto, todas as mulheres estando ativas ou não sexualmente, devem realizar pelo menos uma vez ao ano. Sendo assim, se o resultado do exame for negativo durante três anos consecutivos, poderá haver um intervalo, porém conforme as orientações do médico (REZENDE et al., 2016).

O exame Papanicolau ou preventivo, é considerado um exame simples e tem minimizado os óbitos ocasionados pelo câncer de colo de útero, pois através deste exame, poderá ocorrer a detecção de doenças que surgem no colo uterino antes mesmo do surgimento do câncer. A finalidade do Papanicolau não é apenas diagnosticar a doença, mas tem objetivo também de detectar riscos de uma mulher passar pelo desenvolvimento do câncer ou também para detectar modificações celulares que também podem ocasionar o câncer de colo de útero. Portanto, quanto antes forem descobertas, maior será a chance de cura (BRENNA et al., 2009).

O exame Papanicolau é considerado um exame de fundamental importância, onde o mesmo tem a finalidade de reconhecer precocemente o diagnóstico de possíveis lesões nas quais são sugestivas de câncer de colo de útero. Este também é reconhecido por diversas mulheres como preventivo, é essencialmente relevante que todas as mulheres nas quais possuem uma relação sexual ativa ou até aquelas nas quais não possuem façam o exame em pelo menos uma vez ao ano. Quando se trata do resultado, quando for negativo no decorrer de um período de três anos seguidos, esse intervalo da realização do exame irá depender da forma que o profissional irá orientar a mulher (DIOGENES et al., 2012).

O Papanicolau é um exame de baixo custo, muitas mulheres ainda não possuem conhecimentos sobre este exame, ou podem até saber sobre, mas não procuram uma unidade básica para que possa realizar o exame, contudo, isso vem se tornando um fa-

tor de fato preocupante, pois este exame é uma ferramenta de suma relevância, e a sua disponibilização ocorre por meio dos poderes públicos de saúde, para que desta forma, as mulheres possam ter acesso a ele (DIOGENES et al., 2012).

Em se tratando procedimento do exame, de início deve ser efetuado realizado primeira uma devida avaliação da vulva, posteriormente o profissional deverá fazer a introdução do espéculo, visto que, este também é reconhecido como o bico de pato, sendo assim, este espéculo deve ser introduzido através do canal vaginal para que assim, o profissional possa visualizar o colo do útero (DAVIM et al., 2009).

Com relação ao tamanho do espéculo, este acaba variando conforme a idade de cada mulher bem como também conforme a quantidade de filhos que a mulher possui. Logo após a introdução do espéculo o profissional faz a coleta do material tanto da vagina como do colo do útero, em seguida este material é encaminhado para um laboratório para que possa ser examinado (RODRIGUES et al., 2013).

O exame Papanicolau acaba sendo um tipo de teste de triagem, porém o diagnostico não é definido somente através do mesmo de forma definitiva, mas o mesmo é devidamente importante porque pode identificar se existem modificações nas células cervicais, que quando estas não são devidamente tratadas poderão desenvolver o câncer do colo de útero (TELLES et al., 2009).

Sendo assim, nestas ocorrências são necessárias a realização de outros exames para que de fato ocorra a confirmação do diagnóstico. No entanto, o exame genital de âmbito periódico pode ter a finalidade de identificar também possíveis infecções viróticas, como, por exemplo, se ocorre o surgimento de herpes e também de verrugas. Sendo assim, quando se trata das modificações hormonais são capazes também de serem identificadas através do exame (RODRIGUES et al, 2013).

Para que os resultados do exame Papanicolau sejam satisfatórios é fundamental que as mulheres sejam orientadas a não praticarem relação sexual, mesmo que essas sejam praticadas com preservativo, ou seja, isso dois dias que antecedem o exame, é importante também que a mulher evite duchas e medicamentos anticoncepcionais em pelo menos 48 horas antes da efetuação do exame (BARBEIRO et al., 2009).

É importante também destacar que não pode ser realizado quando a mulher se encontra menstruada, pois diversos profissional aborda que a presença de sangue, pode de alguma forma alterar o resultado do exame. Em se tratando dos resultados do exame Papanicolau, se o resultado foi negativo para câncer, ou seja, se também for o primeiro, é importante que as mulheres realizem depois de um ano após a realização do primeiro novamente, agora se a mesma já possui um exame anterior com resultado negativo, é importante que seja orientada a realizar o Papanicolau novamente depois de três anos (SOUZA; PONTE; JUNIOR, 2015).

É de fundamental importância que os profissionais da saúde, principalmente aqueles que atuam na atenção básica, planejam estratégias que tenham a finalidade de promover uma educação em saúde para as mulheres, para que desta forma, as mesmas fiquem conscientizadas sobre a relevância da realização do exame, para que possa contribuir para um diagnóstico precoce do câncer de colo de útero ou principalmente a prevenção do mesmo (TELLES et al., 2009).

4. CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO HPV

Sabe-se que o HPV vem sendo um dos principais fatores que ocasionam o surgimento do câncer de colo do útero, contudo, mulheres que levam uma vida sexual ativa estão mais sujeitas a serem acometidas, porém algumas podem ser infectadas pelos tipos de HPV 16 e 18, onde podem desenvolver sintomas do câncer. Desta forma, no decorrer das consultas o profissional enfermeiro deverá ser qualificado e competente para detectar precocemente o câncer, através de educação em saúde. A enfermagem é apta para a realização do exame de Papanicolau, no qual deverá encaminhar se necessário a mulher para a efetuação de outros exames (OLIVEIRA et al., 2017).

Uma das ferramentas de prevenção na atenção básica é a descoberta precoce do câncer, onde os profissionais devem estimular a importância do autocuidado, deixando as mulheres conscientes sobre a importância da realização do exame. Sendo assim, o profissional de enfermagem deve acolher e apoiar as mulheres para que elas possam procurar os serviços caso queiram relatar possíveis queixas, pois procuram com a intenção de obter informações e orientações. Portanto, é fundamental que o enfermeiro identifique os fatores de risco para infecção pelo HPV ou até do câncer do colo de útero, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das mulheres (SOUZA; PONTE; JÚNIOR, 2015).

A consulta de enfermagem seve ser efetuada de maneira adequada, para que desta forma, as mulheres possam se conscientizarem para aderirem à realização do exame preventivo, pois é essencial para que levem uma vida saudável, garantindo sempre que as mesmas retornem nas consultas na unidade de saúde (SEMENTILLE; QUEIROZ, 2013).

O papanicolau é um exame de baixo custo e também de fácil execução, no entanto, quando efetuado de forma correta, poderá ser bastante eficiente, porém é de suma relevância que os profissionais deixem bem claro que é ofertado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que o mesmo poderá prevenir o câncer uterino. A assistência de enfermagem deve estar voltada para um atendimento humanizado, e devem ser realizadas ações educativas direcionadas para a prevenção, recuperação e reabilitação (COSTA; GOLDENBERG, 2013)

O auxílio dos ACS's (Agentes Comunitários de Saúde) para o enfermeiro garante uma melhor qualidade nas ações desenvolvidas para a prevenção do câncer uterino, ou seja, a parceria entre ambos é essencial para que ocorra um estímulo na adoção ao exame Papanicolau. Diante disto, é fundamental que os enfermeiros estimulem as mulheres para buscarem atendimento nos serviços e saúde, estabelecendo sempre um vínculo profissional-cliente no decorrer das consultas (OLIVEIRA et al., 2017).

Compreende-se que os profissionais enfermeiros devem ser devidamente capacitados e habilitados de forma adequada para que possam orientar e esclarecer também todas as dúvidas que as mulheres apresentam quando se trata do exame Papanicolau, onde é importante ressaltar que este não possui a finalidade apenas de detectar o HPV mas sim tem a capacidade de detectar outros tipos de infecções sexualmente transmissíveis (SOUZA; COSTA, 2015).

O profissional enfermeiro, deve atuar de maneira que proporcione uma educação em saúde para a população, visando estratégias que tenham a finalidade de melhorar a qualidade de vida das mesmas, sem contar na importância que devem ressaltar sobre o quão fundamental é que as mulheres ao perceberem qualquer alteração procurem um atendimento especializado, para que assim, possam ser identificados os possíveis sinais de alterações que podem contribuir para o surgimento do câncer de colo do útero (PANOBIANCO et al., 2013).

É importante salientar que não é somente o enfermeiro que é responsável pela educação em saúde, mas sim toda a equipe que atua na unidade, ou seja, toda a equipe multiprofissional devem realizar planejamentos de ações, nas quais podem ser ofertadas nas escolas, comunidades, sendo que, devem ter o objetivo de proporcionar orientações para as adolescentes sobre sexualidade, sobre a devida prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e também sobre a forma de evitar e prevenir a gravidez precoce, sem contar em diversas outras temáticas que são relevantes para serem tratadas e esclarecidas (TEIXEIRA et al., 2010).

Percebe-se que o HPV quando não é diagnosticado precocemente, pode promover diversas consequências para a saúde das mulheres, resultando em uma grave, o surgimento do câncer do colo de útero, ou seja, quando se trata do profissional enfermeiro neste âmbito, é essencialmente relevante compreender que este profissional é apto para atuar na atenção básica de forma que tenha a intensão de planejar estratégias e ações que tenham a finalidade de chamar as mulheres para a realização do exame Papanicolau, para que assim, no momento da consulta, as mesmas fiquem orientadas sobre formas de prevenção do HPV e do câncer do colo de útero, sem contar que é um momento no qual as mulheres podem tirar dúvidas importantes (SOUZA; COSTA, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-que se a infecção por HPV tem crescido bastante nos últimos anos acometendo principalmente mulheres e contribuindo para o desenvolvimento do câncer do colo de útero. Além disto, ocasiona também outras consequências que poderão acometer a qualidade de vida das mulheres acometidas.

Foi possível observar que existe um exame chamado Papanicolau conhecido como preventivo que possui a finalidade de identificar possíveis alterações que as mulheres estejam apresentando, e assim podendo seguir um tratamento adequado.

O profissional enfermeiro possui papel fundamental no processo de prevenção de infecção do HPV bem como também prevenção do câncer do colo de útero que é uma das maiores consequências. Este profissional deve desenvolver estratégias que façam com que as mulheres fiquem cientes da importância da procura por um atendimento de saúde quando surgir qualquer alteração preocupante.

É importante que estudos futuros sejam desenvolvidos com relação a essa temática para que assim acadêmicos e profissionais da área tenham mais conhecimentos de como tratar casos de mulheres que são diagnósticas com câncer do colo de útero.

Referências

ABREU, MNS et al. Conhecimento e percepção da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.23, n.3, mar./ 2018.

AYRES, ARG; SILVA, GA. Prevalência de infecção do colo de útero por HPV no Brasil: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**, v.44, n.5, p.963-74, 2010.

BARBEIRO, FMS et al. Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame Papanicolau e prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, v.1, n.2, p.414-422, 2009.

BRENNA, SMF et al. Conhecimento atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 909-914, ago./ 2009.

BRICKS, LA. Vacina HPV: nova perspectiva na prevenção de câncer. **Pediatria**, v.29, n.2, p.154-156, 2009.

CERQUEIRA, MM et al. Variantes do ser humano: tipos de papilomavírus 53, 58, 66 identificado no Brasil.

Genes de Vírus, v.26, n.1, p.83-7, 2009.

COSTA, LA; GOLDENBERG, P. Papiloma vírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. **Saúde Sociedade**, v.22, n.1, p.249-261, 2013.

DAVIM, RMB et al. Conhecimentos de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de natal sobre o exame de Papanicolau. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.39, n.3, p.296-302, 2009.

DIOGENES, MAR et al. Fatores de risco para câncer do colo de útero e adesão ao exame Papanicolau entre trabalhadores de enfermagem. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, v.13, n.1, p.200-210, 2012.

FIGUEIREDO, CB et al. Abordagem terapêutica para o papilomavírus humano. **Revista Brasileira Farm**, v.94, n.1, p.4-17, 2013.

LINHARES, AC; VILLA, LL. Vacinas contra rotavírus e papiloma vírus humano (HPV). **Jornal de pediatria**, v.82, n.3, p.25-34, 2016.

NAKAGAWA, JTT et al. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p.307-311, 2010.

OLIVEIRA, ES et al. A consulta de enfermagem frente a detecção precoce de lesões no colo do útero. **Revista de enfermagem contemporânea**, v.6, n.2, p.186-198, 2017.

OLIVEIRA, GR et al. Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.35, n.5, 2013.

PANOBIANCO, MS et al. O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. **Texto e contexto enfermagem**, v.22, n.1, p.201-207, 2013.

REIS, AAS et al. Papiloma vírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvice uterina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1055-1060, 2010.

REZENDE, EV et al. A importância do exame Papanicolau para prevenção do câncer do colo uterino. **Revista Saúde**, v.10, n.1, 2016.

RODRIGUES, AMX et al. Importância do exame Papanicolau no diagnóstico precoce do câncer de colo de útero. **Revista multiprofissional em saúde do hospital são marcos**, v.1, n.1, p.58-63, 2013.

ROSA, MI et al. Papiloma vírus humano e neoplasia cervical. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.5, p.953-964, 2009.

SEMENTILLE, EC; QUEIROZ, FC Atuação do enfermeiro na saúde da mulher: prevenção do câncer do colo do útero. **Ensaios e Ciência**, v.17, n.1, p.109-120, 2013.

SOUZA, AF; COSTA, LHR. Conhecimentos de mulheres sobre HPV e câncer do colo do útero após a consulta de enfermagem. **Revista brasileira de cancerologia**, v.61, n.4, p.343-350, 2015.

SOUZA, SV; PONTE, KMA; JÚNIOR, DGA. Prevenção do HPV nas mulheres: estratégias adotadas por enfermeiros na atenção primária à saúde. **SANARE Sobral**, v.14, n.1, p.46-51, 2015.

TEIXEIRA, ICS et al. O Papilomavirus humano como fator preditor do câncer de colo de útero: estudo de atualização sobre as ações preventivas de enfermagem. **Jornal of nursing, revista de enfermagem**, v.4, n.2, 2010.

TELLES, MAF et al. Conhecimentos de mulheres em idade fértil sobre a importância do Papanicolau. **Revista enfermagem UFPE online**, v.2, n.1, p.110-117, 2009.

28

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

NURSING CARE FOR PATIENTS DIAGNOSED WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (AMI)

Fabiana Rodrigues Cantanhede

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

Bruna Larissa Barros Costa de Oliveira

Gleison Ribeiro Reis

Karliene Fonseca Farjado

Mácia Bruna Dasmaceno Santos

Maria Thayná Silva dos Santos

Melissa Ohanna da Silva Barros

Maxwell do Nascimento Silva

Wllington Jorge dos Santos

Resumo

A presente pesquisa busca abordar sobre assistência da enfermagem ao paciente com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. O Infarto Agudo do Miocárdio ocorre por conta de uma oclusão coronária, através da formação de um coágulo ou placa ateroma, que contribui para a diminuição do fluxo sanguíneo e fazendo com que parte do miocárdio entre em um processo de necrose. O processo de extensão da necrose varia de acordo com os fatores, como a calibragem da artéria acometida, assim como o processo de evolução da obstrução e o desenvolvimento da circulação colateral. Os sinais e os sintomas ocorrem através da manifestação de dor torácica persistente, onde a dor pode vir acompanhada de náusea, sudorese, palidez e até a ocorrência da síncope. O diagnóstico consiste na identificação dos sinais e sintomas, onde o enfermeiro assim que o paciente da admissão na emergência passa a ser o principal profissional em diagnosticar e iniciar os cuidados emergenciais. O objetivo geral deste estudo buscou compreender as competências do enfermeiro frente à assistência ao paciente com o IAM mostrando o papel do profissional e a sua importância e responsabilidade no processo de tratamento. A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica, onde levantamento de informações sobre esta temática em artigos, livros, revistas e relatórios periódicos desenvolvidos nos últimos dez anos. Conclui-se que o auxílio do profissional de enfermagem são fundamentais para ajudar a paciente a prevenir as complicações do infarto agudo do miocárdio.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio. Enfermagem. Diagnóstico. Tratamento. Prevenção.

Abstract

This research seeks to address nursing care for patients diagnosed with acute myocardial infarction. Acute Myocardial Infarction occurs due to a coronary occlusion, through the formation of a clot or atheromatous plaque, which contributes to the decrease in blood flow and causing part of the myocardium to undergo a process of necrosis. The process of necrosis extension varies according to factors, such as the calibration of the affected artery, as well as the evolution process of the obstruction and the development of collateral circulation. Signs and symptoms occur through the manifestation of persistent chest pain, where pain may be accompanied by nausea, sweating, paleness and even the occurrence of syncope. Diagnosis consists of identifying signs and symptoms, where the nurse, as soon as the patient is admitted to the emergency room, becomes the main professional in diagnosing and initiating emergency care. The general objective of this study sought to understand the competences of nurses regarding patient care with AMI, showing the professional's role and their importance and responsibility in the treatment process. The methodology used was the bibliographical research, where information on this theme was collected in articles, books, magazines and periodical reports developed in the last ten years. It is concluded that the help of the nursing professional is essential to help the patient to prevent the complications of acute myocardial infarction.

Keywords: Acute myocardial infarction. Nursing. Diagnosis. Treatment. Prevention.

1. INTRODUÇÃO

As cardiopatias são consideradas como as principais responsáveis por internações nos hospitais. Sendo consideradas como um grave problema de saúde pública, são conhecidas como Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). As definições dessas síndromes fazem parte de um grupo de sintomas que tem relação à oclusão das artérias coronarianas, como a dor torácica. Essas síndromes são resultadas de uma ruptura de uma placa coronariana instável, que fazem parte da formação de trombo intraluminal, embolização e inúmeros graus de obstrução coronária. Sua classificação pode ser Angina Instável ou Infarto Agudo do Miocárdio.

O Infarto Agudo do Miocárdio ou ataque cardíaco é denominado como necrose celular da musculatura cardíaca, onde ocorre um desequilíbrio entre a oferta de oxigênio e nutrientes sanguíneos. Há uma enorme prevalência e um número de óbitos elevado de mortes relacionadas com essa doença, a ausência de sintomas e a demora por busca na ajuda correta fazem com que o diagnóstico seja dificultado ocasionando danos ao paciente.

Nesse contexto o enfermeiro exerce um papel fundamental no diagnóstico do Infarto Agudo do Miocárdio, pois quando diagnosticado precocemente pode se iniciar de imediato os primeiros cuidados emergenciais, e intervenções terapêuticas, podendo assim aumentar as chances de sobrevida do paciente. Para isso o enfermeiro precisa estar capacitado e ter conhecimentos específicos para poder reconhecer os principais sinais e sintomas. Nasce assim uma problemática a ser analisada: Qual o papel da assistência de enfermagem nos cuidados relacionados ao infarto agudo do miocárdio?

O objetivo deste trabalho buscou compreender as competências do enfermeiro frente à assistência ao paciente com o IAM mostrando o papel do profissional e a sua importância e responsabilidade no processo de tratamento. Os objetivos gerais buscaram: conceituar a fisiopatologia, fatores de risco, prevenção, tratamento e complicações do IAM estudar a relevância da assistência de enfermagem ao paciente acometido com a IAM e descrever os principais benefícios de um tratamento precoce.

Para elaboração deste trabalho foi feita uma pesquisa bibliográfica baseada nas obras dos autores Brunori (2014), Piegas (2015), Maier (2016), entre outros citados no decorrer do desenvolvimento. Foi realizado também o levantamento de informações sobre esta temática em artigos, livros, revistas e relatórios periódicos desenvolvidos nos últimos dez anos. Sobre os materiais impressos, foram observados os sumários para sinalizar que tratam do assunto em questão. Para ambos, os descritores procurados foram: Infarto Agudo do Miocárdio, utilizando-se descritores como Enfermeiro; Assistência no IAM; Emergência.

2. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as síndromes coronarianas agudas (SCA) são as maiores causadoras de morte em todo o mundo. Em países cujo desenvolvimento econômico é acelerado esse tipo de fenômeno é cada vez mais preocupante por conta do ritmo acelerado de vida. Através da SCA é possível que se faça uma avaliação a respeito da situação da população e criação de políticas que invistam em tratamentos e processos de prevenção e promoção da saúde (DUARTE; PIMENTEL FILHO; STEIN, 2007).

As doenças coronarianas são as maiores causas de morte no mundo, essas doenças geram custos e necessitam de uma atenção especial voltadas para o atendimento e

combate da morbimortalidade da população. Essas doenças são compreendidas como um grave problema de saúde pública, por serem definidas como um grupo de sintomas relacionados à oclusão das artérias coronarianas, que são dores torácicas que são comumente irradiadas para o braço esquerdo podendo ocasionar sudorese, náuseas e dispneia (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

O coração serve para bombear sangue e suprir todas as necessidades dos tecidos corpóreos, pois sua principal função é bombear sangue para assim suprir suas necessidades, este por sua vez possui um suprimento de vasos especial, que culmina da artéria aorta, originando duas artérias cuja denominação são coronárias direita e esquerda, essas por sua encaminham o sangue para as artérias menos calibrosas do coração (PIEGAS et al., 2015).

Essas artérias se tornam capilares no interior do miocárdio, e chegam a atingir a circulação venosa que faz o retorno ao seio coronário. A redução desse fluxo sanguíneo coronariano que geralmente ocasiona a oclusão das artérias coronárias por trombose associada à formação de placas ateroma, ou até mesmo o rompimento da placa aterosclerótica que gera a formação de trombose local, podendo assim ocasionar um infarto agudo do miocárdio (NICOLAU et al., 2014).

Um dos sintomas principais que ocasionam o processo de isquemia miocárdica é a dor torácica intensa, ou seja, o indivíduo pode sentir ardência, aperto no peito, podendo variar de indivíduo para indivíduo. Para os leigos é um desafio reconhecer a dor do infarto agudo do miocárdio (IAM), isso porque a mesma pode ser confundida com vários sintomas de patologias similares ou de menor gravidade o que ocasiona a automedicação. A busca pelo atendimento tardio favorece a perda de uma grande área muscular cardíaca (MAIER; MARTINS, 2016).

A busca pelo atendimento hospitalar quando ocorre suspeita de IAM, faz com que a equipe realize um exame diagnóstico com mais rapidez, o que contribui para um tratamento precoce. O tempo de chegada do paciente ao hospital interfere no tratamento e no tempo de internação que este pode ser submetido, assim como contribui para a diminuição de taxas de mortalidade (PONTE; SILVA, 2014).

A ação rápida e a suspeita de IAM fazem parte dos trabalhos cuidados à saúde, esse tipo de estudo torna menores os riscos e agravos clínicos e resulta em uma recuperação mais rápida. Por isso é extremamente necessário que ocorra o entendimento desse processo de educação em saúde, para que ocorra um ocorra à adesão ao tratamento precoce e imediato por conta da labilidade hemodinâmica que envolve a doença (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

Assim ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a necrose de amostra do músculo cardíaco que é gerado pela redução de fluxo sanguíneo nas artérias que fazem a nutrição do coração, a medidas em que essas células sofrem privação de oxigênio, a isquemia desenvolve uma lesão celular, sendo considerada uma doença de alto índice de prevalência. Ressalta-se que os pacientes que sofrem desse tipo de patologia têm entre 75 a 85 anos de idade onde o índice aumenta 45%, já os pacientes entre 55 e 65 anos o índice de ocorrência é apenas de 31%. A maior incidência do IAM ocorre em homens, porém a sua letalidade é maior em mulheres (MAIER; MARTINS, 2016).

Essa insuficiência coronária tem relação direta com 90% da aterosclerose, logo são estas lesões graves e difusas das artérias coronárias. No ponto de vista patológico o IAM é visto como a morte celular por conta de sua isquemia prolongada, onde a necrose ocorre cerca de 20 minutos e a morte das células em sua totalidade pode levar cerca de 4 a 6 horas. Segundo conta no grau de envolvimento da parede, os infartos podem ter sua classificação em transmural e subendocárdio (PIEGAS et al., 2015).

3. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM IAM

Todas as doenças que possuem relação ao coração e ao sistema respiratório têm denominação como Doenças Cardiovasculares (DCVs), sendo estas as maiores causas de mortalidade em diversos países de todo o mundo. Com base nos aspectos epidemiológicos é possível compreender que mais de 56% dos casos de mortalidade com cerca de 12 milhões de óbitos todos os anos por conta das DCVs (ALMEILDA et al., 2009).

No Brasil as DCVs correspondem a cerca de 43% da mortalidade anual, pesquisas mostradas pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia do estado de São Paulo apresentam que cerca de 55% desses casos ocorrem em pacientes do sexo masculino que demoram a procurar assistencialismo médico adequado, esses dados fazem com que o Brasil seja o décimo pais com maior índice de DCVs em todo o mundo. Dentro desse universo de DCVs é possível compreender que as Síndromes Coronarianas Agudas (SCAs) as que geram obstrução coronariana ode origem de trombos e vasoespasmos com lesões aterosclerórticas nas coronárias (TEXEIRA et al., 2015).

Grande parte dos pacientes que chegam a óbito nas primeiras horas em que ocorre o IAM. Cerca de 30% a 60% ocorrem nas primeiras 24 horas logo após os primeiros manifestos. A ausência de cuidados básicos ao persistirem os primeiros sintomas cria essa falta de acesso a informações que podem salvar a vida dos pacientes. O paciente que possui IAM pode apresentar sinais como: dispneia, náuseas, vômitos, sudorese fria ou pegajosa, uma análise clínica inicial contribui para salvar a vida do paciente, minimizando assim os sintomas e encaminhando-o para o tratamento correto (SANTOS, 2011).

É nesse contexto que se insere o trabalho do profissional de enfermagem com suas funções fundamentais para um atendimento e diagnóstico imediato dos primeiros sinais de IAM. A assistência de enfermagem aos recém diagnosticados com IAM tem como objetivo principal eliminar maiores complicações, com intuito de cumprir a terceira etapa do processo de enfermagem que é o planejamento, permitindo diagnosticar as necessidades e prioridades de assistência individualizada, garantindo uma prescrição apropriada dos cuidados de enfermagem. A avaliação primária do enfermeiro frente aos pacientes com dor torácica é essencial, uma vez que ele pode realizar, de forma criteriosa, a investigação do estado do paciente mediante o histórico e o exame físico, identificando os sinais e sintomas (SANTOS, 2014).

