

Debates Interdisciplinares em Saúde

Volume 1