A atuação do enfermeiro inicia-se logo na admissão do paciente ao chegar à unidade de urgência e emergência, como principal função atribuída é diagnosticar precocemente e iniciar imediatamente os cuidados emergenciais, aumentando a chance de sobrevida do paciente. O diagnóstico precoce do IAM e as intervenções terapêuticas interferem diretamente na morbidade e mortalidade dos pacientes (POLANCZYK, 2005).

Para uma assistência de qualidade o enfermeiro deve ter conhecimentos específicos, saber reconhecer principais sintomas e sinais de um quadro de IAM apresenta, tais como, dor prolongada, localizada nas regiões subesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, irradiando-se para o pescoço, ombro, mandíbula e para o braço e a mão esquerdos. Devem-se conciliar aspectos técnicos com a observação clínica do paciente, sintomatologia, alterações eletrocardiográficas, valores analíticos de alarme, recuperação e planejamento de cuidados do paciente com a ajuda de familiares, o adequado guia de reabilitação física e psíquica para enfrentar o futuro imediato (PESARO; SERRANO JUNIOR; NICOLAU, 2004).

Não há dúvidas que o IAM ocorre de modo preponderantemente na população considerada vulnerável, ou seja, que estejam em situação de risco ou possua histórico familiar.

Nesse contexto entra o processo do enfermeiro que tem como bases gerais ao longo da sua formação as seguintes diretrizes: Objeto: instituir o que será observado e o tratamento adequado (GONZALES, 2016).

Nesse ponto são fundamentais para a inserção do profissional no que diz respeito a sua inserção ao tratamento do IAM, a abordagem dos processos de trabalho do enfermeiro e assim, de como serão aplicadas as dinâmicas dispostas, o que acarretará a viabilidade dos processos e desta forma, em impactos com verdadeiro papel de transformação social e profissional. Entretanto, para que os processos de trabalho tenham verdadeira influência e impacto na forma de ser e agir, precisam ser analisadas as dimensões formadoras dos processos de trabalho do profissional diante desse contexto (BARBOSA; RODRIGUES, 2002).

As dimensões são vistas, como áreas de atuação e de grande influência na eficácia e eficiência dos processos, tendo papel de destaque, sendo as mesmas, as seguintes: Dimensão teórica (metodologia) onde o profissional irá analisar todo o processo de evolução da doença e buscará alternativas para o tratamento, a Dimensão Técnica (operativa), onde o profissional irá compreender a forma de tratamento especifico de cada paciente, assim como a necessidade de cada um e a Dimensão Ética (política) que trabalha a adesão do tratamento dentro da esfera social e econômica (BENTO, 2013).

O primeiro contato do paciente no tratamento é com o profissional de enfermagem, partindo desse aspecto é fundamental que este possua domínio e conhecimento sobre todos os fatores que contribuíram para que a paciente procurasse atendimento. A formação profissional e estudo continuam é uma das exigências feitas pelo Conselho Federal de Enfermagem em relação ao tratamento adequado para a doença. Isso diz respeito a diversas áreas a qual esse profissional atende o portador de IAM (GONZALES, 2016).

Partindo de tais informações, estas dimensões buscam introduzir, a apropriação do conhecimento, partindo das práticas empregadas e rotinas profissionais de enfermagem, o desenvolvimento de instrumentos e elementos pautados na prática profissional visa pautar as ações em políticas e código de ética vigente, características essenciais na plena aplicação dos processos de trabalho (MEDEIROSM; ANDRADE; DAVIM, 2018).

Dessa forma o profissional de enfermagem deve possuir capacitação para adentrar nesse processo de assistência ao tratamento dos pacientes que possuem trombofilia, assim como necessitam possuir domínio sobre a doença e as suspeitas da enfermidade, para seja tomada as devias providencias junto ao paciente e a seus familiares, dessa forma o processo de cura é consideravelmente possível e a saúde do paciente pode ser prolongada (BENTO et al., 2013).

Realizar o acompanhamento dos sintomas de IAM no paciente é um dos trabalhos da equipe de enfermagem, que contribui para a compreensão dos sintomas e restabelecimento das atividades no miocárdio. É dentro desse contexto que o profissional de enfermagem deve prestar assistência com um alto nível de qualidade, instruindo o paciente de IAM e seus familiares sobre o real quadro clínico (GONZALES, 2016).

4. OS BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO PRECOCE DO IAM

Todas as doenças cardiovasculares são ocasionadas por uma série de fatores que podem ser eliminados e minimizados de modo precoce, por isso a importância de manter hábitos saudáveis como alimentação correta, atividades físicas e exames periódicos. Fatores que contribuem para a saúde cardiovascular de um indivíduo podem variar desde antecedentes familiares como histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes,

obesidade, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, acidente vascular encefálico e problemas com colesterol alto que agravam o índice de desenvolvimento desse tipo de infarto agudo do miocárdio (PIEGAS et al., 2015).

Esses fatores em sua grande maioria necessitam de controle por parte do próprio indivíduo para controlar a existência de risco de possíveis parada cardiorrespiratória por ausência de cuidados com a saúde. A prática de atividade física, uma dieta balanceada com pouco carboidrato para os pacientes que possuem problemas com elevação nos triglicerídeos, evitar tabaco, álcool e controlar a pressão arterial e a DM através de exames periódicos contribuem para a prevenção do IAM. A prevenção e práticas saudáveis contribuem para diminuir os riscos de inúmeras doenças, mantendo um corpo saudável e uma vida com qualidade (MEDEIROS; ANDRADE; DAVIM, 2018).

A prevenção do IAM inclui a atuação da equipe de saúde, isso porque a prestação de serviços para esse tipo de atendimento é de alta complexidade necessitando de uma equipe capacitada para diferenciar os sinais de um infarto. Constantemente essas equipes de saúde passam por um processo de capacitação para assim distinguirem os fatores iniciais desse tipo de patologia que expõe o paciente a uma situação de risco de nível elevado, quanto mais cedo o paciente procurar o assistencialismo na área da saúde mais rápido consegue atendimento e volta para casa (POLANCZYK, 2005).

A população de modo geral necessita de uma compreensão sobre o desenvolvimento do IAM, de modo específico o atendimento para pessoas que são obesas, diabéticas, sedentárias e pacientes que possuem uma taca de colesterol elevada necessitam de acompanhamento médico semestral para fiscalizar o controle desse tipo de doenças. O sedentarismo e outros fatores ligados a ausência de atividade física contribuem de forma significativa para o infarto no miocárdio (BENTO, 2013).

Conhecer o perfil do paciente infartado pode ajudar muito a assistência de enfermagem, pois fazer um levantamento das possíveis causa da doença facilita o atendimento, a melhora do paciente e a prevenção de um outro episódio de IAM. Analisando o perfil de um paciente que apresentou IAM a partir da investigação dos fatores de risco (FR), pode-se classificar com modificáveis e não modificáveis. Sendo os fatores modificáveis o tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus e alcoolismo. Já os fatores não modificáveis são o sexo, idade, hereditariedade (ALMEILDA et al., 2009).

Em uma pesquisa Coelho e Resende (2010) mostram que pacientes de infarto na maioria das vezes são homens com a idade entre 60 e 80 anos, tabagistas, sedentários e com histórico familiar de IAM. Este estudo também mostrou que a idade e o sexo (fatores de risco não modificáveis) são fatores que podem levar a um IAM. O sexo masculino tem maior probabilidade de desenvolver um IAM. Na faixa etária 60 a 80 anos, os casos de infarto chegam aos 30% (MEDEIROS; ANDRADE; DAVIM, 2018).

Um dos fatores mais relevantes é a alimentação (fator modificável) rica em carboidratos e lipídios, os quais podem acumular gordura no interior das artérias coronárias, obstruindo-as e levando a um infarto fulminante. A dislipidemia se refere ao aumento das taxas de lipídios no sangue, ocasionando a elevação do colesterol. Esses níveis elevados de colesterol podem causar aterosclerose (obstrução do vaso sanguíneo), podendo levar o paciente a um IAM (SANTOS, 2011).

Diante do quadro de IAM, nota-se que o paciente necessita manter-se sob os cuidados de enfermagem e médico, até que apresente uma melhora do quadro apresentado e possa então ser liberado, no entanto, torna-se necessário que se realize uma atenção especial ao paciente mesmo depois de receber alta. As ações aos pacientes vítimas de IAM devem contemplar medidas eficazes e eficientes desde a suspeita diagnóstica até a mi-

nimização dos riscos impostos à vitalidade dos mesmos. Em virtude disso, o enfermeiro, profissional que está presente na assistência aos pacientes de forma diferenciada, visando atender as suas necessidades (GONZALES, 2016).

É notório que os pacientes que possuem riscos citados para a existência do IAM não costumam fazer a medicação de modo correto para controlar doenças como controle de colesterol, isso gera uma enorme dificuldade no atendimento de modo geral, em alguns casos pode gerar até conflito familiar. Nesse ponto a informação e o trabalho do profissional de enfermagem contribuem para auxiliar na conduta do paciente, passando informações necessárias sobre os fatores de risco para um IAM ensinando a manusear os medicamentos e diminuindo os riscos de ocorrência de infarto fulminante (MEDEIROS; ANDRADE; DAVIM, 2018).

O processo de prevenção é fundamental para garantir uma vida saudável, evitando assim os riscos de IAM. Caso esse venha a acontecer à prestação de atendimento imediata contribui para que não sejam deixadas sequelas diminuindo assim o risco de morte. Atividades físicas, acompanhamento médico, dieta balanceada e ministração da medicação de modo correto diminuem os riscos de ocorrência de um infarto agudo do miocárdio (NICOLAU et al., 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil as doenças cardiovasculares são as principais causadoras de morte, por representarem um percentual classificado como elevado nas internações que ocorrem no país. Uma das principais causas de mortalidade entre homens e mulheres com idade acima dos trinta anos é o Infarto Agudo do Miocárdio, onde se busca um atendimento adequado com orientações objetivas que contribuam para a diminuição da taxa de mortalidade. O infarto agudo do miocárdio tem associação com uma causa mecânica, interrupção do fluxo sanguíneo em uma determinada região, sendo este resultado da obstrução completa ou parcial da artéria coronária que é responsável por sua irrigação, logo ocorre à extensão da necrose que é ligada a fatores como tempo de evolução da obstrução, desenvolvimento da circulação colateral e calibre da artéria que sofreu uma lesão.

O presente estudo buscou compreender os fatores que são responsáveis pelo acontecimento do infarto agudo do miocárdio, através da divisão dos seguintes tópicos. No primeiro foram conceituado o infarto do agudo do miocárdio, assim como a etiopatogenia e os sinais e sintomas. No segundo capítulo foi discutido a importância da enfermagem na assistência ao paciente acometido com o infarto agudo do miocárdio, sendo abordado a conduta do profissional diante do diagnóstico e do encaminhamento para o tratamento correto, evitando complicações maiores. Já o terceiro capítulo discorreu-se sobre os principais benefícios de um tratamento precoce para o infarto agudo do miocárdio e como funciona a vida do paciente que sofreu esse tipo de patologia.

Conclui-se, portanto, que o paciente com infarto agudo do miocárdio necessita de um diagnóstico preciso assim que der entrada no pronto socorro, logo o objetivo geral deste estudo foi alcançado, pois se compreendeu as competências do enfermeiro frente à assistência ao paciente com o IAM mostrando o papel do profissional e a sua importância e responsabilidade no processo de tratamento. No tratamento o apoio dos profissionais de enfermagem contribui para que a paciente consiga compreender o grau da doença e qual tratamento deve ser feito. As instruções sobre o uso correto dos medicamentos necessitam de instrução de uma profissional da área da saúde para que sejam administradas de forma correta.

Referências

ALMEIDA, S. A et al., Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Aracaju, p 844-849. Nov/dez 2009.

BARBOSA, E. C. V. e RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização **nas relações com a família:** um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. **Acta Sci Health Sci**, v. 26, n.1, Jan-Jun, 2002.

BENTO, M. A et al., Protoc**olo de Síndrome Coronariana Aguda**. 2013. 21 f. Hospital Sirio Libanês, São Paulo, 2013.

DUARTE, E. R.; PIMENTEL FILHO, P.; STEIN, A. T. Dor torácica na emergência de um hospital geral. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.51, n. 4, p. 248-254, out/dez. 2007.

GONZALES, Amanda. **Atividades físicas leves indicadas após infarto**. Hospital Sírio Libanês, dez 2016.

MAIER, G.S.O.; MARTINS, E.A.P. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.04, pp:757- 764, 2016.

MEDEIROS, TLF, ANDRADE, PCNS, DAVIM, RMB, Santos NG. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio. Recife: **Rev Enferm** UFPE. 2018; 12(2):565-72.

NICOLAU, J.C. et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007**) – Atualização 2013/2014. Arquivos Bras. Cardiologia. v. 102, n. 3, Supl. 1, Março, 2014.

PESARO, A.E.P, SERRANO JUNIOR, C.V, NICOLAU, J.C. Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronária aguda com supradesnivel do segmento ST. São Paulo: **Rev Assoc Med** Bras. 2004; 50(2):214-20.

PIEGAS, L. S. et al. **V diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 105, n. 2, supl. 1, p. 1-105, ago. 2015.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. **Revista de enfermagem da UERJ**, v.22, n.06, pp:808-814, 2014.

POLANCZYK, Carisi Anne. **Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil:** os Próximos 50 Anos. Porto Alegre, V. 84, N. 3, Março 2005.

SANTOS, DR. **O papel do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente vítima de infarto agudo do miocárdio na sala vermelha: uma revisão e literatura.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.

SANTOS, Das Neves Santos; GUIMARÃES Daniela Domingues. **Espiritualidade, Saúde e o Cuidado De Enfermagem**. 2011. 50 f. Bacharel em Enfermagem - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2011.

QUIRINO, D.D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. G. B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, jun. 2010.

TEIXEIRA, A. F.J et al. **Atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio.** Revista Fafibe on-line, Bebedouro SP, v. 8, p. 1-10, 2015.

29

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM VOLTADA À MULHER NO PARTO E PUERPÉRIO

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE FOR WOMEN IN CHILDBIRTH AND THE PUERPERUM

Denise Evelyn Maciel Pinheiro

Resumo

A presente pesquisa consiste em uma revisão de literatura, na qual foi abordado a respeito da importância da assistência de enfermagem às parturientes tanto no momento do parto, quanto no período de segue, o puerpério. A assistência de enfermagem às parturientes pode ajudar a reduzir as taxas de morbidade e mortalidade de parturientes e de recém-nascidos, bem como outras complicações do parto e também ajudam a reduzir os índices de desmame precoce, que em muitos casos resultam da falta de assistência médica, negligência materna por falta de instruções ou inexperiência. O problema que norteou a pesquisa consiste em responder ao seguinte questionamento: qual a importância da atuação do enfermeiro no acompanhamento a parturiente no momento do parto e no período de puerpério? Nesse sentido, o estudo teve por objetivo geral discutir a importância da atuação do enfermeiro na assistência a parturiente tanto no momento do parto, quanto no período de puerpério. A pesquisa caracteriza-se como bibliográfica, tendo por método o qualitativo, na qual foi realizada uma revisão da literatura da área a fim de entender e discorrer a respeito do tema. Ao concluir esta pesquisa enfatiza-se a atuação do enfermeiro no pré-natal, parto e puerpério deve ser reconhecida como de extrema necessidade e configure-se como uma mudança paradigmática no cuidado às mulheres, recém-nascidos e famílias. Nesse sentido, recomenda-se novos estudos e reflexões a respeito da temática, exigindo novas discussões, reflexões e publicações que venham respaldar e dar maior visibilidade ao trabalho desenvolvido por estas profissionais.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Enfermeiro. Parturiente. Parto. Puerpério.

Abstract

The present research consists of a review of the literature, in which it was approached about the importance of the nursing care to the parturients both at the moment of delivery, and in the period of follow, the purpério. Nursing care for parturients can help reduce parturient and newborn morbidity and mortality rates as well as other complications of childbirth and also help reduce rates of early weaning, which in many cases result from lack of care medical, maternal neglect for lack of instruction or inexperience. The problem that led the research is to answer the following question: how important is the nurse's role in the follow-up of the parturient at delivery and in the puerperium? In this sense, the general objective of the study was to discuss the importance of the nurse's role in assisting the parturient both at delivery and during the puerperium. The research is characterized as bibliographical, having as method the qualitative, in which a review of the literature of the area was carried out in order to understand and to discourse about the subject. At the conclusion of this research, the nurse's role in prenatal, childbirth and puerperium should be recognized as extremely necessary and should be seen as a paradigmatic change in the care of women, newborns and families. In this sense, new studies and reflections on the subject are recommended, requiring new discussions, reflections and publications that will support and give greater visibility to the work developed by these professionals.

Keywords: Nursing care. Nurse. Parturient. Childbirth. Puerperium.

1. INTRODUÇÃO

Pode-se afirmar que a gravidez é um fenômeno que traz mudanças significativas na vida de uma mulher, desde aspectos fisiológicos até sua rotina, e pode ser entendida como um período de preparação para as duas experiencias seguintes, o parto e o puerpério. Durante a gestação, a mulher é acompanhada profissionalmente por meio do pré-natal, ao final desse período, o enfermeiro prepara a gestante para o momento do parto, esclarecendo com relação aos procedimentos e contribuindo para sanar as dúvidas e minimizar os medos decorrentes dessa fase.

No momento do parto, o enfermeiro tem papel fundamental na assistência a gestante, o que exige humanização profissional, que deve levar em consideração a cultura, as crenças, aspectos psicológicos e fisiológicos da paciente, proporcionando bem-estar e transmitindo confiança. Com relação ao puerpério, a assistência de enfermagem se inicia antes mesmo que a paciente receba alta hospitalar e continua até o 42º dia pós-parto.

A assistência de enfermagem às parturientes pode ajudar a reduzir as taxas de morbidade e mortalidade de parturientes e recém-nascidos, que em muitos casos resultam da falta de assistência médica, negligência materna por falta de instruções ou inexperiência. Outra questão é o crescente número de partos cirúrgicos, muitas vezes sem indicação real, e altos índices de desmame precoce. Os índices sobre duração do aleitamento materno mostram que esse período tem diminuído assustadoramente, mesmo frente aos esforços governamentais e das equipes de saúde em campanhas que incentivam o aleitamento materno.

Considerando essas informações, acredita-se que a relevância deste estudo se justifica na necessidade em esclarecer com relação a importância da atuação do enfermeiro frente ao acompanhamento da parturiente no parto e no puerpério, enfatizando o papel desse profissional na perspectiva de combate a morbimortalidade materna e neonatal e ao desmame precoce, de incentivo ao parto normal, entre outras contribuições.

Levando em consideração as informações apresentadas anteriormente, o problema que norteou a pesquisa consiste em responder ao seguinte questionamento: qual a importância da atuação do enfermeiro no acompanhamento a parturiente no momento do parto e no período de puerpério?

O estudo tem por objetivo geral discutir a importância da atuação do enfermeiro na assistência a parturiente tanto no momento do parto, quanto no período de puerpério. E como objetivos específicos: esclarecer com relação ao parto e puerpério, conceituando e apresentando as características que definem cada um; levantar informações, bem como estatísticas, referentes a taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal, desmame precoce e outras situações decorrentes da falta de assistência à gestante e parturiente; identificar as competências do enfermeiro durante o parto e puerpério, ressaltando a importância da assistência de enfermagem a parturiente.

O estudo consiste em uma revisão de literatura, na qual foi discutida a importância da atuação do enfermeiro na assistência a parturiente tanto no momento do parto, quanto no período de puerpério. A pesquisa é do tipo bibliográfica com abordagem qualitativa, na qual foi realizada coleta de dados sistematizada para a seleção dos estudos que melhor se adequam à temática abordada, para tanto foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão baseados nos objetivos propostos para obtenção de resultados, de modo que foram utilizados somente os estudos que corresponderam aos critérios estabelecidos.

Foram incluídos na pesquisa os trabalhos que atendiam ao tema proposto, que estão escritos em língua portuguesa e textos completos com referência científica, ao passo que foram excluídos os estudos contrários a esses critérios. A busca foi realizada em biblioteca e por meio de bases de dados virtuais utilizando como descritores: parto; puerpério; assistência de enfermagem no parto; assistência de enfermagem no puerpério; assistência de enfermagem a parturiente; estatísticas de morbidade materna e neonatal; estatísticas de mortalidade materna e neonatal; estatísticas relacionadas ao desmame precoce.

2. PARTO E PUERPÉRIO: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS FASES FINAIS DA GESTAÇÃO

A gestação consiste em uma importante fase na vida da mulher que tem a oportunidade de vivenciá-la, assim como para seu parceiro e familiares. O atraso no período menstrual pode ser considerado o mais notável sintoma de gravidez, no entanto os primeiros indícios de uma gestação podem surgir antes mesmo da menstruação atrasar.

Nesse contexto é que se observa a importância do acompanhamento médico durante a gestação, denominado de pré-natal, nesse período a assistência a gestante deve acontecer de preferência desde a descoberta da gravidez, onde começam a acontecer as primeiras mudanças, tanto físicas quanto emocionais, mas que são vivenciadas de maneira diferente por cada mulher.

Ao final da assistência pré-natal, o enfermeiro prepara a gestante para o parto, esse momento pressupõe assistência humanizada que leve em consideração a cultura, as crenças, aspectos psicológicos e fisiológicos da paciente, proporcionando bem-estar e transmitindo confiança (GOUVEIA, 2016).

Para a gestante o parto é um momento singular, marcado por fortes emoções. No entanto, por diversas vezes passa a ser angustiante, em meio à ansiedade e insegurança. Isso porque ao contrário da gravidez, onde há um razoável tempo para adaptação, o parto é marcado por mudanças abruptas e de bastante intensidade, demandando da parturiente grande esforço físico e emocional (PIMENTA, 2013).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com vistas a incentivar o parto normal, elencou algumas vantagens advindas do parto normal, as quais podem trazer benefícios tanto para a mão, quanto para o bebê.

Além destes, o contato do bebê com a flora bacteriana presente no canal vaginal da mãe ajuda-o a desenvolver sua própria flora intestinal, contribuindo ainda para prevenir "[...] em 20% o aparecimento de diabetes tipo I (melhoria do sistema metabólico); em 16% o aparecimento de asma; e o aparecimento de alergias e doenças autoimunes (melhoria do sistema imunológico)" (UNICEF, 2017, p. 10).

No que diz respeito a cesariana, em termos gerais esta consiste em "[...] uma intervenção cirúrgica realizada para retirar o feto quando há algum fator que coloca em risco a saúde da mulher, do bebê ou de ambos" (UNICEF, 2017, p. 11).

A vantagem de optar pela cesariana consiste exclusivamente na possibilidade de salvar a vida da mãe e do bebê, no entanto as consequências desse procedimento são muitas e podem ocasionar sequelas permanentes a parturiente.

Acredita-se que devido aos avanços da tecnologia e do conhecimento humano muita coisa mudou, inclusive tais avanços permitiram, por meio da cesariana, a realização de partos antes impossíveis, nos quais era preciso optar pela vida da mãe ou da criança e

que, em alguns casos, resultava na perda das duas (JESUS et al., 2017).

Vale enfatizar que independentemente se o parto acontece de modo natural ou por meio de procedimento cirúrgico, as expectativas da parturiente devem ser respeitadas e suas condições de saúde, bem como do bebê devem ser sempre levados em consideração. Nesse sentido, respeitar os direitos da mulher e possibilitar a ela pré-natal de qualidade são fatores que contribuem significativamente para que aconteça a humanização da atenção no parto (JESUS et al., 2017).

No entanto, percebe-se que atualmente os esforços estão mais dirigidos a incentivar o parto normal, ou vaginal, devido a uma possível banalização do parto cesáreo, que está cada vez mais presente nas maternidades particulares e podendo acontecer inclusive sem uma indicação real, ou seja, sem que a parturiente realmente necessite de uma intervenção cirúrgica naquele momento (BRASIL, 2017).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o número de cesarianas realizadas no Brasil só cresceu até o ano de 2015. Em 2016 foi constatada uma estabilização nos números, ao passo que no ano passado houve uma pequena queda no número de cesáreas.

A pesquisa apontou como uma das principais razões para que o número de cesarianas tenha diminuído é a presença de enfermeiras obstétricas no momento do parto, o que confirma a importância da atuação desse profissional. Outra importante constatação que pode ser observada diz respeito a contribuição da Agência Nacional de Saúde (ANS) que tem desenvolvido ações junto as operadoras de planos de saúde de modo a incentivar o parto adequado, conscientizando sobre a real necessidade de uma cesariana. Nesse sentido, a estabilização no número de cesarianas significa um grande avanço e ao qual se atribui como consequência das muitas medidas desenvolvidas a fim de incentivar o parto normal, dentre as quais pode-se citar ainda a Rede Cegonha, a partir da qual foram criados quinze centros de parto normal (BRASIL, 2017).

Devido a essa e outras razões é que a Organização Mundial de Saúde (OMS) sempre se preocupou em desenvolver pesquisas relacionadas ao parto normal, preconizando como principal objetivo da assistência nesse momento o de promover o mínimo de intervenções, para que o parto aconteça de modo seguro, tendo em vista a preocupação total com a saúde da mãe e da criança, sendo indispensável que haja um motivo válido para que aconteça qualquer tipo de interferência sobre o processo fisiológico (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010). As inciativas citadas anteriormente comprovam essa afirmação: a Rede Cegonha e a iniciativa Parto Adequado.

Durante o puerpério ocorre a regressão das transformações físicas e fisiológicas pelas quais a mulher passou no período da gestação e no parto, o que pode começar a partir de duas horas após a saída da placenta, no entanto o seu término é imprevisível. Sendo assim, a primeira visita a ser realizada pela equipe de saúde deve acontecer logo na primeira semana após a alta hospitalar, salvo as situações de gestação de risco, nas quais a visita deve acontecer em até três dias após a alta (BRASIL, 2005).

Vale enfatizar que o puerpério caracteriza-se como um divisor de águas na vida da mulher, pois é nesse período que ela sofre as principais transformações seguintes a gravidez, o que implica não apenas a restauração de seu corpo, no que diz respeito aos aspectos endócrino e genital, como também a mudanças relacionadas a sua rotina que influenciam diretamente nas questões físicas e psicológicas (UNICEF, 2017).

No puerpério a mulher passa por algumas alterações anatômicas e fisiológicas que possibilitam a recuperação de seu organismo. O padrão respiratório se restabelece devido

a possibilidade de o diafragma trabalhar melhor por não ter mais o espaço limitado pelo volume abdominal. As vísceras abdominais retornam ao seu estado original e o estomago é descomprimido. É comum que a taxa de leucócitos aumente nesse período, nesse sentido, o aumento nas plaquetas e nos níveis de fibrinogênio devem ser levados em consideração devido a possibilidade de tromboembolismo decorrentes de longos períodos de imobilização (BRASIL, 2001).

Como pode ser observado, a atenção a parturiente exige uma série de cuidados, tendo em vista o momento delicado em que esta se encontra, sempre levando em consideração não apenas a mulher, mas sua família como um todo. Vale enfatizar que cada paciente é única e cada parto tem suas particularidades, em razão disso no próximo tópico serão discutidos alguns problemas que decorrem da falta de atenção a parturiente, ou situações que podem acontecer devido a uma assistência que não foi prestada corretamente.

3. PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS DA FALTA DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PARTURIENTE

As observações clínicas e as estatísticas comprovam que cerca de 90% das gestações não apresentam complicações durante toda sua evolução, sendo consideradas como gestações de risco habitual. Outras, contudo, já se iniciam com problemas ou esses surgem durante o seu transcurso, e apresentam maior probabilidade de terem desfechos desfavoráveis para o feto e/ou para a mãe (SILVA; GAMA, 2018).

Os riscos e intercorrências que, porventura, surjam durante a assistência à gestante, representam razão para encaminhamento imediato ao serviço de urgência e emergência obstétrica. As crises hipertensivas, hemorragias, eclâmpsias, abortos, entre outras, são situações cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).

Os fatores de risco que podem culminar em uma urgência ou emergência materna estão relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis como idade, situação conjugal, peso e estatura. Outro tipo de risco são os relacionados à história reprodutiva anterior como, por exemplo, recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado. Há também fatores relacionados à gravidez atual como ganho ponderal inadequado, infecção urinária e anemia e ainda os fatores relacionados às condições prévias como doenças cardíacas e pneumopatias (BRASIL, 2000).

Dentre as complicações gestacionais que levam a gestante a procurar o pronto atendimento, tem-se as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG) e as Síndromes Hemorrágicas. Dentre as SHEG podemos citar a hipertensão e/ou proteinúria gestacional, hipertensão crônica e doença renal crônica, hipertensão e/ou proteinúria não classificadas, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP. Já dentro das Síndromes Hemorrágicas, que acometem cerca de 10% a 15% das gestantes, podemos elencar o abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna ou mola hidatiforme, descolamento cório-amniótico, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta e rotura uterina (SENRA et al., 2010).

É definida como hemorragia pós-parto (HPP) quando há a perda sanguínea de 500 ml posterior a expulsão do concepto durante as primeiras 24 horas, visto que há maior preocupação quando o volume está acima de 1000 ml, pois apresenta números de alterações fisiopatológicas resultando em instabilidade hemodinâmica. Os motivos das hemorragias pós-parto são variantes, podendo ser: lacerações do canal de parto, inversão

uterina, retenção placentária, distúrbios de coagulação e a atonia uterina, esta última correspondendo pelo maior número de ocorrências (ANDERSON; ETCHES, 2007).

Para Breathnach e Geary (2009), a Atonia uterina é descrita pela contratilidade ineficaz da musculatura uterina no período de pós-parto. Nos âmbitos clínicos, é caracterizada pela falta do globo de segurança de Pinnard, seguido de sangramento genital, hipotensão arterial materna, acompanhado de choque hipovolêmico em grau variado. Esse diagnóstico desencadeia ao obstetra realizar séries de intervenções, com o objetivo de atingir tônus uterino com contração de forma adequada e persistente no período de pós-parto imediato.

Caracterizada por ser afecção relativamente comum, a Atonia uterina pode ocorrer em até 18% das gestações que não tem intervenção médica e em 5 a 8% daquelas onde é feita profilaxia. Os casos de HPP teve aumento de 27,5% nos períodos de 1994 até 2004, particularmente devido às ocorrências de atonia uterina, sendo que a participação de outras causas se manteve relativamente estável (BATEMAN; BERMAN, 2010).

Em casos de inversão uterina, por exemplo, se houver demora no diagnóstico e consequentemente início do tratamento, ocorrerá prejuízos à paciente, trazendo grandes ricos de choque. Dessa forma, é imprescindível a presença do anestesista e da equipe de enfermagem, sendo necessário também a reposição rápida de líquidos e hemoderivados (BONNAR, 2000).

Outro aspecto relevante diz respeito ao desmame precoce, que consiste em uma situação cada vez mais comum e que deveria despertar a preocupação de toda população, principalmente dos profissionais de saúde, pois envolve a saúde da criança. Nesse sentido, acredita-se que após período da gravidez, acontece o momento mais importante e talvez o mais desafiador da vida de uma mãe, a amamentação.

No que diz respeito à saúde da criança, a amamentação é extremamente fundamental, pois há muitos benefícios nutricionais, emocionais, imunológicos, econômico-sociais para o desenvolvimento. Contudo, para as brasileiras a dificuldade de nutrir corretamente a criança ainda é muito presente e favorece o desmame precoce, mas os órgãos governamentais junto com as equipes multidisciplinares do sistema de saúde estão unindo força para alterar essa realidade. No Brasil, já é possível observar que as mulheres estão amamentando com maior frequência, no entanto, não há uso exclusivo do leite materno pelos bebês principalmente no primeiro mês de vida, que é o mínimo recomendado. Apesar da melhoria entre as brasileiras, o fato é que ainda se está longe de desempenhar as recomendações adequadas sobre amamentação até o sexto mês de vida declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O desmame precoce é caracterizado pela interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de vida do bebê, independente do motivo que levou a interrupção e de ser ela uma decisão materna ou não. Podem ser citados como alguns dos motivos mais frequentes que levam ao desmame precoce: fatores sociais, biológicos, culturais e econômicos. No entanto, pode-se dizer que o ato de amamentar está fundamentado na subjetividade e na vivência das mulheres, sendo condicionado pelo seu meio social (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

Além destes, existem outros fatores que podem levar ao desmame precoce, relacionados a "[...] falta de apoio dos serviços de saúde, problemas de saúde do bebê, condições biológicas e psicológicas da mulher e o retorno ao trabalho são fatores que podem dificultar a prática de amamentação e levar à sua interrupção." (JESUS; OLIVEIRA; MORAES, 2017, p. 312).

Existem inúmeros fatores que interferem no aleitamento. Alguns deles consistem na insuficiência do leite materno, na inserção no mercado de trabalho, recusa de seio, dando entrada para alimentação optativa. É muito importante mencionar que a o leite tem composição ideal para alimentar e nutrir exclusivamente a criança até os 6 meses de vida, ou seja, não precisando de outros alimentos (ALMEIDA, 1999).

Estudos relacionados à amamentação afirmam que a inserção de alimentos alternativos é causada pelo choro contínuo da criança com fome, logo, a mãe prefere dar algo mais "sustentável" para que a criança fique saciada por mais tempo. O choro também é associado culturalmente por conta de a amamentação ser insuficiente, logo, a mulher prefere ter uma segunda opção. Mas, é importante mencionar nesse estudo que pode haver no momento de amamentação a insuficiência de leite, mas ocorre nas condições em que a criança passa a utilizar mamadeiras e chupetas, que dificultam a sucção do seio. Além disso, outra problemática está relacionada com a própria equipe de saúde que não consegue identificar o posicionamento correto da pega e às vezes não consegue passar para a mãe (SANTOS; SOLER, 2005).

Desse modo, acredita-se que a dificuldade da excreção do leite e o choro descontente da criança que torna-se continuo dificulta introduzir todas as qualidades reais do leite materno, o que pode acabar por ocasionar que a mãe deixe de amamentar com argumento de que não possui leite suficiente para a criança.

Há também outro fato que interfere na prática da amamentação que diz respeito ao trabalho fora de casa (SANTOS et al., 2005). Muitas vezes a necessidade financeira faz com que as mulheres não tenham uma rotina para amamentar devido a sua carga de trabalho. Algumas patologias durante a amamentação também são empecilhos, ela podem ser dor, ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastites, sendo evitáveis quando se adotam medidas profiláticas no curso do ciclo gravídico-puerperal, fato que confere ao pré-natal a oportunidade para orientar e incentivar as mães a amamentarem seus filhos.

Em geral o aleitamento materno não deve necessariamente produzir dor, no entanto essa é a principal causa apontada pela maioria das mulheres para interferir a amamentação, pois interfere no reflexo da ejeção do leite. Isso acontece devido aos casos em que a criança não consegue mamar, ocasionando sentimento de angústia na mãe e consequentemente inibindo a ejeção láctea, podendo conduzir ao fracasso da amamentação. Quando são apresentadas dificuldades do tipo ingurgitamento mamário, fissuras, problemas com o mamilo e mastite nos primeiros dias, há um risco maior para o desmame precoce (SANTOS et al, 2005).

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PARTURIENTE: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DURANTE O PARTO E PUERPÉRIO

De acordo com Lima (2005), mesmo em meio a atuação de vários agentes no ramo da saúde, a enfermagem se destaca sendo uma categoria profissional que atua em diversas atividades, entre elas: o cuidado, acompanhamento, atividades educativas e a gestão de serviços de saúde. A evolução dessa categoria tem várias marcas históricas, a influência da religião, distinção do gênero feminino e suas relações com a medicina.

Para Ventura (2011) o grupo da enfermagem é composto de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares, eles têm como objetivo o cuidado às pessoas individualmente, desde a família até a comunidade. O profissional de enfermagem é o integrante da equipe que possui ensino superior, deve sempre está preparado para dá assistência e administrar

as unidades e equipes de enfermagem.

A enfermagem, no contexto trabalhado por Felli e Peduzzi (2005), é fundamentada em três pilares, sendo eles: a atenção ao paciente, família ou a comunidade, administração das unidades e serviços prestados a saúde e a educação, além do treinamento da equipe. O conhecimento prático das técnicas e do saber administrativo.

O Código de Ética da Enfermagem, atualizado pela Resolução COFEN n. 0564 (2017), dispõe sobre o papel do profissional de enfermagem, fazer parte da integração da sociedade, das atividades que objetivem proporcionar às necessidades de saúde da população, respeitando a vida, estimulando a dignidade e os direitos da população, sem exceção e com justiça. Além de assegurar assistência à saúde e promoção dela para a sociedade como um todo, exercendo a profissão com autonomia e respeito aos princípios da Enfermagem.

É necessário que os enfermeiros possam fundamentar as suas práticas executadas em princípios éticos, pois estes irão norteá-los nas suas tarefas, possibilitando o alicerce para as suas atividades profissionais. Uma vez que não conheçam essas normas, acontecerá atitudes errôneas e contrárias àquelas estabelecidas, impedindo que esses profissionais possam explorar os seus potenciais e exercer suas funções de forma plena (ARAÚJO, D; ARAÚJO, E; BARROS, 2011).

O corpo humano necessita de um olhar com dimensão total, desse modo se observa a presença do profissional de enfermagem nesse contexto de saúde. A enfermagem é um ramo da saúde que mostra-se compromissada com a coletividade da saúde humana, integrando com competência, humildade e responsabilidade (ARAÚJO, D; ARAÚJO, E; BARROS, 2011).

Quintanilha (2014) afirma que, o enfermeiro integra a equipe como coordenador e deve estar preparado para o enfrentamento e a resolução de problemas que correspondam, tanto em nível individual como coletivo, de maneira planejada, nos princípios da ética bioética, e propiciar condições para que vivam plenamente, mesmo que haja limitações físicas, biológicas, sociais e ambientais na promoção da saúde. A enfermagem atua também de forma educativa tendo como um de seus principais eixos norteadores que se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de enfermagem em geral especialmente no campo da saúde pública.

No sistema de saúde, o enfermeiro é um dos integrantes que compõem a equipe multidisciplinar, visto que contribui para o planejamento e execução dos programas que serão desenvolvidos. Por possuir experiência com a existência de problemas, é um componente credenciado capaz de reconhecer as necessidades do paciente, além de ser a pessoa que possui maior sensibilidade na promoção de saúde do indivíduo e da coletividade.

O Brasil tem desempenhado importantes esforços para avançar nas melhorias de condições às gestantes. Durante as últimas décadas, propôs várias normas, diretrizes e protocolos com o objetivo de assegurar o aperfeiçoamento no atual modelo de assistência obstetrícia, a estimulação de boas práticas e diminuir as menos intervencionistas.

O objetivo da assistência à gestante nas urgências e emergências é acolher e apoiar, com uma assistência efetiva e segura nas mais diferentes situações. Em muitos casos, esse atendimento imediato transforma-se em uma internação para observação, controle e redução dos agravos em saúde materno-fetal, o que pode gerar estresse e ansiedade tanto na gestante como em seus familiares. A Enfermagem tem papel importante de amenizar essas situações, realizando um cuidado diferenciado com orientações e esclarecimento de dúvidas (MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009).

A necessidade de atendimento de urgência em qualquer momento do período gestacional exige rapidez, além de pensamento clínico e crítico rápidos que correspondam à necessidade real da paciente. Isso porque o pronto atendimento, a adequada avaliação do quadro e as alternativas de suporte disponíveis no serviço de emergência são essenciais para o desfecho adequado da intercorrência (BRASIL, 2016).

A enfermagem tem um papel fundamental no atendimento à gestante, estabelecendo o primeiro contato e acompanhando-a em toda a sua estadia no serviço de saúde, espera-se, por isso, que essa categoria esteja preparada para o acolhimento e assistência humanizada. Isto significa dizer que o profissional precisa dispor não só do conhecimento técnico da patologia, mas desenvolver habilidades para observar a gestante como um todo, buscando minimizar os transtornos existentes (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

As urgências e emergências obstétricas são a primeira causa de mortalidade materna no Brasil, sendo também a maior responsável pelo elevado número de óbitos perinatais, além do aumento significativo de neonatos com sequelas. Apesar da relevância para a saúde pública, pouco se tem avançado no sentido de garantir plena atenção e resolução do problema (BRASIL, 2017).

A Lei n. 7.498 (1986) discorre sobre os exercícios da enfermagem, juntamente com as devidas atribuições do enfermeiro obstetra. Esta lei é regulamentada pelo Decreto n. 94.406 (1987) que incube ao enfermeiro obstetra, especializado em enfermagem obstetrícia, a assistência à mulher. Cabendo a ele as tarefas que constam nesse decreto, como: assistência da enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. Além de auxiliar no desenvolvimento do trabalho de parto e no desempenho de situações assistenciais obstétricas de emergências. Cabe a ele também verificar as distócias obstétricas e as devidas tomadas de decisões e providências necessárias, até que o médico chegue. Conforme a sua capacitação técnico-científica, deverá intervir de acordo com os procedimentos fundamentais, garantindo a segurança do binômio mãe/filho (SANTOS et al, 2002).

Para Merighi (2002) a OMS (1996) afirma que os enfermeiros obstetras são os profissionais que possuem menores características intervencionistas e por isso são mais indicados para acompanharem as gestantes e partos normais, por conta também dos seus cuidados.

A Portaria n. 569 lançada em 1º de Junho (2002) instituiu o Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento, esta portaria teve como objetivo possibilitar um atendimento de qualidade para as mulheres que estão em período reprodutivo. A participação do enfermeiro é a consolidação de destaque para a categoria da enfermagem, principalmente àqueles especializados em obstetrícia cuja função é disponibilizar assistência à gestante com qualidade e responsabilidade (MERIGHI; GUALDA 2002).

Com relação a assistência da mulher em trabalho de parto, de acordo com o Ministério da Saúde (2001) a enfermagem precisa diferenciar a perda de sangue normal de situações que já são caracterizadas como hemorragia, esta última coloca a vida da mulher em risco. Na assistência da enfermagem, em casos de paciente com atonia uterina, por exemplo, é necessário que sejam evitados acontecimentos indesejáveis. Durante a gravidez, é importante identificar os elementos de risco, como exemplo a hipertensão uterina, história de hemorragia puerperal prévia, trabalho de parto prolongado, entre outros.

Os trabalhos de parto precisam ser tratados com a devida ética profissional em todos os níveis de atenção à saúde. O padrão de identificação da equipe médica, de enfermeiros e todos os profissionais da área da saúde tem que estar nos conformes. Além de apresentar respeito a intimidade e privacidade da parturiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Percebe-se que, as evidências científicas que são utilizadas por meio das boas práticas obstétricas auxiliam na condução dos procedimentos, melhorando os fatores da saúde materna e atuam também para corrigir erros antes ocorridos. Todos esses acontecimentos influenciam diretamente nos resultados da assistência da enfermagem, ajudando para que ocorra diminuição de danos no trinômio (VELASQUE; CABRAL; PRADEBON, 2016).

No que concerne ao desmame precoce, por se tratar de um tema de muita relevância para a comunidade acadêmica e para a sociedade em geral, tendo em vista o crescente número de mães que deixam de amamentar seus bebês precocemente, indo contra o que é indicado pela Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Ministério da Saúde do Brasil.

Os índices sobre duração do aleitamento materno só têm diminuído, mesmo frente aos esforços governamentais e das equipes de saúde. Desse modo, é necessário entender o motivo de tantas mães estarem tão desatentas ao fator mais importante da vida de uma criança, a amamentação, e ainda investigar a atuação da equipe multiprofissional através de programas e incentivos que possam minimizar os dados atuais.

Neste contexto, a atuação do profissional de enfermagem no acompanhamento e aconselhamento junto a essas mães é fundamental e foi exatamente nesse cenário que surgiram os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" idealizados pela IHCA, sigla para Iniciativa Hospital Amigo da Criança, trata-se de uma iniciativa lançada em 1991 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a qual teve por objetivos a sensibilização, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde das maternidades e hospitais para a instituição de normas, rotinas e condutas favoráveis à prática da amamentação, que foram reunidas em "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" (JESUS; OLIVEIRA; MORAES, 2017).

Neste contexto, enfatiza-se que os enfermeiros devem incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, incluindo essas tarefas ao seu conjunto de ações profissionais desde o período pré-natal, durante o pré-parto e após o nascimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo, pode-se afirmar que o profissional de enfermagem possibilita uma assistência individualizada à parturiente, com fundamentos no conhecimento científico, dessa forma é possível que a gestante se sinta como parte do processo natural, acompanhando o procedimento do seu próprio corpo. Contudo, ainda há necessidade de fomentar nesse profissional a necessidade social, ética e política para a sua atuação com maior efetividade e com mais consciente, demonstrando assistência de qualidade à mulher no processo de parturição.

Entende-se que o enfermeiro deve se responsabilizar ativamente pela escuta ao usuário, compreendendo como deve posicionar suas ações nessa atividade para garantir a integralidade, universalidade e princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde. Desta maneira, as ações do profissional de enfermagem no atendimento a parturiente precisam ser eficientes e eficazes; contudo, também precisam valorizar a subjetividade do ser humano.

Outro ponto que merece destaque é a importância da enfermagem no acompanhamento da gestante desde o pré-natal como fator determinante na prevenção das urgências e emergências obstétricas. A educação em saúde, pode mudar a realidade de mor-

bimortalidade materna e perinatal no Brasil, diante do exposto, é preciso que haja uma promoção da educação continuada da equipe de enfermagem no sentido de aprimorar o conhecimento e, principalmente, humanizar o atendimento. Acima de tudo, deve-se entender que é um direito da mulher ter uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade. É dever da equipe de enfermagem garantir essa assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde.

Enfatiza-se a atuação do enfermeiro no pré-natal, parto e puerpério deve ser reconhecida como de extrema necessidade e configure-se como uma mudança paradigmática no cuidado às mulheres, recém-nascidos e famílias. Nesse sentido, recomenda-se novos estudos e reflexões a respeito da temática, exigindo novas discussões, reflexões e publicações que venham respaldar e dar maior visibilidade ao trabalho desenvolvido por estas profissionais.

Referências

ABREU, Flávia Corrêa Porto de; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; WERNET, Monika. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 3, p. 610-9, 2013.

ALMEIDA JAG. **Amamentação:** um híbrido natureza – cultura. 20° ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 1999.

ANDERSON, J. M, ETCHES, D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. **Am Fam Physician**. 2007. v. 15, n. 75, p. 875-82.

ARAÚJO, D. Y. M. L; ARAÚJO, E. J. F; BARROS, I. C. O Conhecimento dos Enfermeiros do Município de Teresina- PI sobre seu Código de Ética. **Vita et Sanitas,** Trindade-GO, n.05, jan./dez. 2011.

BATEMAN, B. T, BERMAN, M. F. The Epidemiology of Postpartum Hemorrhage in a Large, Nationwide Sample of Deliveries. **Anesth Analg.** 2010. v. 110, n. 5, p.1368-73.

BONNAR, J. Massive obstetric haemorrhage. **Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.** 2000. v. 14, n. 1, p. 1-18.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf > Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Número de cesarianas cai pela primeira vez desde 2010. 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-desde-2010>. Acesso em: 23 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2ª edição. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf> Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf> Acesso em: 15 out. 2018.

BREATHNACH, F. GEARY, M. Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management, and uterine tamponade. **Semin Perinatol**. v. 33, p. 82-7, 2009.

COFEN. RESOLUÇÃO Nº 564. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html> Acesso em: 10 out. 2018.

FELLI, V.E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: _____. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GOUVEIA, Luiza Polliana Godoy Paiva. **Orientações gerais sobre a gestação**. Belo Horizonte: Rede de Teleassistência de Minas Gerais; Hospital das Clínicas; Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

JESUS, Patricia Carvalho de; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; MORAES, José Rodrigo de. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 311-320, 2017.

LIMA, M. J. **O que é Enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

MACIAK, I; SANDRI, J. V. A; SPIER, F. D. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enfermagem,** v. 14, n. 1, p. 127-35, 2009. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9UudhzSIBHYJ:https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/14269/9592+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 15 out. 2018.

MERIGHI, M. A. B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. 2002. **Rev Lat-Am Enferm**, v. 10, n. 5, p. 644-53.

PIMENTA, Déborah Giovana et al. O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. **Enfermería Global: Revista Eletrónica Trimestral de Enfermería**, n. 30, abr. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_enfermeria2.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

PRADO, Carolina Viviani Clapis. Desmame precoce na perspectiva de puérperas: uma abordagem dialógica. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016.

QUINTANILHA, Fabiana da Silva. **Programa de educação permanente e desenvolvimento organizacional e profissional de enfermagem no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)**. 2014. 111 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações Aprendentes) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

REZENDE, J. F; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SANTOS, C. C. et al. **Dispositivos legais relacionados à saúde da mulher e do recém-nascido: manual.** São Paulo: ABENFO, 2002.

SANTOS, Vera Lúcia Fugita dos; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldes; et al. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusive. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**., Recife, 5 (3): 283-291, jul. / set., 2005.

SENRA, C. N. et al. **Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas**. Belo Horizonte (MG), 2010. Disponível em: <https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/706_protocolo.pdf> Acesso em: 15 out. 2018.

SILVA, E. C; GAMA, A. V. Pré natal e a prevenção da mortalidade materna: uma revisão de literatura. **Revista de Patologia do Tocantins**, Palmas (TO), v. 5, n. 1, p. 70-75, 2018. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WmgTkscFCw8J:https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/download/4657/13028/+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 16 out. 2018.

SILVA, L. M; BARBIERI, M; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 64, n. 1, p. 60-65, 201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a09.pdf> Acesso em: 15 out. 2018.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Quem espera espera**. 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf>. Acesso em: 8 set. 2018.

.

30

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE INFLUENCIAM AO DESMAME PRECOCE

THE ROLE OF THE NURSE IN BREASTFEEDING: FACTORS THAT INFLUENCE EARLY WEANING

Geovanna Pinto Frazão Nogueira

Fernando Lucas de Carvalho Miranda

Daiane Pinheiro Meireles

Evylla Soares Campos

Emanuelle Carlene Bezerra de Sousa

Gabriele Muniz Silva

Jeanderson Marinho Sousa

Josuelem Sousa Louzeiro

Gleison Ribeiro Reis

Resumo

A presente pesquisa apresenta uma revisão de literatura sobre o papel do enfermeiro no aleitamento materno e os fatores que influenciam ao desmame precoce, visa compreender os fatores que influenciam as mães a deixarem de amamentar seus filhos precocemente. O desmame precoce é compreendido quando é oferecido ao bebê antes dos seis meses de vida qualquer outro tipo de alimentação do qual só estava sendo ofertado exclusivamente leite materno para elaboração deste estudo, foi utilizada a Pesquisa Bibliográfica como metodologia, visando discutir sobre: histórico e conceito de aleitamento materno; os desafios que prejudicam a amamentação exclusiva; e, por fim, as condutas da enfermagem na prevenção do desmame precoce. Assim os resultados a pesquisa evidenciam que as orientações as gestantes e puérperas podem ser aliadas na tomada de decisão a amamentação exclusiva no período de até seis meses de vida, por viabilizar um vasto conhecimento nos benefícios para mãe e bebê, resultando em menores índices do desmame precoce.

Palavras-chave: Desmame precoce, Aleitamento materno, Aleitamento materno exclusivo.

Abstract

This research presents a literature review on the role of nurses in breastfeeding and the factors that influence early weaning, aiming to understand the factors that influence mothers to stop breastfeeding their children early. Early weaning is understood when the baby is offered any other type of food before six months of life, which was only being offered exclusively breast milk. breastfeeding; the challenges that hinder exclusive breastfeeding; and, finally, the nursing conducts in the prevention of early weaning. Thus, the results of the research show that the guidelines for pregnant and puerperal women can be allied in decision-making on exclusive breastfeeding in the period of up to six months of life, by enabling a vast knowledge of the benefits for mother and baby, resulting in lower weaning rates precocious.

Keywords: Early weaning, Breastfeeding, Exclusive breastfeeding.

1. INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é primordial a saúde da criança recomenda-se que o bebê seja alimentado exclusivamente de leite materno até os seis meses de vida, o leite é fonte de nutrientes e vitaminas essenciais para o desenvolvimento da criança suprindo todas as necessidades do bebê, sendo dispensável a complementação com outros tipos de alimento. Muitos são os benefícios cientificamente comprovados do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) para ambos mãe/bebê, na mãe proporciona a involução uterina mais acelerada, reduz o sangramento pós-parto, diminui casos de diabetes e câncer de mama, para a criança o leite materno diminui a morbimortalidade infantil, auxilia no desenvolvimento da dentição e fala, promove o fortalecimento da imunidade protegendo contra infecções e alergias, além de promover o vínculo entre mãe e bebê.

O profissional da enfermagem tem papel fundamental na prevenção do desmame precoce e na promoção do aleitamento materno exclusivo, elevando o nível de conhecimento das mães no período do puerpério, instruindo na amamentação correta e no manejo das dificuldades enfrentadas no aleitamento. Este estudo torna-se relevante para demonstrar os fatores relacionados a interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças antes dos seis meses de vida e evidenciar o papel do enfermeiro frente a promoção de saúde e no manejo correto para garantir a continuidade do aleitamento materno.

Existe vários fatores que interferem a AME provocando o desmame precoce compreendido quando é oferecido ao bebê antes dos seis meses de vida qualquer outro tipo de alimentação do qual só estava sendo ofertado exclusivamente leite materno. Assim a seguinte pesquisa visa responder ao seguinte questionamento: Quais os principais fatores determinantes para o desmame precoce?

Temos como objetivo geral: compreender os fatores que influenciam as mães a deixarem de amamentar seus filhos precocemente. Para alcançarmos esse objetivo geral temos os objetivos específicos: apresentar os conceitos de aleitamento materno; descrever os desafios que prejudicam o AME; apontar a conduta da enfermagem na prevenção do desmame precoce.

Tratou-se de uma revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa, de caráter descritivo, com artigos selecionados nas plataformas virtuais, e banco de dados, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS) e google acadêmico. Fora realizado uma revisão de estudos com trabalhos publicados nos últimos dez anos e os descritores utilizados para a busca foram: desmame precoce, aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo.

2. CONCEITO DE ALEITAMENTO MATERNO

Segundo a Unicef (2007) o aleitamento materno é um alimento ideal e completo para o desenvolvimento e crescimento da criança, pois contém substâncias nutritivas que protegem o mesmo contra doenças como infecções e alergias, além de ser bom para a dentição e fala. O aleitamento materno proporciona benefícios para a mãe segundo Marina Guedes de Freitas (2018, p.2) "Promove-se para as mães, a contração uterina, reduz-se o risco de doenças como câncer, artrite reumatoide, osteoporose e até mesmo a diminuição do mau humor e do estresse".

O aleitamento materno é considerado uma prática fundamental para o bebê e primordial para o vínculo mãe e filho, enfatizam Melo et al. (2002). Existe cinco tipos, sendo eles:

a) aleitamento materno exclusivo quando é ofertado somente leite materno direto da mama ou ordenhado com exceção de medicações, quando se faz necessário;
b) aleitamento materno predominante, quando há oferta de outros líquidos a base de água;
c) aleitamento materno, onde é oferecido leite diretamente das mamas ou ordenhado independente de oferta de outros alimentos;
d) aleitamento materno complementado, recebendo alimento pastosos ou sólidos como complemento da alimentação;
e) aleitamento materno misto ou parcial, quando há ingestão de outros leites além do materno, conforme (BRASIL 2009, p.12).

Percebe-se ainda que uma criança que não é amamentada poderá gerar custos excessivos para a família com o uso de fórmulas infantis, mamadeiras, bicos, gás, materiais de limpeza, além de apresentar frequentes problemas de saúde, provocando gastos com medicamentos e internações hospitalares, relata (NUNES, 2015).

"Apesar da ampla divulgação nas maternidades, postos de puericultura, e campanhas de saúde pública, a prática do aleitamento materno ainda não atingiu a frequência e duração desejáveis [...]" assim foi mencionado que mesmo com a quantidade de divulgações ainda não foi possível atingir as metas almejáveis (DEL CIAMPO et al., 2008, p.22)

2.1 Evolução do aleitamento materno no Brasil

Em meados do século XVII com a colonização foi instituído pelos portugueses a prática da amamentação mercenária onde as crianças eram amamentadas através das amas-de-leite que se constituíam de escravas negras, visto que as mulheres priorizavam as relações conjugais e tratavam com indiferença as crianças. O aumento da mortalidade infantil e dos níveis de desnutrição influenciaram na recomendação do leite não- humano para crianças menores de um ano iniciando-se campanhas para o fim da amamentação mercenária afirma (DOS SANTOS MONTEIRO, 2011)

Amorim (2008), ressalta a respeito das transformações sociais, políticas e socioeconômicas em 1960 desencadearam a normatização dos cuidados das mães, sendo a principal responsável da criança. Iniciou-se o processo de puericultura onde as mulheres e crianças passaram a ser foco seguindo normas rígidas do estado. A dificuldade das mulheres em amamentar relacionada a falta de instrução e a justificativa do leite fraco contribuiu para implementação de alimentos sólidos e semissólidos o que despertou a indústria de leite a instigar o uso do leite de vaca industrializado e fórmulas infantis como substituto a amamentação.

Na década de 1970 houve o que foi chamado de "epidemia do desmame" após o processo de urbanização das cidades, industrialização do leite que passou a ser vendido e consumido em maior quantidade, o início da mulher no mercado de trabalho fato em que as mulheres tinham que deixar os filhos para trabalhar fora de casa, além das influências hospitalares contrarias a amamentação provocando o desmame precoce e aumento da mortalidade infantil conforme (BORTOLINI et al., 2017).

A partir de então muitas ações foram implantadas em estímulo do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, segundo Araújo et al (2003) em 1981 foi criado no brasil o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) através da promoção, proteção e apoio realizado em campanhas e mobilizações sociais, entre os quais a implementação do programa Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, e bancos de leite humano.

Considerando os principais programas públicos para o desenvolvimento do AME conforme Ministério da Saúde (2015) o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno de 1981 foi idealizado para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno constituindo seu principal objetivo diminuir as taxas de mortalidade infantil e o desenvolvimento da qualidade de vida das crianças, obteve como ações a implementação do Hospital Amigo da Criança e a implantação do alojamento conjunto nas maternidades. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Brasileira de 1988 que obteve atuações em planos de estratégia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), acompanhamento e monitoramento das estratégias de saúde e estabeleceu o direito da licença maternidade e paternidade.

Embora os indicadores do aleitamento materno apresentem um maior percentual é importante ressaltar que:

> É natural que quanto maiores os ganhos nas prevalências de aleitamento materno, maiores são as dificuldades para continuar a aumentá-las. No entanto, os níveis dos indicadores de aleitamento materno, apesar do significativo aumento ao longo do tempo, ainda estão muito aquém das recomendações quanto à duração do aleitamento materno e do AME. Segundo critérios da OMS, o Brasil encontra-se em situação apenas razoável quanto às prevalências de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, e ruim quanto à duração do aleitamento materno (BORTOLINI et al., 2017, p6)

Conforme Rea (2003) é indispensável nesses últimos anos a capacitação e atualização em aleitamento materno a equipe multiprofissional em eventos, treinamentos, seminários e cursos. O planejamento através dos programas públicos de incentivo ao AME; a ampliação da atenção humanizada ao recém-nascido, ao método canguru, banco de leite humano e o monitoramento dos órgãos públicos levando em conta os erros e acertos realizados anteriormente para o desenvolvimento de melhorias na promoção de saúde da criança e diminuição das taxas de morbimortalidade.

3. DESAFIOS QUE PREJUDICAM A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA (AME)

O autor Freitas (2018, p.2) relata que o aleitamento materno é considerado exclusivo quando é oferecido apenas leite humano a criança diretamente da mama ou por meio de ordenhas. O leite materno quando ofertado exclusivo até os seis meses de vida dispensa o uso de complementos como água e chás, pois é considerado completo e repleto de nutrientes suprindo-se todas as necessidades para o crescimento e desenvolvimento sadio do bebê.

Araújo, et al (2008) enfatiza que há raras situações em que a amamentação é contraindicada por doenças maternas, o texto abaixo explica bem o que o autor quer mostrar:

> Contudo, são raras as enfermidades maternas com contra-indicação absoluta à amamentação natural: tuberculose ativa, hanseníase, portadores de vírus HIV, herpes, vírus simples nas mamas, moléstias debilitantes graves, desnu-

> trição materna, necessidade de ingestão de medicamentos nocivos à criança por tempo prolongado e níveis elevados e contaminantes maternos (mercúrio ou fungicida) (ARAÚJO *et al.*, 2008, p. 491).

De acordo com Vieira et al. (2010, p.2) ainda que a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida seja de ampla divulgação e imprescindível para o bem-estar de ambos mãe e filho, vários fatores são relacionados para redução dessa prática.

Complementando esse pensamento Lima (2018, p.6) afirma que por falta de conhecimento e influência familiar, muitas mães não se sentem seguras de amamentar, se preocupam com a estética das mamas ou creem que o leite é fraco e não sustenta o bebê.

De acordo com Barbosa (2009, p.273) refere que oferecer complementos ao leite antes dos seis meses de idade é um dos principais fatores do desmame precoce, e líquidos como água e chá e infusões reduzem o número de mamadas e diminuem gradativamente a produção de leite das mamas. O uso de chupeta, chupeta e mamadeira também é um gatilho para confusão de bico, pois os movimentos da língua e da boca são diferentes na sucção do seio.

"Em relação ao grau de escolaridade, mães com menor escolaridade tendem a desmamar seus filhos precocemente." Andrade, Pessoa e Donizete (2018, p.6) quanto mais baixo o nível de escolaridade menos informações dos riscos do desmame precoce e vantagens da AME essas mães terão acesso. O nível socioeconômico também foi associado ao desmame precoce, mães com renda de um salário-mínimo tendendo a parar de amamentar mais cedo, enquanto mães com maior renda tendem a amamentar por mais tempo, quanto menor a renda menor é o acesso à educação e ao valor aquisitivo, ocasionando uma desnutrição a essas nutrizes, relata (GOMES, 2020).

A interrupção da AME também está relacionado com a volta das mães ao trabalho, com modificações do contexto familiar as mães atualmente exercem diversas funções, ausentando-se do meio familiar. Para Amaral (2016, p.7) "Devido às condições financeiras, normalmente a mãe tem que voltar a trabalhar e não tem conhecimento suficiente para continuar ofertando o leite materno a criança." Assim ele relata que o tempo entre parto e a volta ao trabalho é reduzido, ocasionando a introdução de outros alimentos e leites industrializados em substituição a amamentação.

Brasil (2009) relata sobre a dor nos mamilos ou mamilos machucados:

> A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar que a falta de experiência em amamentação ainda é comum e, mesmo quando os bebês são amamentados, deve-se atentar para o desenvolvimento de mastite quando ocorre inflamação em uma ou mais áreas da mama, em casos mais críticos podendo evoluir para uma infecção bacteriana. Pode ocorrer ingurgitamento mamário, manifestado como seios vermelhos, inchados e brilhantes, mamilos achatados e tensos, dificultando a pega adequada do bebê, outros fatores incluem mamadas infrequentes, amamentação adequada e atrasos no início da amamentação, afirma (BRASIL, 2009).

Os mitos e tabus também influem ao desmame precoce, o choro e angústia do bebê são interpretados como fome, geram ansiedade nas mães e familiares que várias vezes induzem a mãe a interrupção do aleitamento materno, pois consideram que o leite está fraco ou a produção láctea é baixa e o leite materno não atende às necessidades do bebê, iniciando precocemente a alimentação complementar, o que resulta na diminuição do número de mamadas e da produção de leite, menciona (BRASIL, 2015).

Brasil (2015) refere que muitas vezes, uma mulher se sente forçada a desmamar, contra sua vontade, e que nem ela nem a criança estão prontas para isso. Existem muitos mitos sobre a amamentação prolongada, como a crença de que amamentar após um ano de idade é psicologicamente prejudicial ao bebê. Que a amamentação prolongada é sinal de problema ou necessidade da mãe e não da criança; E as crianças que são amamentadas tornam-se muito dependentes. Algumas mães realmente desmamam seus bebês para promover a independência. No entanto, é importante lembrar que é improvável que a retirada mude a personalidade de uma criança.

No entanto a maioria das mulheres é capaz de produzir leite suficiente para suprir a necessidade da criança, mas devido a insegurança por se achar inapta a sessar a fome do filho apenas com o leite materno, ocorre a introdução de outros tipos de leite ou alimentos sólidos ou semissólidos, resultando na intercalação de mamadas e alimentos ocorrendo a diminuição da produção de leite nas mamas, aponta (BRASIL, 2009).

Surge a importância do apoio da enfermagem diante das dificuldades maternas, Gomes (2020) menciona que a atuação dos enfermeiros é relevante neste cenário, uma vez que a mulher necessita adaptar-se às particularidades do período pós-parto, sendo essencial a prestação de assistência efetiva e a orientação ainda nas consultas de pré-natal, posto que é importante escutá-la, compreendê-la e debater suas dúvidas, para que sejam apoiadas e acolhidas.

4. CONDUTA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

"O profissional de saúde desde a primeira consulta de pré-natal, no nascimento, no pós-parto, puericultura, assim como nas imunizações, deve incentivar, promover e apoiar o AM." Andrade, Pessoa e Donizete (2018, p.8) é indispensável o acompanhamento do profissional de enfermagem na prevenção da descontinuidade da amamentação materna.

Durante as primeiras consultas, em que o enfermeiro está em contato com a mãe, é necessário que o profissional tenha uma atitude ativa em relação à importância do aleitamento materno. É necessário a comunicação entre profissional e paciente para que possam trocar experiências, saberes e informações voltadas às práticas de autocuidado da mãe. Nessa ótica, a consulta com a equipe de enfermagem deve ser uma discussão, para que tanto o especialista quanto o paciente possam estabelecer metas e objetivos que sejam essenciais para a criança, descreve (SANTOS, 2021).

> A comunicação é indispensável para se identificar as dificuldades, construir vínculo com as nutrizes e estabelecer um plano de cuidado. Compreender e considerar as crenças, conhecimentos e vivências dos pais, incentivando as condutas positivas, permitem que as mães se sintam capazes de amamentar seus filhos promovendo a autonomia e evitando o desmame precoce (FREITAS, 2018, p.2).

A troca de experiencias e informações podem ser feitas através da organização de palestras enquanto esperam a consulta e formação de grupos de apoio a gestante, ocorrendo a orientação quanto as vantagens da amamentação para mãe e bebê, a importância do aleitamento materno e consequências do desmame precoce, bem como ocorre a produção de leite materno, relata (BRASIL, 2007).

O enfermeiro deve desenvolver ações que promovem a Ame, pois é o profissional que tem mais proximidade com as mães durante a gravidez e puerpério. "Logo após o parto, a equipe de enfermagem deverá incentivar e promover a amamentação, devendo ficar junto a mãe para observar a pega do recém-nascido" (SANTOS et al., 2020, p.5).

Para que o bebê e a mãe construam um vínculo afetivo é recomendado que nos primeiros minutos após o parto o recém-nascido seja colocado sob a parturiente sendo estabelecido a prática do aleitamento materno e acolhimento materno. Estudos comprovam que ao contato pele a pele o bebê já consegue reconhecer institivamente as mamas e fazer a sucção imediata, execução que deve ser observada pelo enfermeiro e equipe multiprofissional para realização de pega correta, menciona (DANTAS, 2020).

A técnica da amamentação deve ser direcionada para que seja feita corretamente, embora a sucção seja uma ação instintiva do recém-nascido eles precisam aprender a retirada de leite de forma eficaz. A abertura da boca deve ser ampla e cobrir toda a parte da aréola e não no bico do seio, a língua eleva as bordas laterais e a ponta formando o chamado "canolamento" a retirada de leite é feita por movimentos peristálticos rítmico da língua, os lábios devem estar em formato de peixinho, é fundamental que o nariz esteja livre e a respiração nasal ocorra ao mesmo tempo que o bebê mama declara (BRASIL, 2015). A forma correta da pega é exemplificada na primeira e segunda imagem e a forma errada da pega na terceira imagem, ambas na figura 1.

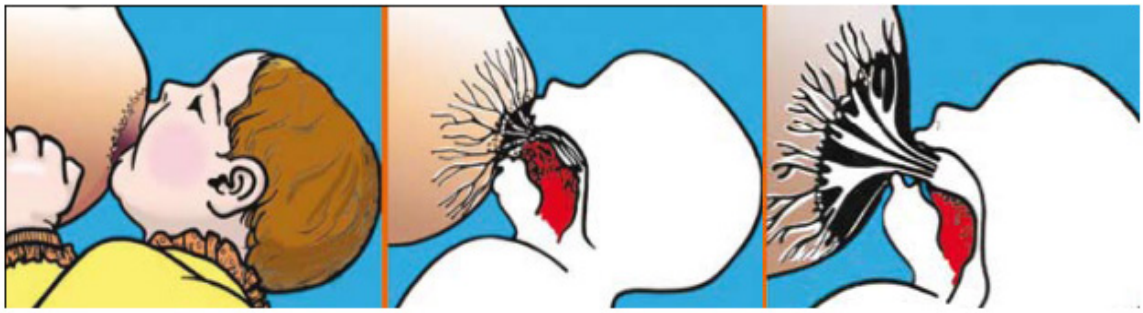

Figura 1 – Pega correta e pega errada

Fonte: SAS/MS. CAB 23

A mãe deve estar sentada e os braços devem formar um ângulo de 90°, para que o bebê abra a boca corretamente é necessário fazer a técnica do "C" demonstrada na figura 2, que consiste em posicionar o polegar acima da aréola, o indicador e a palma da mão ficam abaixo, deve-se atentar ao ritmo de sucção, deglutição e pausa. O corpo do bebê deve se encontrar próximo ao da mãe e alinhado com a cabeça e tronco, a barriga voltada para a mãe e as nádegas firmemente apoiadas, e o queixo deve estar tocando as mamas, relata (BRASIL, 2015)

Figura 2 – Técnica de amamentação

Fonte: SAS/MS. CAB 23

Segundo a Brasil. Ministério da saúde Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993, o alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém- nascido é colocado ao lado da mãe logo após o parto permanecendo no mesmo ambiente até a alta hospitalar, esse sistema é usado para estimulação do aleitamento materno e sua continuidade por um tempo prolongado, o fortalecimento dos laços afetivos, bem como a comunicação imediata entre mãe e filho, oferecendo melhores condições para que a equipe de enfermagem promova a preparação da nutriz por meio de demonstrações práticas ao cuidado e possibilitando a troca de informações entre eles. É relevante manter a permanência do recém-nascido sadio junto à mãe após o nascimento mesmo quando o hospital não possui o alojamento conjunto.

Portanto, os profissionais de saúde em especial enfermeiros devem prestar orientação adequada a população, especialmente as gestantes e puérperas, buscando o sucesso do aleitamento materno e redução do desmame precoce, refere Amaral (2016). Diante disso, é importante que essas temáticas sejam divulgadas para as gestantes e seus familiares em rodas de conversas e em palestras nas UBS ou em comunidades carentes, sobre os benefícios do alojamento conjunto na construção de vínculo entre mãe e bebe, o leite materno como fonte de nutrientes completa relacionando com a importância do tempo de amamentação exclusiva, a forma correta da pega com a técnica do "C" para uma amamentação eficaz, enfatizando a melhor posição para o conforto mãe/bebê, bem o apoio familiar para que a mãe não se sinta sobrecarregada, além de incentivos de ordenhas na volta as atividades laborais fora de casa.

Referências

AMARAL, Roseli Cristina. **FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O DESMAME PRECOCE E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM**. 2016.

Amorim, Suely Teresinha Schmidt. **Passos de Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto**. ("Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto ...") Brasil (1960-1988). Revista Estudos Feministas [online]. 2008, v. 16, n. 2.

ANDRADE, Heuler Souza; PESSOA, Raquel Aparecida; DONIZETE, Lívia Cristina Vasconcelos. **Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno.** ("ALEITAMENTO MATERNO | Biblioteca Virtual em Saúde MS") 2018.

Araújo, Maria de Fátima Moura de et al**. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2003, v. 3, n. 2.

ARAÚJO, Olívia Dias de et al. **Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. ("Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce")** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, p. 488-492, 2008.

BARBOSA, Marina Borelli et al**. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches**. ("SciELO - Brasil - Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao ...") Revista Paulista de Pediatria, v. 27, p. 272-281, 2009.

Boccolini, Cristiano Siqueira et al. **Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades**. Revista de Saúde Pública [online]. 2017, v. 51.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. ("Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação ...")** Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 23. **Saúde da criança: Nutrição Infantil.** Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n° 1.016, de 26 de agosto de 1993.**Normas básicas de alojamento conjunto**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada**. Brasília: 2007.Álbum seriado.18p.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al. **Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 22-6, 2008.

DOS SANTOS MONTEIRO, Juliana Cristina; SPANÓ NAKANO, Ana Márcia. **O aleitamento materno enquanto uma prática construída: Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil**. Investigación y educación en enfermería, v. 29, n. 2, p. 315-321, 2011.

FREITAS, Marina Guedes de. **Aleitamento materno exclusivo: adesão e dificuldades / Exclusive breastfeeding: adhesion and difficulties**. 2018.

GOMES, RP; DA SILVA, PCV; DA SILVA, CEAL; SANTOS, JCA; MACÁRIO, FN; RAMOS, FMF; DE SOUSA, JIB; DA SILVA, RRV. **Fatores que levam ao desmame precoce do aleitamento materno / Fatores que levam a mãe precoce ao aleitamento materno.** Revista Brasileira de Desenvolvimento , [S. l.] , v. 6, n. 12, pág. 100688–100700, 2020.

LIMA, Ariana Passos Cavalcante. **"A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa**." ("A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame ...") 2018.

MELO, AMCA, et al. **Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, PE**. Rev. Bras. Saúde materno – infantil, Recife, v.2, n.2, p.138, 2002.

NUNES, Leandro Meirelles. **Importância do aleitamento materno na atualidade. Boletim científico de pediatria**. Porto Alegre. Vol. 4, n. 3 (dez. 2015), p. 55-58, 2015.

PEIXOTO DANTAS, B.; RODRIGUES TASSARA, K. .; ATAIDES DE MORAES, P. H. .; ANSALONI DE OLIVEIRA, R. .; VIEIRA SIMÕES ANSALONI, L. **. A importância do enfermeiro na assistência ao aleitamento materno: os cuidados na amamentação nos diferentes cenários.** Saúde Coletiva (Barueri), [S. l.], v. 10, n. 57, p. 3417–3428, 2020.

Rea, Marina Ferreira. **Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de**

duração. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2003, v. 19.

SANTOS, Andréia Andrade dos et al. **O papel do enfermeiro na prevenção do desmame precoce**. 2020.

SANTOS, D. de A.; LEITE, CL. **O papel do enfermeiro na orientação adequada do aleitamento materno: uma revisão de literatura.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , [S. l.] , v. 10, n. 15, pág. e248101522655, 2021.

UNICEF, Brasil. Ministério da Saúde; **Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília**. 2007.

VIEIRA, Graciete O. et al. **Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação**.

31

A ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

NURSING IN THE TREATMENT OF PATIENTS DIAGNOSED WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (AMI)

Maria Nathália Mendes Ferreira Mota

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

João Adão Ferreira

Resumo

Apresente pesquisa abordou sobre a assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma doença cujas características são definidas pela necrose tecidual do músculo do coração (miocárdio) devido à falta de irrigação sanguínea, por conta de implicação de algum vaso responsável pela circulação do sangue ao coração. O IAM encontra-se comumente presente nas emergências dos hospitais, representando um sério problema de saúde em função de sua alta taxa de morbimortalidade. O objetivo deste trabalho visa compreender as competências do enfermeiro frente à assistência ao paciente com o IAM mostrando o papel do profissional e a sua importância e responsabilidade no processo de tratamento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com o objetivo de apreender e delinear as concepções da assistência do enfermeiro a paciente em curso de Infarto Agudo do Miocárdio nas unidades de Emergências. O presente estudo foi desenvolvido através de um levantamento de literatura, descritivo de periódicos de enfermagem, indexado na BIREME (Centro Especializado da Organização Pan-americana de Saúde), que abrange as bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO acerca da temática, em período livre. Serão consideradas publicações que abordem a temática Infarto Agudo do Miocárdio, utilizando-se descritores como Enfermeiro, Assistência no IAM e Emergência. Conclui-se, portanto que essa perspectiva levou em consideração a importância do enfermeiro no tratamento e prevenção do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o presente trabalho visa contribuir para a comunidade acadêmica com informações para que a sua prática seja tida com excelência em sua abordagem profissional. E visa colaborar para com a sociedade em geral com a expansão do conhecimento científico.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência. Infarto Agudo do Miocárdio. Tratamento. Prevenção.

Abstract

This research addressed nursing care to patients diagnosed with acute myocardial infarction. Acute Myocardial Infarction (AMI) is a disease whose characteristics are defined by tissue necrosis of the heart muscle (myocardium) due to lack of blood supply, due to the involvement of a vessel responsible for blood circulation to the heart. AMI is commonly present in hospital emergencies, representing a serious health problem due to its high morbidity and mortality rate. and its importance and responsibility in the treatment process. This is a qualitative research, with the objective of apprehending and delineating the conceptions of the nurse's assistance to the patient in the course of Acute Myocardial Infarction in the Emergency units. This study was developed through a literature survey, descriptive of nursing journals, indexed in BIREME (Specialized Center of the Pan American Health Organization), which covers the MEDLINE, LILACS and SCIELO databases on the subject, in a period free. Publications addressing the theme of Acute Myocardial Infarction will be included, using descriptors such as Nurse, AMI Assistance and Emergency. It is concluded, therefore, that this perspective took into account the importance of nurses in the treatment and prevention of Acute Myocardial Infarction (AMI), the present work aims to contribute to the academic community with information so that their practice is considered with excellence in your professional approach. And it aims to collaborate with society in general with the expansion of scientific knowledge.

Keywords: Nursing. Assistance. Acute myocardial infarction. Treatment. Prevention.

1. INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) popularmente chamado de ataque do coração, pode levar o paciente a morte em minutos, ela acontece quando há uma obstrução total de uma artéria coronária que pode ser causada por uma placa de gordura (ateroma) instável que ativa a formação de coágulos e de fibrina e que levam a formação de um trombo, que causa a oclusão da artéria e reduz a circulação do sangue, fazendo com que o músculo cardíaco fique sem oxigênio e suas células comecem a morrer.

Dependendo do tempo da falta de oxigenação, pode levar o comprometimento total do seu funcionamento. Existem algumas causas que levam ao acontecimento do IAM, que podem ser, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, hereditariedade, dietas alimentares inadequadas, vida sedentária, hábitos de vida incorretos, o estresse, entre outros.

O enfermeiro exerce um papel fundamental no diagnóstico do IAM, pois quando diagnosticado precocemente pode se iniciar de imediato os primeiros cuidados emergenciais, e intervenções terapêuticas, podendo assim aumentar as chances de sobrevida do paciente. Para isso o enfermeiro precisa estar capacitado e ter conhecimentos específicos para poder reconhecer os principais sinais e sintomas. Como problema de pesquisa buscou-se analisar: Qual o papel do enfermeiro nos cuidados ao paciente com infarto agudo do miocárdio?

O objetivo deste trabalho visa compreender as competências do enfermeiro frente à assistência ao paciente com o IAM mostrando o papel do profissional e a sua importância e responsabilidade no processo de tratamento. Os objetivos específicos abordaram: conceituar o Infarto Agudo do Miocárdio, estudar o perfil do paciente e analisar a assistência de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio.

Este estudo é uma revisão de literatura, termo utilizado para indicar um relatório escrito que resuma a situação dos conhecimentos sobre um problema de pesquisa, ou seja, atividade envolvida na busca de informações sobre um tópico e na elaboração de um quadro abrangente da situação daquelas informações.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com o objetivo de apreender e delinear as concepções da assistência do enfermeiro a paciente em curso de Infarto Agudo do Miocárdio nas unidades de Emergências. O presente estudo foi desenvolvido através de um levantamento de literatura, descritivo de periódicos de enfermagem, indexado na BIREME (Centro Especializado da Organização Pan-americana de Saúde), que abrange as bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO acerca da temática, em período livre. Serão consideradas publicações que abordem a temática Infarto Agudo do Miocárdio, utilizando-se descritores como Enfermeiro, Assistência no IAM e Emergência.

2. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma doença cujas características são definidas pela necrose tecidual do músculo do coração (miocárdio) devido à falta de irrigação sanguínea, por conta de implicação de algum vaso responsável pela circulação do sangue ao coração. O IAM encontra-se comumente presente nas emergências dos hospitais, representando um sério problema de saúde em função de sua alta taxa de morbimortalidade (SEBBEN, 2013).

Segundo Brandl (2017), tal fenômeno pode ser decorrente da obstrução de alguma

das artérias por deposição de gordura, o que estimula a agregação plaquetária. Como consequência, os principais sinais característicos de um IAM são angina (dor no peito), vertigem (tontura), dispneia (dificuldade respiratória), sudorese e palidez.

O Ministério da Saúde (2018), também afirma que na maioria dos casos o infarto ocorre quando há o rompimento das placas de gordura que se acumulam no interior das artérias coronárias, levando à formação do coágulo e interrupção do fluxo sanguíneo.

Como principais causas de doenças cardiovasculares podemos citar, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, hereditariedade, dietas alimentares inadequadas, vida sedentária, hábitos de vida incorretos, o estresse cotidiano e a exposição a fatores de risco também são agravantes (OLIVEIRA; SOUZA, 2019).

Entre as doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, o Infarto Agudo do Miocárdio lidera o número de óbitos, sendo que cerca de 50% das mortes relacionadas a este quadro ocorrem nas primeiras horas de evolução dos sintomas e o consequente retardo na procura de ajuda na emergência, pioram o prognóstico (SANTOS; PIAGGI, 2010).

No Brasil não o IAM é considerado uma das maiores causas de morbimortalidade em todo país, onde o aumento da sua incidência é consequência de uma nova conduta de vida. Embora haja uma estimativa de aumento na expectativa de vida das pessoas através do acesso às informações, elas demonstram o contrário e não percebem as modificações no seu próprio estilo de vida.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia alega que que as modificações no estilo de vida são indispensáveis para o bom prognóstico da doença, a prevenção do IAM e promoção da saúde é um ponto chave, sendo (SBC, 2011). Considerando os padrões atuais, estima-se que, em 2030, haverá cerca de 23 milhões de óbitos, dos quais 12 milhões serão vítimas do IAM (OMS, 2017).

As principais manifestações do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) são no desconforto torácico, anormalidades do Eletrocardiograma (EGC) e nos marcadores séricos elevados. Há relatos de ocorrências de sintomas prodrômicos foram que foram observados em alguns casos. Esse tipo de sintoma pode ser descritos como episódios de doenças precordiais, tonturas, cansaço e dispneia ou até mesmo alterações da evolução da angina do peito, que pode ser constituída pela síndrome do pré-infarto (MATIAS, 2012).

É fundamental que o profissional da área da saúde consiga compreender o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), isso contribui para que ocorra a diminuição da mortalidade através de tratamentos precoces e imediatos de arritmias consideradas fatais, além de facilitar disso tais problemas contribuem para facilitar a zona de extensão de infarto. A dor precordial consiste em sintomas que permitem o diagnóstico rápido na maior parte dos casos (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Podem ocorrer manifestações de modo primário como o caso da insuficiência coronária, que altera a evolução de uma angina do peito prévio, sendo intensa e prolongada sua duração não sendo aliviadas pelos coronariodilatadores. Em um caráter construtivo e de localização retroesternal, tendo a possibilidade de se estender para os braços, tórax, pescoço, mandíbula e até mesmo para o abdome (BRUNORI et al., 2014).

A localização da dor tem relação direta com a topografia do infarto. Já a sintomalogia pode ou não ser discreta, quando ocorre apenas uma sensação desagradável e desconfortável no tórax. No abdômen pode ocorrer apenas um distúrbio digestivo, que vem acompanhado de náuseas, vômito e diarréia. Mesmo que a preservação do estado do paciente seja preservada, sabe-se que este, apresenta sinais de ansiedade e nervosismo (DUARTE; PIMENTEL FILHO; STEIN, 2007).

As alterações físicas mais comuns são o pulso fino, a pele mais úmida, cianose de extremidade, hipotensão arterial que podem ser induzidas por coronariodilatadores. Outro fator que também é apresentado é a temperatura corporal, esta passa dias alteradas, em casos mais extremos a elevação térmica possui acentuações acima de 38ºC (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

Um dos instrumentos que permite fazer o diagnóstico de imediato é o eletrocardiograma (EGC) que contribui para um resultado positivo do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), principalmente nas primeiras horas de sua ocorrência ajudando a diminuir a evolução de pequenos infartos. Esse exame também contribui para estabelecer a localização topográfica e evolutiva, além de registrar complicações relativas a distúrbios no processo de formação e condução do estímulo elétrico (PONTE; SILVA, 2014).

O eletrocardiograma (ECG) apresenta as modificações do músculo cardíaco através do complexo método QRS, com segmento RS-R e onde T que busca apresentar supradesnivelado e convexo para cima em suas derivações que observam e exploram a parte do músculo cardíaco cuja nutrição foi interrompida. Todas essas alterações correspondem a uma lesão que circunda toda a área do tecido que foi necrosado, na onde T é apresentado de forma simétrica e negativa as derivações em que os segmento RS-T se encontra desnivelado fazendo correspondência à zona de isquemia (MATIAS, 2012).

O traço do exame possui várias espículas, onde existem seis ondas registradas no resultado do ECG. São elas: P, Q, R, S, T E U, todas essas ondas possuem intervalos ou são representadas por uma passagem de pulso elétrico que são responsáveis pelas atividades elétricas cardíacas. Para a solicitação do EGC é necessário que sejam cumpridas algumas regras como sugere a Sociedade Brasileira de Cardiologia como: dor no peito, síncope, miocardiopatia, insuficiência cardíaca, avaliação arritmias e avaliação pós infarto do miocárdio (MAIER; MARTINS, 2016).

O ECG é um procedimento simples, indolor, seguro e capaz de evidenciar as alterações nas atividades do músculo cardíaco, sendo este considerado como um exame padrão não invasivo das alterações na frequência cardíaca (arritmias) e das anormalidades de trajeto dos impulsos elétricos (distúrbios de condução), sendo estes considerados importantes para os quadros de isquemia (NICOLAU et al., 2014).

3. PERFIL DO PACIENTE INFARTADO

Conhecer o perfil do paciente infartado pode ajudar muito a assistência de enfermagem, pois fazer um levantamento das possíveis causa da doença facilita o atendimento, a melhora do paciente e a prevenção de um outro episódio de IAM (SORIANO et al, 2016). Analisando o perfil de um paciente que apresentou IAM a partir da investigação dos fatores de risco (FR), pode-se classificar com modificáveis e não modificáveis. Sendo os fatores modificáveis o tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus e alcoolismo. Já os fatores não modificáveis são o sexo, idade, hereditariedade (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005).

Em uma pesquisa Coelho e Resende (2010) mostram que pacientes de infarto na maioria das vezes são homens com a idade entre 60 e 80 anos, tabagistas, sedentários e com histórico familiar de IAM. Este estudo também mostrou que a idade e o sexo (fatores de risco não modificáveis) são fatores que podem levar a um IAM. O sexo masculino tem maior probabilidade de desenvolver um IAM. Na faixa etária 60 a 80 anos, os casos de infarto chegam aos 30%.

Um dos fatores mais relevantes é a alimentação (fator modificável) rica em carboidratos e lipídios, os quais podem acumular gordura no interior das artérias coronárias, obstruindo-as e levando a um infarto fulminante (LOTTENBERG, 2009). A dislipidemia se refere ao aumento das taxas de lipídios no sangue, ocasionando a elevação do colesterol. Esses níveis elevados de colesterol podem causar aterosclerose (obstrução do vaso sanguíneo), podendo levar o paciente a um IAM (POZZAN et al., 2004).

Diante do quadro de IAM, nota-se que o paciente necessita manter-se sob os cuidados de enfermagem e médico, até que apresente uma melhora do quadro apresentado e possa então ser liberado, no entanto, torna-se necessário que se realize uma atenção especial ao paciente mesmo depois de receber alta. As ações aos pacientes vítimas de IAM devem contemplar medidas eficazes e eficientes desde a suspeita diagnóstica até a minimização dos riscos impostos à vitalidade dos mesmos. Em virtude disso, o enfermeiro, profissional que está presente na assistência aos pacientes de forma diferenciada, visando atender as suas necessidades (SANTOS; PIAGGI, 2010).

4. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

A assistência de enfermagem aos recém diagnosticados com IAM, tem como objetivo principal eliminar maiores complicações, com intuito de cumprir a terceira etapa do processo de enfermagem que é o planejamento, permitindo diagnosticar as necessidades e prioridades de assistência individualizada, garantindo uma prescrição apropriada dos cuidados de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005). A avaliação primária do enfermeiro frente aos pacientes com dor torácica é essencial, uma vez que ele pode realizar, de forma criteriosa, a investigação do estado do paciente mediante o histórico e o exame físico, identificando os sinais e sintomas.

A atuação do enfermeiro inicia-se logo na admissão do paciente ao chegar à unidade de urgência e emergência, como principal função atribuída é diagnosticar precocemente e iniciar imediatamente os cuidados emergenciais, aumentando a chance de sobrevida do paciente. O diagnóstico precoce do IAM e as intervenções terapêuticas interferem diretamente na morbidade e mortalidade dos pacientes (CARVALHO; PAREJA; MAIA, 2013).

Para uma assistência de qualidade o enfermeiro deve ter conhecimentos específicos, saber reconhecer principais sintomas e sinais de um quadro de IAM apresenta, tais como, dor prolongada, localizada nas regiões subesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, irradiando-se para o pescoço, ombro, mandíbula e para o braço e a mão esquerdos. Devem-se conciliar aspectos técnicos com a observação clínica do paciente, sintomatologia, alterações eletrocardiográficas, valores analíticos de alarme, recuperação e planejamento de cuidados do paciente com a ajuda de familiares, o adequado guia de reabilitação física e psíquica para enfrentar o futuro imediato (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

No IAM à prevalência de dor intensa vem descrita pelo paciente ainda no seu prognóstico, por isso a importância de o enfermeiro assumir esse papel de avaliação da dor ainda nos primeiros relatos fornecidos pelo paciente. A avaliação e a classificação do quadro clínico vêm sempre acompanhadas de queixas iniciais do paciente sobre a dor torácica, pois a origem desse tipo de dor que necessita de uma avaliação mais detalhada (GONZALES, 2016).

Protocolos clínicos foram criados para efetuar a avaliação da dor no tórax e somar com as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem. A utilização desse tipo de

protocolo auxilia no diagnóstico do IAM e agiliza o atendimento, isso ocorre porque grandes partes desses protocolos possuem exames como os marcadores de necrose cardíaca e eletrocardiograma (ECG) que contribuem para a prestação de suporte imediato ao paciente (POLANCZYK, 2005).

Segundo Santos (2011) a prestação de assistência a dor no tórax deve ser prestada pelo enfermeiro assim que o paciente apresentar suas primeiras queixas. O diagnóstico contribui para reduzir várias lesões ocasionadas pelo IAM, assim como contribui para melhorar a qualidade da prestação de serviços. Assim que o paciente der entrada no pronto socorro o enfermeiro deve realizar o eletrocardiograma (ECG) e verificar suas 12 derivações, já fazendo a coleta dos exames com marcadores séricos de necrose miocárdica que também são classificados como biomarcadores O CK-MB, a Troponina e as enzimas de troponina (YAZBEK JR; MASTROCOLLA; NEGRÃO, 2008).

É necessário ressaltar que na maioria dos casos de o enfermeiro é o primeiro profissional a ara da saúde a ter contato com o paciente que apresenta o quadro clínico de infarto, sendo ele um profissional com uma responsabilidade de distinguir os sinais e os sintomas desse tipo de patologia. Nesse contexto são somadas a necessidade de o enfermeiro possuir capacitação e conhecimento sobre essa área de atuação contribuindo para reduzir possíveis complicações que possam ocorrer de forma imediata com o paciente (BARBOSA; RODRIGUES, 2002).

Todo o processo de atendimento do paciente com IAM necessita de intervenção rápida, por isso os cuidados iniciais que devem ser realizados fazem relação com o quadro evolutivo grande, para que esse paciente não venha óbito. Logo após os primeiros cuidados que ocorrem ainda na emergência o paciente pode ou não ser encaminhado para UTI e depois ser removido para o quarto normal (POLANCZYK, 2005).

O enfermeiro possui um papel de grande relevância para os pacientes com IAM, já que assistência profissional apresenta inúmeras contribuições no tratamento. O Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) é um dos principais instrumentos que inclui o atendimento a pacientes portadores desse tipo de patologia, levando ao paciente informações e prescrições baseadas no diagnóstico precoce (MARTINIICA, 2019).

O Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo utilizado por vários profissionais de enfermagem, uma vez que contribui para atender as necessidades do paciente com IAM as quais o enfermeiro é uma ferramenta essencial para promover a avaliação e evolução do quadro do cliente. Esse sistema apresenta inúmeros benefícios por contribuir na intervenção da saúde do paciente de forma particular, centrando nas peculiaridades de cada caso (MEDEIROS; ANDRADE; DAVIM, 2018).

A assistência a enfermagem nos cuidados hospitalares necessita conduzir e prestar serviços que dividem em diferentes fases, sendo elas essências para o diagnóstico do paciente. Nesse contexto é fundamental citar que o enfermeiro que atua no atendimento do IAM atua em situações adversas e contribui para orientar o paciente e seus familiares da real situação que aquele paciente se encontra.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha desta temática leva em consideração a compreensão e a abordagem do papel do enfermeiro, frente a um IAM, entende-se por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) uma lesão do músculo cardíaco, causado pela oferta inadequada de oxigênio e nutrientes, levando a obstrução do fluxo sanguíneo e consequentemente a necrose da área afetada.

Sendo assim é de fundamental importância o papel do enfermeiro nesse processo de diagnóstico do IAM, pois o diagnóstico correto e as intervenções certas ajudam esse paciente a ter uma maior chance de recuperação. Considerando que o enfermeiro tem um papel fundamental para o tratamento e reabilitação do paciente, o enfermeiro deve estar capacitado para diagnosticar um IAM.

A importância desse estudo se caracteriza por realizar um levantamento de informações e práticas utilizadas por enfermeiros frente a um IAM. Esse estudo traz informações e uma abordagem relevante, para o meio científico e de todos acadêmicos e profissionais da saúde que possam vir a participar dos cuidados deste grupo de pessoa, ou para que possam obter um maior conhecimento técnico-científico sobre esse assunto para contribuir para uma melhor estratégia de cuidados para essa doença.

Conclui-se, portanto que essa perspectiva levou em consideração a importância do enfermeiro no tratamento e prevenção do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o presente trabalho visa contribuir para a comunidade acadêmica com informações para que a sua prática seja tida com excelência em sua abordagem profissional. E visa colaborar para com a sociedade em geral com a expansão do conhecimento científico.

Referências

AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo Soares; PEREIRA, Júlio César R. **Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento.** ArqBrasCardiol, v. 84, n. 3, p. 206-13, 2005.

BARBOSA, E. C. V. e RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização **nas relações com a família:** um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. **Acta Sci Health Sci**, v. 26, n.1, Jan-Jun, 2002.

BRANDL, D. L. **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**. Revista UNIPLAC, v. 5, n. 1, 2017.

BRUNORI, Evelise Helena Fadini Reis et al. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 538-546, 2014.

DUARTE, E. R.; PIMENTEL FILHO, P.; STEIN, A. T. Dor torácica na emergência de um hospital geral. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.51, n. 4, p. 248-254, out/dez. 2007.

GONZALES, Amanda. **Atividades físicas leves indicadas após infarto**. Hospital Sírio Libanês, dez 2016.

GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, n. spe, p. 37-43, 2011.

LOTTENBERG, Ana Maria Pita. **Importância da gordura alimentar na prevenção e no controle de distúrbios metabólicos e da doença cardiovascular**. ArqBrasEndocrinolMetab, v. 53, n. 5, p. 595-607, 2009.

MAIER, G.S.O.; MARTINS, E.A.P. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.04, pp:757- 764, 2016.

MARTINIICA, SIA AA. Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Miríade Científica**. V. 4 n. 1 (2019).

MATIAS. Patologia **Cardíaca: Novos Biomarcadores associados ao diagnóstico e prognóstico. 2012, 67 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia).** Departamento de Química, Bioquímica e Farmácia. Faculdade de Ciências e Tecnologias. Universidade do Algarve, 2012.

MEDEIROS, TLF, ANDRADE, PCNS, DAVIM, RMB, Santos NG. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio. Recife: **Rev Enferm** UFPE. 2018; 12(2):565-72.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ataque cardíaco (infarto). Biblioteca Virtual em Saúde. Ago. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2779ataque-cardiaco-infarto. Acesso em: 28 abril. 2021.

NICOLAU, J.C. et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007**) – Atualização

2013/2014. Arquivos Bras. Cardiologia. v. 102, n. 3, Supl. 1, Março, 2014.

OLIVEIRA, F. V. B.; NicolliBellotti de Souza. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES RECÉM--DIAGNOSTICADOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. UniAtenas.** Revista Científica Online ISSN 1980-6957 v11, n1, 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Doenças cardiovasculares (DCV). Fatos importantes. 2017.** Disponível em http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) Acesso em 12 abril. 2021.

POLANCZYK, Carisi Anne. **Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil:** os Próximos 50 Anos. Porto Alegre, V. 84, N. 3, Março 2005.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. **Revista de enfermagem da UERJ**, v.22, n.06, pp:808-814, 2014.

POZZAN, Roselee et al. **Dislipidemia, síndrome metabólica e risco cardiovascular**. Revista da SOCERJ, v. 17, n. 2, p. 97-104, 2004.

QUIRINO, D.D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. G. B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, jun. 2010.

SANTOS, J.C.A, PIAGGI L.F.D. Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Patos de Minas: Rev Mineira Ciênc Saúde. 2010; 2(3):30 - 45.

SEBBEN, J.C. Significado clínico das características histopatológicas de trombos coronarianos de pacientes com infarto agudo do miocárdio. Porto Alegre: Fundação Universitária de Cardiologia / Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. ArqBrasCardiol. 2011; 84(5):431- 40.

SORIANO, KENYA DA SILVA et al. **Perfil de pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio internados em uma unidade coronariana de Belo Horizonte**. Enfermagem Revista, v. 19, n. 1, p. 21-29, 2016.

YAZBEK JR, P.; MASTROCOLLA, L.; NEGRÃO, C**. O Exercício, Preparação Fisiológica, Avaliação Médica, Aspectos Especiais e Preventivos: Retorno à Atividade Física Pós Tratamento Cardiológico.** Ghorayeb N, Barros T, editors. 305. 2008. Rio de Janeiro, Ed. Atheneu.

32

CUIDADOS PALIATIVOS COM IDOSOS EM AMBIENTE DOMICILIAR

PALLIATIVE CARE FOR THE ELDERLY IN THE HOME ENVIRONMENT

Rayline Conceição Oliveira

Thâmara Silva Ribeiro Ramos

Thayse Nayane Moura da Silva Oliveira

Resumo

O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. O estudo é essencial para o levantamento de diagnósticos sensíveis à atuação do enfermeiro, em seu processo de trabalho no atendimento domiciliar. É relevante estudar qual tem sido o foco da enfermagem na equipe, seja como base para futuras pesquisas e seja para orientar o processo de cuidar do enfermeiro neste contexto. Então, quais as ações de cuidado desenvolvidas por profissionais de saúde, na atenção à saúde de idosos aos cuidados paliativos, no sistema domiciliar? O objetivo geral do trabalho foi ressaltar o papel do enfermeiro no que diz respeito aos cuidados paliativos ao idoso em ambiente domiciliar. A metodologia utilizada para este trabalho se deu a partir de revisão bibliográfica sobre as principais questões teóricas em relação ao tema, sobre os cuidados paliativos ao idoso, os conceitos envolvendo a atenção domiciliar e as repercussões desta atenção para os mesmos. A promoção dos cuidados paliativos no ambiente do lar permite aos idosos a possibilidade de continuar em seu contexto familiar e social, com atenção multiprofissional, disposta a oferecer suporte e orientação aos membros da família ou cuidadores, evitando internações recorrentes e muitas vezes desnecessárias. Assim, o idoso permanece em um ambiente familiar, com riscos diminuídos e assistência integral, o que contribui para a melhora e manutenção de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: cuidados; paliativos; idoso; acompanhamento.

Abstract

Increased longevity is one of humanity's greatest achievements. People live longer because of improvements in nutrition, sanitation, advances in medicine, health care, education, and economic well-being. The study is essential for the survey of diagnoses sensitive to the role of nurses in their work process in home care. It is relevant to study what has been the focus of nursing in the team, either as a basis for future research or to guide the nursing care process in this context. So, what are the care actions developed by health professionals, in health care for the elderly, palliative care, in the home system? The general objective of the work was to highlight the role of the nurse with regard to palliative care for the elderly in the home environment. The methodology used for this work was based on a bibliographical review on the main theoretical issues related to the theme, on palliative care for the elderly, the concepts involving home care and the repercussions of this care for them. The promotion of palliative care in the home environment allows the elderly to continue in their family and social context, with multidisciplinary care, willing to offer support and guidance to family members or caregivers, avoiding recurrent and often unnecessary hospitalizations. Thus, the elderly remain in a family environment, with reduced risks and comprehensive care, which contributes to the improvement and maintenance of their quality of life.

Keywords: care; palliatives; old man; side dish.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. Mas, a população em envelhecimento também apresenta desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global.

A motivação pelo presente estudo deu-se pela necessidade de informar como e quais as ações de cuidado desenvolvidas por profissionais de saúde, na atenção à saúde de idosos aos cuidados paliativos, no sistema domiciliar. Muitos profissionais da área da enfermagem ainda que conhecedores do assunto, não colocam em prática os conceitos quando vivenciados. E entender como se dá o processo de cuidado paliativo ao idoso, irá possibilitar uma visão mais ampla dos desafios enfrentados diante esta temática, assim como a comunidade em geral.

O estudo é essencial para o levantamento de diagnósticos sensíveis à atuação do enfermeiro, em seu processo de trabalho no atendimento domiciliar. Portanto, é relevante estudar qual tem sido o foco da enfermagem na equipe, seja como base para futuras pesquisas e seja para orientar o processo de cuidar do enfermeiro neste contexto. Então, quais as ações de cuidado desenvolvidas por profissionais de saúde, na atenção à saúde de idosos aos cuidados paliativos, no sistema domiciliar?

O objetivo geral do trabalho foi ressaltar o papel do enfermeiro no que diz respeito aos cuidados paliativos ao idoso em ambiente domiciliar. E os específicos foram descrever cuidado paliativo; analisar o atendimento domiciliar relacionado á enfermagem; elencar o papel do profissional enfermeiro nos cuidados paliativos ao idoso.

A metodologia utilizada para este trabalho se deu a partir de revisão bibliográfica sobre as principais questões teóricas em relação ao tema, sobre os cuidados paliativos ao idoso, os conceitos envolvendo a atenção domiciliar e as repercussões desta atenção para os mesmos.

Tratou-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde de dados: Scientific Electronic Library Online - Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs, Google Acadêmico, dentre outros, usando como base para busca dos dados os descritores: cuidados; paliativos; enfermagem; idoso e acompanhamento. Utilizou-se como método de pesquisa, artigos e acervos relacionados aos últimos 10 anos, ou seja, de 2012 a 2022.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Cuidado paliativo

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, Brasil (2000), Cuidado Paliativo é um enfoque que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que encaram doenças que ameacem o prosseguimento da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Demanda a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outras dificuldades de natureza física, psicossocial e espiritual.

Os profissionais da área de saúde sabidamente lidam com muitos pacientes termi-

nais e com todo o tabu relacionado a morte. Muitos médicos não recebem treinamento formal em comunicação e outros aspectos essenciais no trato com pacientes terminais, como tratamento da dor ou dar notícias de piora ou intratabilidade, e com isso, não raras vezes, não se encontram adequadamente preparados para este cuidado. Este fato pode causar um profundo sentimento de impotência e fracasso que faz o médico utilizar, como mecanismo de defesa, o distanciamento do paciente (POLETTO 2016).

Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011:

> Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia da continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2011, p.44).

Assistir pacientes com necessidades de cuidados paliativos é definida pela maioria dos sujeitos entrevistados como um desafio. Entre as maiores dificuldades citadas está o fato de deparar-se com a morte do paciente, mas fundamentalmente, no que diz respeito ao profissional que assiste voltado para o aspecto curativo, gerando um sentimento de impotência. Esses profissionais, reforçam que esse sentimento surge em decorrência do desconhecimento quanto ao objetivo dos cuidados paliativos, resultando, por vezes, em um cuidado fragmentado. A maneira em que são trabalhados as perdas e o processo de morte em pacientes paliativos é um desafio para a equipe de saúde, que, centrada na cura e no modelo biologicista demonstra despreparo frente ao processo de finitude. Em geral, poucos são os profissionais disponíveis e acessíveis para discutir e enfrentar este contexto. Porém, se faz necessário adquirir habilidades para desenvolver cuidados que interliguem o sofrimento, a dignidade e o apoio emocional (PARANHOS, 2016).

A fase final da vida ocorre envolta a sentimentos dolorosos e, por vezes, conflituosos, quando se fala em Cuidados Paliativos. Apesar disso, quando o prognóstico é indiscutível e a morte torna-se uma certeza, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento. O caráter assistencial em Cuidados Paliativos pode contribuir para a humanização do processo de morrer, sendo que esta modalidade do cuidado pode ser oferecida em instituições de saúde bem como na própria residência (MORAES, 2012).

A enfermagem tem papel fundamental nos cuidados paliativos já que o cuidar, essência da profissão, é a base desta filosofia assistencial. Por serem os profissionais da saúde que permanecem mais tempo ao lado do paciente, o enfermeiro tem como objeto de trabalho o cuidado, estabelecendo/mantendo o vínculo e facilitando a promoção da saúde e do bem-estar biopsicossocial, conduzindo pacientes e familiares às melhores formas de enfrentamento do processo de doença e morte (SILVA, 2014).

O termo assistência domiciliar (AD) é empregado no sentido amplo e genérico de *home care*, compreendendo uma variedade de serviços realizados em domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente. Significando atendimento ambulatorial, visita ou internação domiciliar 24hs. A difusão desta modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros. Estes serviços vão desde os cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com a medicação e realização de curativos,

cuidados com escaras e ostomias, pacientes dependentes de ventilação mecânica invasiva ou não, até a nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia (DAMIÃO, 2012).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), regulamentado pela portaria nº 963/2013, é um dos elementos da Rede de Atenção às Urgências, e constitui uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, assinalada por um conjunto de atuações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação oferecidas em domicílio, com garantia de prosseguimento de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. O principal objetivo do SAD é reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar. Com isso, busca-se reduzir a demanda de atendimento hospitalar e/ou o período de permanência de usuários internados, promovendo humanização da atenção, desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

A atenção domiciliar de enfermagem caracteriza-se pelas ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à precaução de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos. Desde que há vida existem cuidados. Cuidar é um ato de vida que tem como intuito básico, garantir a manutenção e continuidade da existência. O ato de cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas (COFEN, 2014).

Para Silva et al., (2014) é preciso considerar que a Atenção Domiciliar (AD) é uma estratégia de intervenção em saúde que requer atenção profissional considerada, pois reconhece-se que este tipo de cuidado exige mobilização de capacidades específicas, principalmente ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com usuários, familiares e em equipe multiprofissional, bem como autonomia, responsabilidade e noção técnica e científica próprias do campo. Dessa forma, compreende-se que o trabalho na AD apresenta heterogeneidade de ações e complexidade específicas que demandam experiência profissional e busca de qualificação para a atuação no domicílio (SILVA et al., 2014).

Sabe-se que para isto é investida uma abordagem multiprofissional, visando a plenitude do cuidado. Todavia, uma categoria que se faz muito presente, responsável por um contato mais íntimo e contínuo é a Enfermagem. Portanto, a atuação do Enfermeiro é fundamental no cuidado a pessoa idosa em sua finitude de vida. O contato direto e mais próximo que o profissional enfermeiro tem com o paciente, fortalece as bases para o cuidado, demonstrando que a atenção, empatia, escutar o outro, faz parte do processo para proporcionar qualidade de vida. Para tanto, há na enfermagem a teoria da prática de enfermagem humanística, que propõe que os enfermeiros abordem a enfermagem de modo consciente e deliberadamente diante da experiência existencial (GASPAR et al., 2019).

Os cuidados paliativos foram sugeridos por primeira vez como especialidade médica em 1967, na Inglaterra, desde então foram também desenvolvidos na França e nos Estados Unidos nas décadas que seguiam. No Brasil, passaram a ser exercitados a partir dos anos 80, por equipes multiprofissionais de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, religiosos e psicólogos especialistas em assistência paliativa (ALMEIDA, 2017).

O verbo paliar, deriva do latim *palliareoupallium*, e constitui de maneira geral, proteger, cobrir com capa. Entretanto, o termo é mais usado em nosso meio, como aliviar provisoriamente, remediar, bem como adiar, protelar. O mesmo, é mais que um método, é uma filosofia do cuidar. O CP visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de

suas dimensões. Seu objetivo é dar aos pacientes e seus entes queridos, a melhor qualidade possível de vida, a respeito do estágio de uma doença, ou a necessidade de outros tratamentos (CARVALHO, 2019).

Os cuidados paliativos são cuidados de saúde ativos e integrais promovidos por uma equipe multidisciplinar prestados à pessoas com doenças graves, progressivas e que ameaçam a continuidade de sua vida. Esse cuidado tem como objetivo a promoção da qualidade de vida do paciente através da prevenção e alívio do sofrimento, da avaliação cuidadosa e minuciosa do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Esse tipo de cuidado tem o foco nas necessidades, e não no diagnóstico desse paciente. Com ênfase ao controle desses sintomas, além do apoio familiar, para ajudar a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente preservando a qualidade de vida até o final (INCA, 2018).

Os profissionais da área de saúde sabidamente lidam com muitos pacientes terminais e com todo o tabu relacionado a morte. Muitos médicos não recebem treinamento formal em comunicação e outros aspectos essenciais no trato com pacientes terminais, como tratamento da dor ou dar notícias de piora ou intratabilidade, e com isso, não raras vezes, não se encontram adequadamente preparados para este cuidado. Os pacientes "fora da possibilidade de intervenção médica continuam, na maioria das ocasiões, sem assistência adequada que atenuem sintomas comuns à pacientes terminais que fogem a simples intervenção farmacológica e requerem atuação de toda a equipe multidisciplinar e conhecimento das várias alterações por que passa esse indivíduo (POLETTO et al., 2016).

2.2 Atendimento domiciliar relacionado à enfermagem

As primeiras atividades domiciliares desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, mais precisamente em 1919, quando houve a criação do serviço de enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro. No ano de 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), onde os médicos de plantão saíam em ambulâncias para o atendimento. Nessa época, a demanda era feita via telefone diretamente aos postos de urgência (FABRÍCIO et al., 2010).

Gerir o cuidado é prover ou disponibilizar tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores. É um espaço de grande potência criativa, atravessado por determinantes externos (organizações, crenças, formação etc.) que influenciam tanto as equipes quanto os usuários, mas também marcado por importante grau de liberdade e responsabilidade na ação dos trabalhadores (BRASIL, 2013).

O atendimento de enfermagem se dará em caso de instabilidade clínica e/ou por meio de visitas agendadas (programadas), considerando a proximidade entre os domicílios, visando otimizar o transporte e atingir um número satisfatório de pacientes assistidos a cada período. A consulta de enfermagem é privativa do Enfermeiro. É uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE e deve seguir o seguinte roteiro: Histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O processo de enfermagem deve ser realizado sempre na primeira visita domiciliar feita pelo enfermeiro e reavaliado com frequência mínima de 1 (uma) vez por mês. Sendo possível aumentar a frequência de acordo com as peculiaridades individuais dos pacientes (BRASIL, 2020).

Dessa forma, compreende-se que o sucesso do cuidado domiciliar está em olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos, e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo. Ademais, é necessário o reconhecimento da competência dos cuidadores, com profissionais que ensinem, orientem e acompanhem e, principalmente, com enfermeiros que tenham sensibilidade e capacidade técnica-científica para estabelecer metas de cuidado factíveis à realidade de saúde-doença vivenciada (COSTA et al., 2020).

Para que as atividades da atenção domiciliar atendam às necessidades do usuário/família, é necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável ao domicílio. Recomenda-se que a família participe ativamente no processo de planejamento. Buscando garantir a operacionalização do plano assistencial estabelecido, propõe-se a utilização de um instrumento que subsidie o cuidador e a família. (BRASIL, 2012).

Para COREN (2019) o principal objetivo da Assistência Domiciliar é visar o bem-estar do paciente e a melhora rápida e significativa do quadro de saúde do mesmo, sendo de suma importância ao enfermeiro desenvolver ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde. Para a execução da assistência domiciliar é importante considerar os níveis de complexidade, que são divididos em três. Neles deve-se avaliar a incapacidade funcional e as necessidades do paciente segundo a doença apresentada e definir o grau de complexidade do mesmo, no qual pode ser elencado em:

1. Baixa complexidade: visita domiciliar;
2. Média Complexidade: assistência domiciliar e
3. Alta complexidade: internação domiciliar.

A atuação do enfermeiro na AD é influenciada tanto pelo perfil dos pacientes quanto pela lógica peculiar que predomina no domicílio. Na AD, ele atende a um perfil diversificado, sendo possível identificar nesta revisão predomínio de pacientes em cuidados paliativos e idosos, ainda que os artigos analisados também tenham evidenciado ações no atendimento a crianças e jovens com necessidades complexas, assim como a pessoas com transtorno mental (ANDRADE et al., 2017).

Por se tratar de um cenário caracterizado por diversas particularidades, desenvolver assistência no domicílio exige, por parte dos profissionais de saúde, uma adaptação ou utilização de outras ferramentas específicas para a prestação do cuidado. Exige também um papel de responsabilidade e autonomia dos participantes, que assumem uma proporção diversa, observável nas relações que se estabelecem no hospital, consultório ou unidade de saúde (LOPES; SOUSA, 2017).

Para Lacerda et al. (2015) o SAD é um serviço que visa reorganizar o trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica e ambulatorial nos serviços de urgência, emergência e hospitalar, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e (ou) período de internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Trata-se de um serviço que deve contemplar ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, todas prestadas em domicílio e por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

A Atenção Domiciliar também denominada de Visita Domiciliar (VD) é direcionada ao indivíduo, à família e à comunidade. Sua principal finalidade é a contribuição para a concretização das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e seguidas também, pelo Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil. Através

da Atenção Domiciliar, é reduzido o processo de internação do paciente, além na diminuição de custos e riscos de complicações pertinentes ao ambiente hospitalar. Tem sido reconhecida de maneira especial como um espaço adequado para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencial para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do paciente (ANDRADE et al., 2017).

Os cuidados no domicílio têm sido de grande complexidade e diversidade, são vistos como estressantes e exaustivos, e são priorizados às pessoas acamadas ou em situação de risco. Esses cuidados específicos no domicílio demandam tempo, investimentos financeiros e habilidade e capacitação para os familiares e profissionais. É necessário parcerias com as instituições hospitalares, outras secretarias e outros setores da sociedade para que haja a continuidade da atenção com qualidade. Sabe-se que são várias, as situações que podem comprometer a saúde do indivíduo, podendo levá-lo à uma condição de dependência. Nesse sentido, se destacam os cuidadores e familiares, que são os responsáveis por realizar os cuidados com o paciente no domicílio. Prestar cuidados à saúde é uma atividade que exige conhecimentos, requer competência e técnica, nesse contexto, o cuidador e familiar precisam se adaptar e desenvolver habilidades para suprir a nova demanda (FLORIANO et al., 2012).

A VD possibilita a concretização da integralidade, acessibilidade, longitudinalidade e a interação entre o profissional e o usuário e a família. A assistência de Enfermagem prestada por meio de a visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita - a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco - fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. (GUIMARÃES, 2014).

Segundo Gallassi et al. (2014) cuidados domiciliares em saúde são praticados desde a antiguidade. Com o desenvolvimento da medicina científica a partir do século XIX, o hospital se tornou local de referência para cuidar de pessoas com problemas de saúde. Isso alcunhou essas pessoas como pacientes, determinou-lhes a identidade de doentes e segregou-as no ambiente hospitalar. Com essa institucionalização do sujeito adoecido, a família deixou de ter autonomia sobre o cuidado de seu parente, sentindo-se obrigada a solicitar assistência médica nos hospitais por se perceber cada vez mais impotente diante das manifestações clínicas das doenças. Essa impotência é, pois, ressonância de um modelo médico hegemonicamente científico, sobre o qual a família não tem domínio.

Nos dias atuais, o cuidado domiciliar aumenta em grande proporção, pois a assistência ao domicílio perpassa todas as idades, desde a criança até o idoso, abrindo um cenário para diversos tipos de cuidado em domicílio, que vai desde o cuidado paliativo até o cuidado intensivo. A enfermagem domiciliar é uma especialidade nas ações de trabalho da enfermeira que exige conhecimento científico-tecnológico, autonomia, responsabilidade, extrema habilidade no relacionamento interpessoal para trabalhar com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional (CONSONI et al., 2014).

Analisando as dificuldades encontradas pelo enfermeiro no atendimento domiciliar, sendo feito essa análise chegou-se à conclusão de que a equipe de enfermagem deve trabalhar de forma coerente respeitando e sendo acima de tudo profissional sabendo lidar com o cliente que está sendo assistido e com seus familiares, orientando de forma coerente para que a família tenha confiança na assistência oferecida ao cliente, dessa forma haverá uma ótima comunicação entre ambas as partes (SOUSA, 2018).

A enfermagem domiciliar é uma alternativa de assistência e cuidados na área de saúde, onde o paciente é atendido em sua casa e, consequentemente, aumenta a sua

capacidade de recuperação. O atendimento é humanizado e individualizado, permitindo que o profissional possa se adaptar às características do paciente e da família atendida.

2.3 O papel do enfermeiro nos cuidados paliativos ao idoso

Atualmente, existe no Brasil cerca de 21 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, aproximadamente, 11% do total da população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da OMS apontam que de 1950 a 2025 a quantidade de idosos no País aumentará 15 vezes. Com isso, o Brasil ocupará o sexto lugar no total de idosos, alcançando, em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, o que acarretará intensa repercussão no atendimento domiciliar (AD) à pessoa idosa (KLAKONSKI et al., 2015).

A atuação da enfermagem ao indivíduo em cuidados paliativos (CP) na Atenção Primária à Saúde (APS) visa a promover a qualidade de vida dos indivíduos e da sua família como garantia da assistência integral, para um cuidado humanizado e digno, melhorando a maneira de enfrentar a doença e minimizando o sofrimento. Neste contexto, o profissional de enfermagem que atua em CP é visto pelo usuário como aquele que irá restabelecer sua saúde, reduzindo o sentimento de vulnerabilidade. Além disso, o enfermeiro é capaz de promover o controle de sintomas, realizar técnicas específicas como hipodermóclise, curativos, promover comunicação terapêutica, ofertar cuidados espirituais, realizar a manutenção da higiene, manter comunicação com a equipe multidisciplinar e prover medidas de conforto junto à família (FONSECA et al., 2022).

A multidisciplinaridade da equipe faz com que o paciente e a família sejam muito bem amparados por todos os lados, sendo composta desde um profissional que se presta às questões sociais e comunicativas, passando pelo campo da psicologia e até as especialidades médicas promovidas por profissionais de enfermagem e de medicina. O movimento dos CP no Brasil vem crescendo, embora ainda sejam iniciativas discretas. Uma das estratégias utilizadas para fortalecer o movimento dos CP é a inserção cada vez mais frequente da especialidade nos currículos de graduação de todos os profissionais. Essas disciplinas devem, além de conter os conhecimentos teóricos, também contar com vivências na prática e aplicações por meio dos estágios. A inserção das disciplinas no currículo dos profissionais pode ser o meio mais efetivo para a consolidação dos CP no Brasil (ROSA et al., 2021).

Quando a morte é inevitável, a sensação mais visível é de fragilidade deste poder de cura, causando em muitos profissionais a ideia de fracasso. No entanto, a morte desencadeia sentimentos marcantes não somente para a pessoa que está morrendo, mas também, para a equipe multidisciplinar de saúde, em especial, a enfermagem. Portanto, o entendimento dos profissionais da saúde diante do processo de finitude é fundamental, sobretudo por permitir o reconhecimento do ser humano integrante desse processo. Assim, a construção desse entendimento possibilita a compreensão da doença para o paciente que se vê em uma situação de enfrentamento e aceitação. Para tanto precisa ser auxiliado por um profissional capaz de compartilhar esse enfrentamento (PIEDRAFITA-SUSÍNA et al., 2015).

Esta realidade afeta a área de conhecimento da Enfermagem, pois, uma vez hospitalizado, o idoso com doenças sofre impacto na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado, passando a necessitar de assistência com elevado grau de dependência da equipe de enfermagem, bem como de defensores da preservação da sua autonomia. Dessa forma, como membro da equipe de saúde, o enfermeiro pode reunir elementos que

favoreçam a criação de vínculos e o desenvolvimento de ações e interações no escopo do gerenciamento do cuidado para defender a autonomia do idoso (GASPAR et al., 2019).

Os cuidados paliativos é uma assistência prestada em pacientes sem opção terapêutica que lhe proporcione a cura, prever como principal alvo a qualidade de vida, bem-estar para esse público e a enfermagem tem papel fundamental nessa parte esclarecendo dúvidas e apoiando a família e o paciente em sua tomada de decisão estudo visa destacar a importância dos cuidados de enfermagem em atendimento ao cliente terminal. (SOARES et al., 2021).

Dentre esses conceitos, reitera-se acerca do constante desenvolvimento científico e tecnológico que sempre vem avançando na área da saúde, proporcionando uma perspectiva no aumento da qualidade de vida dos indivíduos, ajudando no processo operacional no trabalho da enfermagem. Fato que ocorre devido aos diagnósticos, terapias e reabilitação, como também pela agilidade na troca de informação. Isso vale dizer que a tecnologia é de grande ajuda nessa área, contudo, a enfermagem também adentra esse espaço no processo do cuidado paliativo (MEIRELES; BITTENCOURT, 2021).

Para Castro et al. (2022) o envelhecimento é um processo natural do organismo, seja ele animal ou vegetal, todas as formas de vida passam por ele, e durante este processo é comum que nós fiquemos mais vulneráveis a doenças e que nossa recuperação possa nem acontecer, e quando isso ocorre dentro de um ambiente hospitalar, a enfermagem tem um papel essencial ao oferecer os cuidados paliativos, assim conservando seu bem-estar até o momento de sua morte. Quando a pessoa idosa necessita passar por tratamento de longa duração com muitos procedimentos complicados e dolorosos, trazendo consigo a necessidade de longa permanência no ambiente hospitalar, onde raramente há indicação de retorno ao domicílio, nesse momento a família e o paciente juntamente com a equipe multiprofissional estabelecem vínculos de interação, principalmente com a enfermagem que transmite confiança, comprometimento, responsabilidade, conforto e esperança em todo o processo de cuidados paliativos.

Com uma abordagem diferenciada e multidimensional, os enfermeiros se destacam como um dos principais profissionais desta equipe de saúde. Esse destaque ocorre em virtude da proximidade do enfermeiro com as ações assistenciais prestadas diretamente ao indivíduo, como em relação a sua formação técnico científico que possibilita a ampliação da capacidade de intervir além dos sinais e sintomas. Os cuidados de enfermagem envolvem a condição ética que reflete diretamente na dignidade humana e suas tomadas de decisões. A ética, dentro do campo da saúde, envolve um arcabouço de princípios para proteção da vida dos indivíduos, além de nortear valores fundamentais para a manutenção da integridade das pessoas, interagindo nos processos da saúde/doença (OLIVEIRA et al., 2021).

A enfermagem se faz presente nos extremos que permeiam a vida e a morte. No entanto, para muitos discutir a morte é de certa forma angustiante se comparado a medidas curativas, mas faz parte dos cuidados paliativos valorizar a vida e a enxergar a finitude como um processo natural. A dificuldade em aceitação por parte da família em aceitar a finitude é deveras desgastante para o profissional o que torna a prestação de cuidado mais sofrida, tendo em vista que aceitar que a morte é inevitável gera, principalmente, no profissional despreparado uma sensação de fracasso (QUEIROZ et al, 2018).

Interpretar o valor do Cuidar de Enfermagem exige um pensamento ético que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, em sua complexidade, suas escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como profissão. Para realizar um Cuidado de Enfermagem Sistematizado

é necessário todo um planejamento; realizar atividades com a equipe a fim de motivar, sanar suas dúvidas, criar um ambiente em que os profissionais se sintam impulsionados a procurar novos conhecimentos e promover atualização constante dos procedimentos através de educação continuada. (SILVA, 2020).

O trabalho multidisciplinar é essencial ao tratamento de idosos em CP na Unidade de Terapia Intensiva - UTI, por causa da alta complexidade, visto que nenhuma categoria conseguirá atendê-lo de maneira integral, entretanto, a equipe de enfermagem convive por mais tempo com os pacientes, já que estes são dependentes dos seus cuidados, que vão dos mais simples até os mais complexos. Dessa forma, o enfermeiro deve implementar estratégias de assistência, com intuito de minimizar o impacto do tratamento (SANTOS et al., 2019).

O enfermeiro deve estar atento de que forma ele pode reunir elementos cuidativos a fim de criar vínculos com esse idoso, para que seja possível o desenvolvimento de ações efetivas de cuidado que respeite dentro do possível as decisões dos idosos referente a sua vida e o término dela. O enfermeiro tem como função detectar sinais e sintomas e intervir precocemente a abordagem paliativa visando a prevenção, a promoção, alívio da dor e de outros sintomas estressantes, preservando a vida e eliminado a morte com o processo doloroso e sim promover um processo da morte natural (CARVALHAIS; SOUSA, 2012).

Freitas, Pereira (2013), a firmam que a essência da enfermagem é o cuidado, principalmente quando se fala de pessoas fora de possibilidade de cura. Percebe-se então que é indispensável o cuidado do enfermeiro a pessoa idosa em cuidados paliativos, pois ainda segundo os autores o enfermeiro cuida de pessoas que estão envoltas em emoções, dores, medos entre outros sentimentos. Nos Cuidados Paliativos o enfermeiro ocupa-se das ações práticas e gerenciais em conformidade com toda a equipe de saúde, tendo como foco principal o cuidado baseado no alívio da dor e redução dos sintomas e não na cura o que torna um ambiente genuíno para a prática da enfermagem fundamental.

O enfermeiro deve ser trabalhado desde a faculdade para lidar com situações em que ter humildade é uma qualidade essencial, principalmente em caso de cuidado com idosos. O enfermeiro deve usar de sua criatividade para sentar-se e conversar com o paciente sobre o que está acontecendo, passando ao mesmo confiança e serenidade.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção de cuidados paliativos em ambiente domiciliar permite a pacientes idosos a possibilidade de continuar em seu contexto familiar e social, com atenção multiprofissional, especializada e disposta a oferecer suporte e orientação aos familiares e/ou cuidadores, evitando internações recorrentes e muitas vezes desnecessárias. Assim, o idoso permanece em um ambiente familiar, com riscos diminuídos e assistência integral, o que contribui para a melhorar e manutenção de sua qualidade de vida.

Devemos observar que diante do aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população trará uma demanda de doenças crônicas uma vez que eja progressiva ou incurável e pensar numa qualidade de vida melhor para o paciente, se us familiares e profissionais que acompanharão até o fim de vida.

A promoção dos cuidados paliativos no ambiente do lar permite aos idosos a possibilidade de continuar em seu contexto familiar e social, com atenção multiprofissional, disposta a oferecer suporte e orientação aos membros da família ou cuidadores, evitando internações recorrentes e muitas vezes desnecessárias. Assim, o idoso permanece em

um ambiente familiar, com riscos diminuídos e assistência integral, o que contribui para a melhora e manutenção de sua qualidade de vida.

Referências

ALMEIDA, L. M. O. **A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS AO PACIENTE TERMINAL COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.** 2017. 30 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) –Anhanguera Kroton, Campo Grande, 2017.

ANDRADE, A. M. et al. **Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 jan-fev;70(1):210-9

ANDRADE, Angélica Mônica, et al. Atuação do Enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm** 2017 jan-fev;70(1):210-9.

BAPTISTA, Bruna Olegário et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enfermagem.** Porto Alegre, v.33, n. 1, Mar. 2012.

BARANHOS, T. **Cuidados Paliativos Sob A Perspectiva Dos Profissionais Da Saúde.** Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. OMS. **Conceito de cuidados paliativos no mundo: Uma nova concepção.** 1 ed. P. 112. Londres: OMS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011.Seção 1. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SAD – Protocolo de assistência a enfermagem domiciliar.** Prefeitura Coordenação Municipal de Enfermagem Municipal de Campinas. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. **Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes.** Saúde e Sociedade, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública. SP - Brasil, 2012.

CARVALHO, S. S. **A RELEVÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ENFERMAGEM: Uma Revisão de Literatura.** FACULDADE DE ITAITUBA – FAI. CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA. 21 de janeiro de 2019

CASTRO, R. S. L. et al., **Assistência Da Enfermagem Ao Paciente Idoso Em Cuidados Paliativos No Ambiente Hospitalar.** Uniandreda. v. 19 n. 19 (2022): Anais 19º Seminários de Iniciação Científica da Uniandrade-2021/2022

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0464/2014.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html Acesso em: 01 Mai 2022

CONSONI, E. et al. Os desafios do enfermeiro no cuidado domiciliar. Relato de caso. **Enfermagem Brasil.** Ano 2015 - Volume 14 - Número 4.

COREN DF - Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. **Manual De Orientações Para Os Profissionais De Enfermagem De Home Care E Cooperativas Prestadores De Serviços Na Assistência Domiciliar Do Distrito Federal.** Brasilia – DF, 2019.

COSTA, A. D. M. J. et al., **Enfermagem e cuidado domiciliar em foco.** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2020

DAMIÃO, D. C. **Assistência Domiciliar – Home Care: Características E Benefícios. Home Health Care - Features And Benefits.** Universidade Católica de Brasília, Brasília – 2011.

FABRÍCIO, SCC; WEHBE, G; NASSUR, FB; ANDRADE, J.I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** v. 12, n.5, p.721-726, set.-out. 2010

FLORIANO, L. A.; et al. **Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul--Set; 21(3): 543-8.

FONSECA, L. S. et al. Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 2022; 68(1): e-071383

FREITAS, N. O; PEREIRA, M. V. G; Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde,** São Paulo - 2013; 37(4): 450- 457.

GALASSI, C. V. et al. **Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional.** ABCS Health Sci. 2014; 39(3):177-185

GASPAR, R. B. et al. Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life. **Rev Bras Enferm.** 2019;72(6):1639-45. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0768

GUIMARÃES, C. P. **Assistência Domiciliar Do Enfermeiro: Planejamento Estratégico Situacional - Unidade Básica De Saúde Almerindo Alves Barbosa Farias Do Município De Janaúba / Mg.** Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros – MG, 2014.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Tratamento do Câncer.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos. Acesso em: 12 OUT. 2022.

KLAKONSKI, E. A. et al. **Atuação Do Enfermeiro No Atendimento Domiciliar Ao Paciente Idoso: Revisão Integrativa Da Literatura.** Saúde e Pesquisa, v. 8, Edição Especial, p. 161-171, 2015 - ISSN 2176-9206 (on-line)

LACERDA, J. T. et al. **Implantação e gerenciamento do SAD.** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Florianópolis | SC UFSC. 2015

LOPES, J. M. C.; SOUSA, A. I. **A gestão do cuidado na Atenção Domiciliar.** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE/UFCSPA, 2017.

MEIRELES, D. S. DE, & BITTENCOURT, G. K. G. D. (2021). Planejamento de cuidados paliativos para idosos: revisão integrativa. **Comunicação Em Ciências Da Saúde,** 32(03). https://doi.org/10.51723/ccs.v32i03.609

MORAES, I. I. G. **Se Estiveres Morrendo... Te Cuidarei!** Grupo Hospitalar Conceição. Centro De Educação Tecnológica E Pesquisa Em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Porto Alegre, 2012.

OLIVEIRA, L. M.; et al. Aspectos éticos do cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos. **Enferm Foco.** 2021;12(2):393-9.

PIEDRAFITA-SUSÍNA, A. B. et al. Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. **Enferm Intensiva.** 2015; 26(4):153-65.

POLETTO, S.; BETTINELLI, L. A.; SANTIN, J. R. **Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana.** Rev. Bioét., Brasília , v. 24, n. 3, p. 590-595, Dec. 2016.

POLETTO, S.; et al. Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. **Rev. Bioética.**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 590-595, Dec. 2016 .

QUEIROZ, T. A., et al. Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. **Texto & contexto enferm.** v. 27, n. 1, 2018.

ROSA, A. B. et al. **A Enfermagem Nos Cuidados Paliativos Com O Idoso: Uma Revisão Narrativa De Literatura.** Universidade Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). Julho, 2021.

SANTOS, R. J. L. L.; et al. O enfermeiro e os cuidados paliativos proporcionados ao idoso terminal internado em UTI. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 6, 1095-1104, mar./apr. 2019.

SILVA, L. K.; et al. The nurse's role in home care: its implications for the traning process. **Cienc Cuid Saude** [Internet]. 2014

SILVA, M. C. A. **Impressões sobre o cuidar de enfermagem sistematizado**. [recurso eletrônico]. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

SILVA, S. S. **Assistência De Enfermagem A Pacientes Em Cuidados Paliativos.** UNIVERSIDADE FEDE-

RAL DE SANTA CATARINA. FLORIANÓPOLIS (SC), 2014.

SOARES, M., et al. (2021). O PAPEL DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLOGICOS: UMA BREVE REVISÃO . ***RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*** - *ISSN 2675-6218*, *2*(9), e29695.

SOUSA, Miriam Moreira. Enfermagem em assistência domiciliar a saúde: comunicação entre enfermeiros e clientes. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 03, Ed. 08, Vol. 06, pp. 209-225, Agosto de 2018. ISSN:2448-0959

33

A TROMBOFILIA NA GESTAÇÃO

THROMBOPHILIA IN PREGNANCY

Hirllannya Santos Lopes

Andrielle Sousa da Silva Mendes

Iaila Bianca Fernandes Lima

Jennifan Carla Sanches Moreira

Maria Jordânia Novais Araujo

Suzane Tamires Silva Menezes

Resumo

A gestação é um estágio de mudanças biológicas determinadas, durante esse período a mulher vivencia numeras mudança metabólica que pode ser de ordem complexa. A trombose na gravidez ocorre quando se forma um coágulo de sangue que obstrui uma veia ou uma ateria, impedindo assim que o sangue passe pelo local. A trombose pode surgir em qualquer pessoa, à complicação durante o período da gestação é mais comum, já que a capacidade de coagulação e circulação do sangue são alteradas através de alterações hormonais que podem acontecer pela compressão do útero nos vasos sanguíneos. É importante que as gestantes tenham conhecimento do que se trata a trombofilia durante a gravidez, isso porque a maioria das pacientes que são diagnosticadas com a doença não possui nenhum tipo de conhecimento sobre a origem da mesma. A investigação sobre a trombofilia geralmente só ocorre, quando a paciente possui pessoas próximas ou familiares que tiveram casos de repetição de aborto sem explicação nenhuma. Esse é um dos grandes fatores que contribuem para disseminação da doença e dos óbitos dos fetos. A trombose durante a gestação tem cura, e o tratamento deve ser acompanhado pelo obstetra, onde normalmente são utilizadas injeções de heparina, que ajudam a dissolver os coágulos e diminuem a formação de novos. O objetivo geral deste trabalho busca compreendera importância de conhecer a trombofilia durante o período gestacional. A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica, onde levantamento de informações sobre esta temática em artigos, livros, revistas e relatórios periódicos desenvolvidos nos últimos dez anos. Conclui-se que o auxílio do profissional de enfermagem são fundamentais para ajudar a paciente a prevenir as complicações durante o período gestacional.

Palavras-chave: Trombofilia; Gravidez; Enfermagem; Tratamento; Prevenção.

Abstract

Pregnancy is a stage of determined biological changes, during this period the woman experiences numerous metabolic changes that can be complex. Thrombosis in pregnancy occurs when a blood clot forms that blocks a vein or an atheria, thus preventing blood from passing through the site. Thrombosis can occur in anyone, the complication during pregnancy is more common, as the ability of blood to clot and circulate is altered through hormonal changes that may occur by the compression of the uterus in the blood vessels. It is important for pregnant women to know what thrombophilia is about during pregnancy, because most patients who are diagnosed with thrombophilia have no knowledge of its origin. Thrombophilia investigation usually only occurs when the patient has close or family members who have had repeated abortion cases without explanation. This is one of the major factors that contribute to the spread of the disease and fetal deaths. Thrombosis during pregnancy is curable, and treatment should be accompanied by the obstetrician, where heparin injections are usually used, which help dissolve the clots and decrease the formation of new ones. The general objective of this paper is to understand the importance of knowing thrombophilia during pregnancy. The methodology used was the bibliographic research, where survey of information on this theme in articles, books, magazines and periodic reports developed in the last ten years. It is concluded that the assistance of the nursing professional is fundamental to help the patient to prevent complications during the gestational period.

Keywords: Thrombophilia; Pregnancy; Nursing; Treatment; Prevention.

1. INTRODUÇÃO

A trombofilia ocorre quando o paciente possui uma maior facilidade em obter coágulos sanguíneos, o que faz com que ocorra um maior risco de complicação como trombose venosa ou o Acidente Vascular Cerebral (AVC). As pessoas que possuem esse tipo de condição, geralmente apresentam sintomas no corpo, como inchaço nas pernas, nas mãos, inflamações e sensação de constante falta de ar.

Em termos médicos pode ser definida como a maior "ocorrência de eventos trombóticos venosos", ou seja, o chamado sangue grosso que contribui para o entupimento das veias. Essa doença possui uma diversidade de fatores, entre eles condições hereditárias que é causada por fatores genéticos e a condição adquirida, que ocorre por diversas causas o que contribui para a coagulação do sangue. Entre os fatores que contribuem para a aquisição da trombofilia, encontram-se a ligação do paciente ao uso de estrogênios, reposição hormonal, cirurgias e a gravidez.

É importante que as gestantes tenham conhecimento do que se trata a trombofilia durante a gravidez, isso porque a maioria das pacientes que são diagnosticadas com a doença não possui nenhum tipo de conhecimento sobre a origem da mesma. A investigação sobre a trombofilia geralmente só ocorre, quando a paciente possui pessoas próximas ou familiares que tiveram casos de repetição de aborto sem explicação nenhuma. Esse é um dos grandes fatores que contribuem para disseminação da doença e dos óbitos dos fetos.

A trombose faz com que qualquer pessoa possua sérias complicações, porém durante o período da gestação essa situação se multiplica. Isso porque as gestantes já estão sujeitas a um estado de hipercoagulabilidade que é um fator típico da gravidez. Por conta disso, nasce uma problemática a ser discutida: Qual a importância da prevenção da trombofilia durante a gestação?

O objetivo geral deste trabalho buscou compreendera importância de conhecer a trombofilia durante o período gestacional. Já os objetivos específicos se definiram em: conceituar os aspectos gerais da trombofilia, contextualizar os tipos de trombofilia e discorrer sobre o tratamento para combater a trombofilia.

Para elaboração deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada nas obras dos autores Silva (2009), Zubaib (2012), Guimarães (2016), entre outros citados no decorrer do desenvolvimento. Será realizado também o levantamento de informações sobre esta temática em artigos, livros, revistas e relatórios periódicos desenvolvidos nos últimos anos. Sobre os materiais impressos, serão observados os sumários para sinalizar que tratam do assunto em questão. Para ambos, os descritores procurados serão: Gravidez, Trombofilia, Gestação de Risco, Trombofilias Hereditárias, Saúde e Profissional de Enfermagem.

A respeito dos materiais online, como critério de exclusão serão descartados aqueles que não tiveram pertinência com o objeto do estudo, os que foram publicados há mais de 10 anos e os que em seu resumo apresentarem uma abordagem diferente da proposta principal do artigo. Sobe os materiais de inclusão foram utilizados os materiais desenvolvidos nos últimos anos onde a finalidade é compreender o processo de desenvolvimento da pesquisa em questão.

2. TROMBOFILIA

A gestação é um momento esperado pelos pais, é único e emocionante o planejamento de um bebê. Porém em alguns casos pode ser início de uma luta que irá durar os nove meses da gestação. Isso inclui injeções diárias de anticoagulantes, exames, ultrassonografias para verificar o fluxo sanguíneo e um pré-natal acompanhado de forma rígida para garantir que a criança e o bebê permaneçam saudáveis, tudo isso irá ocorrer por conta das trombofilias (WANNMACHER, 2003).

Durante a gestação vários fatores de risco são inerentes e predispõem o desenvolvimento tromboembólico, isso ocorre porque sua incidência é cinco vezes maior nas gestantes do que se comparado a mulheres não grávidas. Diversos fatores de risco são associados à gestação. A trombose na gestação ocorre por conta do aumento dos coágulos no corpo da gestante (ZUBAIB, 2012).

É importante que as gestantes tenham conhecimento do que se trata a trombofilia durante a gravidez, isso porque a maioria das pacientes que são diagnosticadas com a doença não possui nenhum tipo de conhecimento sobre a origem da mesma. A investigação sobre a trombofilia geralmente só ocorre, quando a paciente possui pessoas próximas ou familiares que tiveram casos de repetição de aborto sem explicação nenhuma. Esse é um dos grandes fatores que contribuem para disseminação da doença e dos óbitos dos fetos (STOCCO, 2011).

É caracterizada pelas alterações na coagulação do sangue, isso faz com que o risco dos coágulos faça a obstrução dos vasos sanguíneos causando assim o entupimento das veias do coração, pulmão e do cérebro da mãe e causa obstrução na circulação de sangue para a placenta. A trombofilia pode ocorrer por conta de diversas mutações ou deficiências que são hereditárias ou clínicas, na gravidez ela ocorre naturalmente por conta do estado de hipercoagubilidade do sangue da mãe. Em alguns casos as pacientes só descobrem a doença por conta de complicações no período gestacional (ALMEIDA, 2010).

Nesse contexto trata-se de uma desordem multigênica que é ocasionada por defeitos hereditários ou que sejam adquiridos tendo assim sua definição como uma predisposição para a trombose. A classificação de trombofilia hereditária ocorre quando se demonstra a presença de algum tipo de anormalidade hereditária que cria uma predisposição à oclusão vascular, porém essa necessita da interação com outro componente que também é hereditário ou adquirido para que assim seja desencadeado o episódio trombótico (MACHADO; LIMA, 2008).

Esse problema pode ter ligação às alterações que são decorrentes dos inibidores fisiológicos da coagulação que é a antitrombina, proteína C e S, que são resistentes a proteína C quando ativada ou quando ocorre algum tipo de mutação de fatores de coagulação. A trombofilia também pode ser adquirida através de outra condição clínica como neoplasia, a síndrome antifosfolípide, a imobilização ou até mesmo pelo uso de medicação para o tratamento hormonal, anticoncepcionais de uso oral e heparina. Os defeitos da trombofilia podem causar sérias complicações obstétricas, como dificuldade para engravidar, gestão de risco, abortos espontâneos e até mesmo o retardo no crescimento fetal. É fundamental que sejam feitas investigações laboratoriais em situações de grande ocorrência dos sintomas tromboembólicos como dificuldade para engravidar ou abordos espontâneos (ZUBAIB,2012)

É necessário ressaltar que as investigações da trombofilia não é sempre útil em eventos considerados agudos, isso porque o manejo imediato da trombose não depende apenas da definição dada por sua etiologia e dos seus eventos tromboembólicos agudos. Isso ocorre

porque esses eventos podem ou não influenciar ou dificultar o processo de interpretação dos resultados, causando certo desgaste para a paciente. Acredita-se que os testes feitos nos plasmas devam ser realizados pelo de cinco a seis meses logo após a ocorrência do evento trombótico agudo. Outra recomendação importante é que a paciente aguarde no mínimo de quinze a vinte dias ou até mesmo um mês após a descontinuação do tratamento com anticoagulante oral para começar a investigar sua causa (WANNMACHER, 2003).

As condições atreladas e associadas a ocorrência do tromboembolismo são: A condição congênita ou hereditária e a condição adquirida. Na condição congênita (ou hereditária) a trombofilia por conta de uma série de deficiências de proteína C e D, disfibrinogenemia, mutações do gene da protrombina e hiperhomocisteinemia, esse tipo de condição é considerada a mais como, pois, é decorrente de alterações ligadas aos fatores fisiológicos da coagulação. Já a condição da trombofilia adquirida ocorre quando vem em decorrência de alguma condição clínica como a síndrome de antisfosfolípide, a terapia de reposição hormonal, o uso de anticoncepcional e heparina, idade avançada, câncer, cirurgia ou trauma (SANTOS; ZAPAROLI, 2011).

Compreender a diversidade de casos de trombofilia gestacional que tem ocorrido nas últimas décadas, além da compreensão do diagnóstico errôneo por parte de alguns profissionais da saúde. Mesmo sendo assustador receber o diagnóstico da doença durante a gravidez, é fundamental compreender uma série de complicações que a paciente irá adquirir. Vale ressaltar que a rapidez no diagnóstico, faz toda a diferença. O diagnóstico laboratorial deve ser feito sempre, para que sejam feitos estudos sobre a trombofilia, é necessário que a paciente faça hemograma, o leucograma e a contagem de plaquetas para que assim possa dar início ao processo de estudo das decorrências do caso. A investigação das vias plasmáticas anticoagulantes que são as deficiências de antitrombina e das proteínas C e S também são necessárias assim como a pesquisa de disfibrogene para verificar a presença de antocoagulante lúpico. A alguns anos foram introduzidos novos métodos e testes para verificar a resistência da proteína C quando ativada sendo ela atribuída ou não a mutações do fator V de Leiden. Quando a hiperprotombinemia tem atribuições à presença de alguma mutação genética ou quando sua deficiência é atribuída à falta de vitamínicias (GUIMARÃES, 2016).

Uma gravidez normal já é associada a uma série de alterações notáveis da hemóstase, que é um aumento das concentrações dos fatores pró-coagulantes, é nítido que também há diminuição de alguns anticoagulantes naturais com é o caso da proteína S e ocorre o aumento da resistência à proteína C quando esta é ativada. Isso todo quando é associado ao desenvolvimento natural e sem impedimentos placentários que constitui um mecanismo de proteção para a hemorragia na hora do parto, o que aumenta o risco de trombose (COELHO; MOREIRA, 2001).

Os efeitos fisiológicos presentes na gravidez podem ser o suficiente para gerar uma maior potencialidade em mulheres que sejam predispostas a eventos tromboembólicos por conta da trombofilia hereditária. Mas existe a extensão desses fatores serem associados a outros eventos que ocorrem na vida dessas pacientes. Estudos mostram que existem diagnósticos considerados errados quando não associados de maneira correta (SILVA, 2009).

O tromboembolismo venoso (TEV) é seis vezes mais comum nas grávidas do que em mulheres que não estão grávidas, sendo o tromboembolismo pulmonar uma das causas mais comuns da morte materna no mundo. Nas últimas duas décadas tem crescido o número de ligação entre a trombofilia e as complicações associadas à gravidez. Por conta disso com o passar dos anos o impacto dessa patologia é considerado significativo e esti-

ma-se que a prevalência de trombofilia na população mundial tenha crescido cerca de 5%, seguido de episódios do tromboembolismo venoso (MONTENEGRO; LIMA, 2008).

Segundo Serrano (2008) acredita-se também que a mutação do gene da metileno-tetrahidrofolatoredutase (MTHFR) pode interferir no processo de coagulação o que causa um estado de hipercoagubilidade. A relação entre esses fatores e a infertilidade e a perda precoce espontânea ou o aborto podem ser ocasionados por conta das alterações da hemóstase de um caráter trombofilico que afeta a avasculatura placentária. O sucesso de uma gravidez depende exclusivamente do desenvolvimento adequado da circulação uteroplacentar, por conta disso a trombofilia pode interferir nesse processo, gerando assim sérias consequências para a paciente (ZUBAIB, 2012).

Os fatores de risco para a trombose arterial incluem problemas de hipertensão arterial, uso do tabaco, alcoolismo, dislipidemias e o diabetes. Esses fatores são adquiridos de maneira fácil e contribuem muito para que a paciente possua trombose venosa, além da idade o uso de medicamentos por via oral como anticoncepcional e reposição hormonal, presença de antifosfolípidese e casos em que o paciente já tenha tido câncer. Algumas alterações adquiridas nos mostram que a trombofilia não é incomum e deve ser pesquisada e examinada através de exames hematológicos e bioquímicos que são capazes de detectar a presença de anticorpos antifosfolípide e doenças mieloproliferativas (SANTOS; ZAPAROLI, 2011).

3. DIAGNÓSTICO

A trombofilia é uma doença que ocasiona uma série de alterações na coagulação sanguínea, como consequência aumenta os riscos de obstrução dos vasos sanguíneos do paciente. A denominação dessas obstruções é denominada de trombose.

Uma a cada dez mulheres apresentam algum tipo de mutação genética ligada a trombofilia. Por conta disso é necessário solicitar ao médico exames que investiguem se há algum risco de fazer uso de contraceptivos orais antes ou depois de engravidar. O diagnóstico molecular busca detectar as mutações genéticas mais comuns que tem ligação com a trombose, permitindo que a paciente faça um acompanhamento genético e oriente sua família sobre sua condição genética (POTTER; PERRY, 2009). Os autores supracitados ainda ressaltam a importância de conhecer a condição genética do paciente, assim como a trombofilia hereditária é necessário que se compreenda sobre a adquirida. A diferença e o tratamento correto podem acarretar benefícios para a paciente e seus familiares.

A trombofilia pode ser diagnosticada por exames de sangue específicos. Em alguns casos ela é assintomática que dificulta no processo de diagnóstico da doença. Por essa questão a solicitação do exame deve ser feita apenas pelo médico obstetra. Exames como Fator V Leiden, proteína C, proteína S, anticoagulantes lúpicos são exames que ajudam a diagnosticar a doença ou não. Além disso, imagens de ultrassonografias ajudam a localizar possíveis coágulos existentes (CASTRO, 2013).

O diagnóstico molecular possui vantagens em relação aos demais, pois sua prevenção antecipa os efeitos negativos da trombofilia, como a ocorrência de abortos múltiplos. Esse tipo de exame disponibiliza informações importantes para a descoberta das características especificas da doença, assim como os fatores de risco de recorrência, as modalidades de transmissão através de exames de genética e o diagnóstico no pré-natal (LOURENÇO, 2012).

Os exames que detectam a trombofilia na gravidez ocorrem através de algumas in-

dicações, são elas: episódios anteriores de trombose, dois ou três abortos espontâneos sem que haja algum tipo de explicação específico, um ou mais nascimento de prematuros (onde o feto nasça com 32 duas semanas), pré-eclampsia grave, casos de trombofilia na família independente do grau de parentesco. É necessário que o obstetra avalie a necessidade da realização do exame, pois os custos além de elevados podem ocasionar a gestante ansiedade e alterações no sistema de forma desnecessária (MONTEIRO, 2012).

4. TRATAMENTO DA TROMBOFILIA

A trombofilia se caracteriza através de uma propensa formação de coágulos de sangue, que podem levar a ocorrência de uma trombose, um acidente vascular cerebral ou até mesmo uma embolia pulmonar. Sabe-se que isso ocorre por conta das enzimas que compõe o sangue e são responsáveis pela coagulação. Quando a coagulação deixa de funcionar de maneira correta, o surgimento de coágulos passa a ocorrer com frequência (DOENGES, 2010).

Na gestação a coagulação sanguínea é considerada com um fator de risco, por conta do desenvolvimento de eventos tromboembólicos, que podem surgir apresentando sintomas de inchaço, alterações na pele, desprendimento placentários, pré-eclâmpsia, parto prematuro e até mesmo aborto espontâneo. Caso a paciente possua histórico de trombofilia na gestação, é necessário que a mesma procure um tratamento adequado nas primeiras semanas de gestação, evitando assim o surgimento de possíveis complicações durante o período gestacional (NETTINA, 2003).

O estado fisiológico de hipercoagulabilidade e hipofibrinólise é induzido pela gravidez, este por sua vez busca proteger a gestante de hemorragias que são associadas ao parto. O problema é que esse mecanismo pode ou não contribuir para o desenvolvimento de trombofilias, que consequentemente aumentam o número de ocorrências de trombose venosa e de complicações obstétricas (BONACHELA, 2010).

A trombose na gestão é 6 a 8 vezes maior do que em mulheres que não estão gestantes, porém há outros fatores que aumentam esse tipo de probabilidade de desenvolver a trombose quando esta tem relação com a gravidez. O histórico de antecedentes que possuem trombose venosa, a idade materna já avançada, a obesidade ou algum tipo de lesão, são fatores que contribuem para esse índice de ocorrência (SANTOS, 2011).

Na gestação gemelar, por exemplo, o risco de a paciente adquirir a trombofilia é 10 vezes mais que na gestação não gemelar, isso porque a gestante produz mais fatores que ocasionam a coagulação sanguínea. A desidratação dessas pacientes é outro fator de risco, que pode ocasionar o engrossamento do sangue. Ressalta-se que o uso de medicamentos contraindicados e de drogas como o cigarro também contribuem para o surgimento da trombose, a idade avançada da mulher também é um fator de risco (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

O tratamento e a prevenção da trombofilia na gestação ocorrem na administração de aspirina em uma dose de 80 a 100mg ao dia. Esse medicamento busca inibir o processo de agregação plaquetária, mesmo sendo um medicamento contraindicado durante o período gestacional, por apresentar uma série de riscos ao feto os benefícios desse medicamento se sobressaem aos malefícios ocasionados (BONACHELA, 2010).

Outro tratamento utilizado é a heparina injetável com a enoxaparina, que é um anticoagulante utilizado com frequência em pacientes que possuem trombofilia na gestação, é um medicamento seguro por não ocasionar danos a placenta. Esse tipo de medicamento

não ultrapassa a barreira placentária e não ocasiona riscos ao bebê. Ressalta-se ainda que enoxaparina é um medicamento que pode ser administrado diariamente pela própria paciente, por sua via subcutânea. O tratamento deve ser feito após o parto e deve durar de 6 a 8 semanas (GUNTHER; KOHLRAUCH; LEUBE, 2009).

Não são todas as pacientes que devem realizar os exames para o diagnóstico da trombofilia, é necessário que haja um histórico pessoal ou familiar de trombose, assim como o conhecimento de histórias produtivas com ocorrência de perda gestacional recorrente como o surgimento e pré-eclâmpsia grave no primeiro trimestre da gravidez. O pré-natal correto e rigoroso, garante a saúde da mãe e de seu bebê (SANTOS, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trombose é uma condição de hipercoagulação que pode ser adquirida ou hereditária que leva o paciente a um estado protombótico. Quando hereditária é geralmente causada através das alterações nos anticoagulantes fisiológico, como proteína S e a proteína C, assim como resistência a mutação da proteína C ativada ou na coagulação. Já a trombose adquirida, ocorre quando a paciente já possui iuma predisposição para o desenvolvimento da doença, o que favorece defeitos na coagulação do sangue e aumenta a formação de coágulos.

No período gestacional o desenvolvimento da trombofilia pode elevar as chances de complicações, ocasionando abordos recorrentes, hipertensão, a restrição do crescimento intrauterino e parto prematuro. O risco de trombose aumenta em mulheres com faixa etária de 30 a 34 anos, nessas idades são encontradas gestantes em fase de risco mais propensas a desenvolver trombose. Isso ocorre por conta da associação de variáveis de estase venosa e de um estado relativo de hipercoagulabilidade do sangue.

Conclui-se, portanto, que a mulher fique atenta durante o período gestacional, se houver suspeita de trombofilia hereditária principalmente em casos repetitivos, além dos exames são solicitadas dosagens de enzimas de coagulação do sangue são necessárias para avaliar os níveis. No tratamento o apoio dos profissionais de enfermagem contribui para que a paciente consiga compreender o grau da doença e qual tratamento deve ser feito. As instruções sobre o uso correto de anticoagulante injetável e aplicação de injeções de enoxaparina necessitam de instrução de uma profissional da área da saúde para que sejam administradas de forma correta.

Referências

ALMEIDA, Joana Maria Fernandes de.**Trombofilia Hereditária e Gravidez**: controvérsias atuais. Portugal: FMUP, 2010. Tese (Mestrado em Angiologia e cirurgia Vascular), Universidade do Porto, 2010.

BONACHELA, V. Manual Básico de Hidroginástica. Sprint. R. J. 2010.

CASTRO JUNIOR, S.J.DE.A importância da mobilização precoce em pacientes internados na unidade de terapia intensiva a (UTI): revisão de literatura. **Persp. Online: biol. saúde**. Campos dos Goytacazes.v.10, n.3, p.15-23, 2013.Disponivel em:< http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view /74>. Acesso em: 30 nov. 2022.

COELHO, T. H; MOREIRA, A. L. **Função Hemostática e sua Avaliação** – Texto de Apoio. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto, 2001.

DOENGES, E.M.; MOORHOUSE, M.F; MURR, A.C.**Diagnosticos de Enfermagem**: Intervenções, Prioridades, Fundamentos.10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan,2010.

GUIMARÃES, M. A. **Trombose associada ao uso de contraceptivo hormonal oral:** revisão de literatura. 2016. 34f.Trabalho de conclusão de curso (graduação) apresentado ao Centro Universitário de Brasília, 2016.

GUNTHER, H ; KOHLRAUCH, W & LEUBE, H. T. Ginástica médica em ginecologiae obstetrícia. Trad. Zilda Barbosa Anthony. Ed. Manole Ltda. S.P. 2009.

LOURENÇO, Dayse Maria. **Trombofilia**. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Rio de Janeiro: Stillo Edições, 2012.

MACHADO, A. I. M.; LIMA, J. **Trombofilias e Contracepção**. Acta obstetrica e ginecológica portuguesa, v. 2, n. 2, p. 84-95, Lisboa, 2008.

MONTEIRO, E. **Trombose Venosa Profunda Diagnóstico e Prevenção**. Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**.7.ed.Rio de Janeiro. Guanabara Koogan,2003.

POTTER, A.P.; PERRY, A.G.; **Fundamentos de enfermagem**.7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2009.

SANTOS, M. **Terapia de reposição hormonal e trombose**. Jornal Vascular Brasileiro. 2011.

SANTOS, F. S.; ZAPAROLI, R. E. **O uso de anticoncepcionais:** Revisão da literatura. 38f. 2011. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) apresentada à Fundação Educacional de Fernadópolis, Fernandópolis. 2011.

SILVA, C. R. L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde e principais legislações de enfermagem**. 4. ed. rev. e atual. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

STOCCO, B. Avaliação do efeito de contraceptivos hormonais sobre a hemostasia. São Paulo: Selo Azul, 2011.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P.SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,2009.

WANNMACHER, L. **Anticoncepcionais Orais:** o que há de novo. OPAS: Brasília, 2003.

ZUBAIB, M. Zubaib **Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, ano 2012.

34

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS GESTANTES COM TROMBOFILIA

NURSING CARE FOR PREGNANT WOMEN WITH THROMBOPHILIA

Amanda Cristina Ferreira Amorim

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

Resumo

A trombofilia é uma desordem multigênica que é ocasionada por defeitos hereditários ou que sejam adquiridos tendo assim sua definição como uma predisposição para a trombose. A classificação de trombofilia hereditária ocorre quando se demonstra a presença de algum tipo de anormalidade hereditária que cria uma predisposição à oclusão vascular, porém essa necessita da interação com outro componente que também é hereditário ou adquirido para que assim seja desencadeado o episódio trombótico O objetivo geral deste trabalho buscou compreendera importância de conhecer a trombofilia durante o período gestacional. Já os objetivos específicos se definiram em: estudar o conceito de trombofilia, compreender o diagnóstico e analisar importância da orientação clínica a grávida ou a puérpera com trombofilia. A metodologia adotada nesta pesquisa se embasou em uma revisão de literatura com método de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, por meio de consultas a livros, artigos, sites confiáveis publicados nos últimos 10 anos. Concluiu-se que o apoio de profissionais da área de saúde no tratamento da trombofilia pode ajudar as mulheres a aumentar o número de casos que estão aumentando frequentemente, a fim de evitar os efeitos negativos desse evento durante a gravidez. Espera-se que este trabalho auxilie acadêmicos da área de enfermagem e outras áreas que se interessem pelo tema, e que sejam realizadas concepções com o objetivo de auxiliar no diagnóstico e prevenção deste problema, que atinge gestantes e leva ao aborto na maioria dos casos.

Palavras-chave: Trombofilia. Gravidez. Enfermagem. Tratamento. Prevenção.

Abstract

Thrombophilia is a multigenic disorder that is caused by hereditary defects or that are acquired, thus having its definition as a predisposition to thrombosis. The classification of hereditary thrombophilia occurs when the presence of some type of hereditary abnormality is demonstrated that creates a predisposition to vascular occlusion, but this requires interaction with another component that is also hereditary or acquired so that the thrombotic episode is triggered. This work sought to understand the importance of knowing about thrombophilia during the gestational period. The specific objectives were defined as: studying the concept of thrombophilia, understanding the diagnosis and analyzing the importance of clinical guidance for pregnant or puerperal women with thrombophilia. The methodology adopted in this research was based on a literature review with a qualitative and descriptive bibliographic research method, through consultations with books, articles, websites published in the last 10 years. It is therefore concluded that the support of health professionals in the treatment of thrombophilia can help women to increase the number of cases that are increasing frequently, in order to avoid the negative effects of this event during pregnancy. It is hoped that this work will help academics in the area of nursing and other areas who are interested in the subject, and that conceptions will be carried out with the objective of helping in the diagnosis and prevention of this problem, which affects pregnant women and leads to abortion in most cases.

Keywords: Thrombophilia. Pregnancy. Nursing. Treatment. Prevention.

1. INTRODUÇÃO

Gravidez é uma fase em que a mulher experimenta várias alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas, e também corre riscos devido a uma série de efeitos associados a esta fase. Entre esses riscos está a hipercoagulação, que pode acometer gestante e causar diversas complicações. A trombofilia é uma condição de hipercoagulação adquirida ou hereditária que leva a um estado protrombótico, sendo que a trombofilia hereditária é geralmente causada por alterações nos anticoagulantes fisiológicos, como antitrombina, proteína C, proteína S, bem como resistência a mutações na proteína C ativada ou a coagulação.

Nesse sentido, a maioria dos casos de trombofilia permanece assintomática, e a presença de predisposição à trombose é insuficiente para causar uma ocorrência clínica; é necessário um estímulo trombogênico para que esse processo ocorra. Durante a gravidez, as mulheres apresentam hipercoagulação independentemente do tratamento; no entanto, as mulheres grávidas podem apresentar hormônios que levam à formação de coágulos sanguíneos e outras complicações.

Como as complicações mais comuns na gravidez, a trombofilia contribui para abortos repetidos, morte fetal no útero, restrição do crescimento fetal e descolamento da placenta. Para reduzir o risco de complicações tromboembólicas em mulheres grávidas, deve-se tentar estabelecer o tratamento com heparina de baixo peso molecular durante a gravidez ou prevenir a trombose durante o parto. Ressalta-se que, além da medicação, deve haver acompanhamento multidisciplinar, uso de roupas compressivas e alimentação balanceada.Surge assim uma problemática a ser analisada: Qual a importância da prevenção da trombofilia durante a gestação?

O objetivo geral deste trabalho buscou compreendera importância de conhecer a trombofilia durante o período gestacional. Já os objetivos específicos se definiram em: estudar o conceito de trombofilia, compreender o diagnóstico e analisar importância da orientação clínica a grávida ou a puérpera com trombofilia.

A metodologia adotada nesta pesquisa se embasou em uma revisão de literatura com método de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, por meio de consultas a livros, artigos, sites confiáveis publicados nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão se basearam no descarte de artigos sem teor científico. Foram utilizadas as palavras-chave: Gravidez, Trombofilia, Tratamento, Trombofilias Hereditárias, Saúde e Profissional de Enfermagem.

2. CONCEITUANDO TROMBOFILIA

Para Fleury (2012) a gestação é um momento em que a mulher se encontra fragilizada e passa por inúmeras transformações, entre elas de origem emocional, econômica e biológica. Entende-se de maneira geral que independente do grupo social que a grávida pertença, estará propensa a reagir muito similar, porém, é claro, quanto mais sintomas de risco mais preocupante o período gestacionais.

Serrano (2012) enfatiza que a gravidez seja qual for o período, se configura numa situação que geralmente colabora para as transformações da função social da mulher, e quando esta acontece com riscos, essas mudanças passam a assumir um perigo ainda maior, pois se trata de um período da vida em que existem superposições de atribulações

prevalecentes, o que pode ocasionar em distúrbios psicológicos futuros.

Com analogia aos efeitos de caráter psicológico, tem sido evidenciado um aumento de índices de ocorrências de quadros depressivos pós-parto. Inseridas as barreiras associadas ao recém-nascido, onde podem-se notar que nas situações de cuidados inapropriados e ausência de atenção, pode se estender à mulher e criar um desequilíbrio que poderá interferir em sua vida futura, principalmente se a mulher possui em seu quadro de gestação o distúrbio de trombofilia (GUIMARÃES et al., 2009).

A trombofilia é uma alteração multigenética, que é ocasionada por erros hereditários ou contraídos e é determinado como uma tendência à trombose. Pode ser classificada como trombofilia hereditária quando é detectada a presença de desequilíbrio genético que predispõe à obstrução dos vasos, mas requer relação com outro elemento hereditário ou adquirido que pode estimular o evento trombótico.

Eles podem ser ligados por fatores de coagulação com alterações devidas ao anticoagulante fisiológico (antitrombina, proteína C e S e resistência à proteína C ativada) ou mutações. A trombofilia pode ser comprado, se é devido a outras condições clínicas, tais como neoplasias, síndrome antifosfolido, imobilização ou o uso de drogas tais como a terapia de substituição hormonal, contraceptivos orais e heparina. Anormalidades trombóticas também podem levar a complicações obstétricas, tais como: complicação para ficar grávida, gestações de riscos, desenvolvimento do feto, abortos e perda do feto. Testes laboratoriais devem ser realizados em todas essas situações (D'AMICO, 2011).

O estudo da trombofilia não é eficaz para eventos intensos, pois o tratamento instantâneo da trombose não é definido por sua origem e os episódios de trombose agudos conseguem atuar ou atrapalhar a análise dos efeitos. Portanto, sugere-se que os ensaios de plasma sejam feitos pelo menos seis meses após o evento trombótico grave. Recomenda-se que, pelo menos, 15 dias e, preferência, após 30 dias da interrupção da terapia anticoagulante oral (PARDINI, 2012).

3. DIAGNÓSTICO

Quando a paciente possui histórico de trombofilia, deve-se ser solicitada a análise dos seguintes testes: hemograma, leucograma e contagem das plaquetas. Esses devem ser seguidos da investigação das chamadas vias plasmáticas anticoagulantes que detectam deficiência de antitrombina, ausência de proteína C e S. Nas pesquisas de disfibrogenemia e na presença de anticoagulantes lúpicos e anticorpos fosfolípides também são solicitados exames específicos (PETROIANU, 2000).

Recentemente foram introduzidos no mercado novos testes, um deles é ligado a proteína C ativada que é resistente, quando atribuída ou não ao fator V de Leiden, ela pode sofrer alteração e mudar o resultado do exame. A hiperprotomninemia adquirida também está presente na mutação dos genes da protombina e a hiperhomocisteinemia atribuída à ausência de enzimáticas ou vitamínicas presentes no organismo da gestante (SANTOS, 2011).

As avaliações laborais buscam compreender a quantidade de níveis plasmáticos que constam na coagulação das pacientes que possuem tromboembolismo venoso (TEV), que na maioria das vezes permanecem que pode aparecer nos exames de rotina ou nos exames de investigação específica. Na figura 1 é possível ver algumas mutações que aparecem nos exames solicitados pelo médico obstetra para o diagnóstico da trombofilia adquirida ou trombofilia hereditária (BUCCHI; MIRA, 2010).

Na figura abaixo é possível compreender como algumas mutações genéticas que os

exames genéticos apresentam no sistema da paciente a predisposição hereditária para trombose, para que assim os médicos possam tomar medidas preventivas. Essas mutações são mais comuns nos das seguintes formas: a mutação fato V Leiden, a mutação do gene da protrombina e a mutação do gene MTHFR (MONTEIRO, 2012).

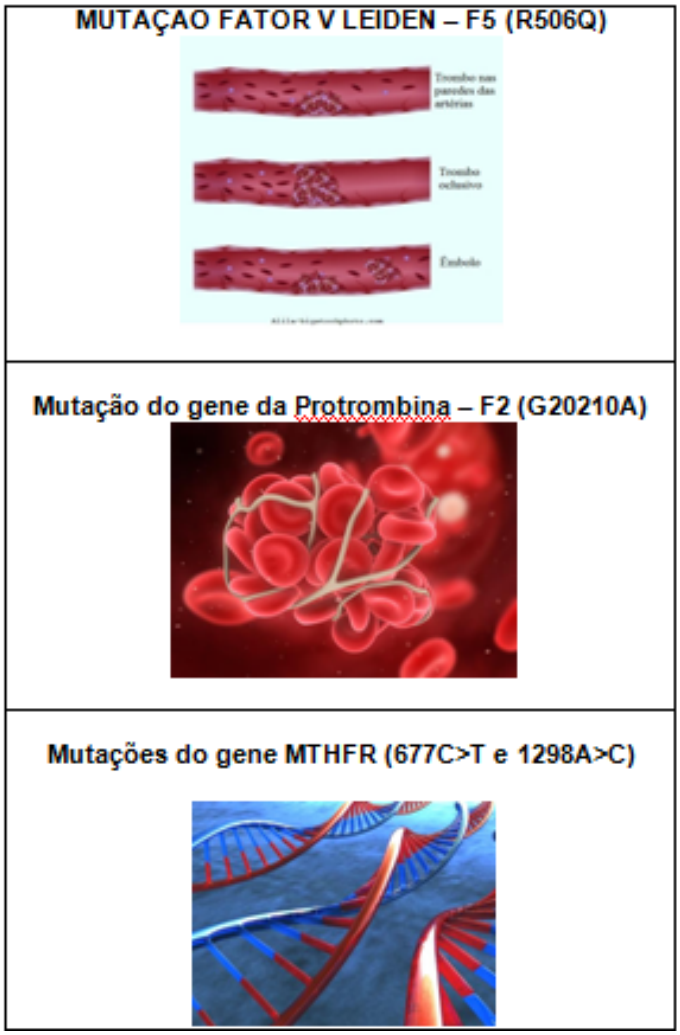

Figura 1 – Mutações comuns da trombofilia

Fonte: Monteiro (2012)

Na mutação que ocorre no Fator V de Leiden é possível compreender que a coagulação sanguínea é ativada por conta da trombina, onde a síntese depende de uma proteína plasmática denominado de Fator V. As mutações que ocorrem nesse gene são os considerados fatores preponderantes para que ocorra a trombose venosa. Esse tipo de trombofilia e hereditária e é uma mutação que ocorre do fator V Leiden, que é responsável por 45% dos casos de síndrome de trombofilia herdadas (SERRANO, 2008).

A protrombina (fator II) é sintetizado no fígado do paciente, ocorre quando há presença de vitamina k. Essa trombina ocorre no final da cascata de coagulação pode levar a formação de coágulos. A mutação G20210A ocorre no fator II em 1,9% dos casos aumenta a concentração plasmática de protrombina, o que gera a criação de novos coágulos que são correspondentes a trombose venosa (CASTRO, 2013).

Já o metilenotetrahidrofolato redutase (MTHFR) é uma enzima que existe nas células humanas. Ele atua na conversão de homocisteína em metionina, aminoácido percursos de vários processos importantes no corpo humano. A deficiência da enzima MTHFR pode favorecer a ocorrência de tromboses arteriais e venosas (SERRANO, 2008).

Os fatores de risco para a trombose podem ser classificados como genéticos ou adquiridos. Esses dois fatores possuem condições que interagem entre si, a probabilidade dessas ocorrências e seus agravamentos são maiores. A chance aumenta quando o fator de risco é conhecido pelo paciente, quando menos o paciente ficar exposto ai risco, menor as chances de ocorrer à trombose. Ressalta-se que nem todas as pessoas estão nos fatores de risco, a trombose possui fatores para se desenvolverem (LOURENÇO, 2012).

Existem vários fatores de risco que levam a constituição da Trombofilia, entre eles o mais comum a gestação em mulheres com mais de quarenta anos, que aumenta de acordo com o avanço da idade. Nota-se que a redução do fluxo sanguíneo vai diminuindo e consequentemente a veia tende a se dilatar com mais facilidade, o que diminui a resistência das paredes venosas, o que aumenta o índice de trombose. No quadro1 é possível compreender alguns fatores que contribuem para ocorrência de trombose (BUCCHI; MIRA, 2010).

Lesão Endotelial	**Coagulação**
• Traumatismo	• Câncer
• Cirurgia	• Gravidez
• Fios de marca-passo	• Uso de contraceptivos orais
• Cateteres venosos centrais	• Deficiência de proteína C
• Cateteres de acesso de dialise	• Deficiência de proteína S
• Lesão venosa central	• Síndrome do anticorpo antifosfolipidio
• Lesão por movimento repetitivo	• Defeito do fator V de Leiden
Estase Venosa	• Defeito da protombina 20210 A
• Repouso no leito ou imobilização	• Hiper-homocisteinemia
• Obesidade	• Fatores II, VIII, IX, XI elevados
• História de varicosidades	• Deficiência de antitrombina III
• Lesão da medula espinhal	• Policitemia
• Idade (acima dos 65 anos)	• Septicemia

Quadro 1 – Fatores de Risco para ocorrência da Trombofilia

Fonte: Monteiro (2012).

Vários são os fatores que contribuem para a ocorrência da trombose, entre eles estão os fatores genéticos e os fatores adquiridos. Por conta disso alguns pacientes desenvolvem a doença sem que possuam nenhum tipo de fator predisponente, há casos em que pacientes com riscos elevados e não desencadeiam a doença ou se desenvolvem é em um estágio mais tardio da vida (SANTOS, 2011).

4. A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA A GRÁVIDA OU A PUÉRPERA COM TROMBOFILIA

Grandes partes das gestantes não possuem conhecimento sobre a trombofilia. A identificação da trombofilia hereditária e a ocorrência de eventos tromboembólicos nas pacientes ou em um familiar de primeiro ou segundo grau é um dos fatores de risco que na maior parte das vezes é desconhecido pela gestante, esse tipo de acontecimento pode ter sido na gravidez ou até mesmo no puerpério (COELHO; MOREIRA, 2001).

A orientação é fundamental, para que assim possa haver intervenção terapêutica anticoagulante profilática adequada a paciente que possui complicações obstétricas, seja,

elas prévias ou associadas a algum tipo de evento tromboembólico. Mesmo que esse evento ocorra antes da gravidez, o estudo genético para pacientes que possuem histórico de trombose hereditária (BUCCHI; MIRA, 2010).

Recomenda-se que a gestante tome doses de profilácticas de HBPM (Heparinas de baixo peso molecular) ou HNF (Heparina não fracionada) durante toda a gravidez e até 5 a 7 semanas após o parto. Esse medicamento é recomendável principalmente para pacientes que tiveram históricos ou evento prévio tromboembólico durante o período gestacional que foi associado a fatores de risco transitório. Entre esses fatores estão ocorrências de imobilização prévia ou prolongada e o uso de profilaxia antitrombótica (STOCCO, 2011).

Qualquer paciente que apresente histórico ou evento tromboembólico necessita de um diagnóstico correto e deve usar meias de compressão elástica durante a gravidez e depois do parto. O conhecimento e a inclusão da paciente sobre sua enfermidade e situação de risco, são essenciais para cura (SANTOS, 2011).

Não há dúvidas que a trombofilia na gestação ocorre de modo preponderantemente na população considerada vulnerável, ou seja, que estejam em situação de risco ou possua histórico familiar. Nesse contexto entra o processo do enfermeiro que tem como bases gerais ao longo da sua formação as seguintes diretrizes: Objeto: instituir o que será observado e o tratamento adequado (BONACHELA, 2010).

Nesse ponto são fundamentais para a inserção do profissional no que diz respeito a sua inserção ao tratamento de gestantes com trombofilia, a abordagem dos processos de trabalho do enfermeiro e assim, de como serão aplicadas as dinâmicas dispostas, o que acarretará na viabilidade dos processos e desta forma, em impactos com verdadeiro papel de transformação social e profissional. Entretanto, para que os processos de trabalho tenham verdadeira influência e impacto na forma de ser e agir, precisam ser analisadas as dimensões formadoras dos processos de trabalho do profissional diante desse contexto (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010).

As dimensões são vistas, como áreas de atuação e de grande influência na eficácia e eficiência dos processos, tendo papel de destaque, sendo as mesmas, as seguintes: Dimensão teórica (metodologia) onde o profissional irá analisar todo o processo de evolução da doença e buscará alternativas para o tratamento, a Dimensão Técnica (operativa), onde o profissional irá compreender a forma de tratamento especifico de cada paciente, assim como a necessidade de cada um e a Dimensão Ética (política) que trabalha a adesão do tratamento dentro da esfera social e econômica (TANNURE, 2003).

O primeiro contato do paciente no tratamento é com o profissional de enfermagem, partindo desse aspecto é fundamental que este possua domínio e conhecimento sobre todos os fatores que contribuíram para que a paciente procurasse atendimento. A formação profissional e estudo continuam é uma das exigências feitas pelo Conselho Federal de enfermagem em relação ao tratamento adequado para a doença. Isso diz respeito a diversas áreas a qual esse profissional atende (PETROIANU, 2000).

Partindo de tais informações, estas dimensões buscam introduzir, a apropriação do conhecimento, partindo das práticas empregadas e rotinas profissionais de enfermagem, o desenvolvimento de instrumentos e elementos pautados na prática profissional visa pautar as ações em políticas e código de ética vigente, características essenciais na plena aplicação dos processos de trabalho (SERRANO, 2008).

Dessa forma o profissional de enfermagem deve possuir capacitação para adentrar nesse processo de assistência ao tratamento dos pacientes que possuem trombofilia, assim como necessitam possuir domínio sobre a doença e as suspeitas da enfermidade,

para sejam tomadas as devias providencias junto ao paciente e a seus familiares, dessa forma o processo de cura é consideravelmente possível e a saúde do paciente pode ser prolongada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez é considerada um momento especial, quando ocorre à gestação de um novo ser. A gestação da espécie humana tem duração de cerca de 266 dias e durante esse período várias transformações, físicas e psicológicas ocorrem na vida das gestantes. Nesse contexto a gestação apresenta sintomas variados em cada indivíduo, onde algumas mulheres apresentam determinados sintomas e outras não.

Alguns sintomas da gestação ocorrem de forma intensa, sendo necessária a introdução de medicamentos, porém é fundamental que a gestante faça o seu pré-natal para garantir uma gestação saudável. Após a confirmação da gravidez, são necessários que sejam realizados exames laboratoriais de rotina.

Nos últimos anos a preocupação dos ginecologistas voltou-se para a trombofilia em gestantes, onde está pode ter condição hereditária ou não. Entes os questionamentos feitos pelo médico durante o pré-natal, a trombose tem se tornado frequente. Mesmo que seja hereditária, transmitida de geração para a geração, a trombofilia pode ser desenvolvida em qualquer período da vida. Tem crescido o número de mulheres que descobrem tardiamente que são portadoras da doença, a gravidez em si é um fator de risco para a formação de trombos o que possibilita o entupimento das veias requerendo atenção médica durante toda a gestação.

Concluiu-se que o apoio de profissionais da área de saúde no tratamento da trombofilia pode ajudar as mulheres a aumentar o número de casos que estão aumentando frequentemente, a fim de evitar os efeitos negativos desse evento durante a gravidez. Espera-se que este trabalho auxilie acadêmicos da área de enfermagem e outras áreas que se interessem pelo tema, e que sejam realizadas concepções com o objetivo de auxiliar no diagnóstico e prevenção deste problema, que atinge gestantes e leva ao aborto na maioria dos casos.

Referências

BUCCHI, S.M.; MIRA, V.L. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva.**Rev.Esc.Enferm.USP**.São Paulo, 2010.v.44, n.4, p.1003-1010.Disponivel em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400021 Acesso em:30 nov. 2022.

BONACHELA, V. Manual Básico de Hidroginástica. Sprint. R. J. 2010.

CASTRO JUNIOR,S.J.DE.A importância da mobilização precoce em pacientes internados na unidade de terapia intensiva a (UTI): revisão de literatura.**Persp.Online: biol. saúde**. Campos dos Goytacazes.v.10, n.3, p.15-23, 2013.Disponivel em:< http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view /74>. Acesso em: 10 nov. 2022.

COELHO, T. H; MOREIRA, A. L. **Função Hemostática e sua Avaliação** – Texto de Apoio. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto, 2001.

D'AMICO, Elbio Antonio. Trombofilia: quando suspeitar e como investigar? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n.1, p. 7-8, 2011.

DOENGES, E.M.; MOORHOUSE, M.F; MURR, A.C.**Diagnosticos de Enfermagem**: Intervenções, Prioridades, Fundamentos.10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan,2010.

FLEURY. **Medicina e Saúde**. São Paulo: Cultivox, 2012.

GUIMARÃES, Sabrina P. et al. Mutações predisponentes à trombofilia em indivíduos de Minas Gerais-Brasil com suspeita clínica de trombose. **Revista Brasileira de Hemoterapia**, v.31, n.1, p. 19-24, 2009.

LOURENÇO, Dayse Maria. **Trombofilia**. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Rio de Janeiro: Stillo Edições, 2012.

MONTEIRO, E. **Trombose Venosa Profunda Diagnóstico e Prevenção**. Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.

PETROIANU, Andy. **Urgências Clínicas e Cirúrgicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2000.

SANTOS, M. **Terapia de reposição hormonal e trombose**. Jornal Vascular Brasileiro. 2011.

PARDINI, Hermes. **Trombofilia**: abordagem laboratorial. Curitiba: Selo Azul, 2012.

SANTOS, F. S.; ZAPAROLI, R. E. **O uso de anticoncepcionais:** Revisão da literatura. 38f. 2011. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) apresentada à Fundação Educacional de Fernadópolis, Fernandópolis. 2011.

SERRANO, Fátima. **Trombofilias hereditárias e adquiridas**. Sociedade Portuguesa de Hematologia, v.23, n.3, 9-16, 2008.

SERRANO, Fátima. **Trombofilias hereditárias e adquiridas**. Sociedade Portuguesa de Hematologia, v.23, n.3, 9-16, 2012.

STOCCO, B. Avaliação do efeito de contraceptivos hormonais sobre a hemostasia. São Paulo: Selo Azul, 2011.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P.SAE **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Guia Prático. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,2009.

A edição deste livro conciso e essencial sobre temas importantes na área cientifica da Enfermagem, trás dados atuais nos TCC's – Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvidos e apresentados por alunos e orientadores, refletindo os avanços recentes no campo da saúde. Esta edição é apresentada e descrita com temas atuais na Área e em especial na Enfermagem, acrescido de assuntos relevantes e ricamente detalhadas. Esta obra oferece uma perspectiva bem formatada sobre a abordagem assistencial e gerencial junto ao atendimento da Enfermagem. Os capítulos abordam temas de diversos seguimentos da Enfermagem e sugerem as melhorias na assistência, com orientações metodológicas, operacionais e estrutura textual, além de sugestões de busca eletrônica dos dados e exemplos bibliográficos de pesquisa.

ISBN: 978-65-80751-72-3

CBL

9 786580 751723

Pascal
Editora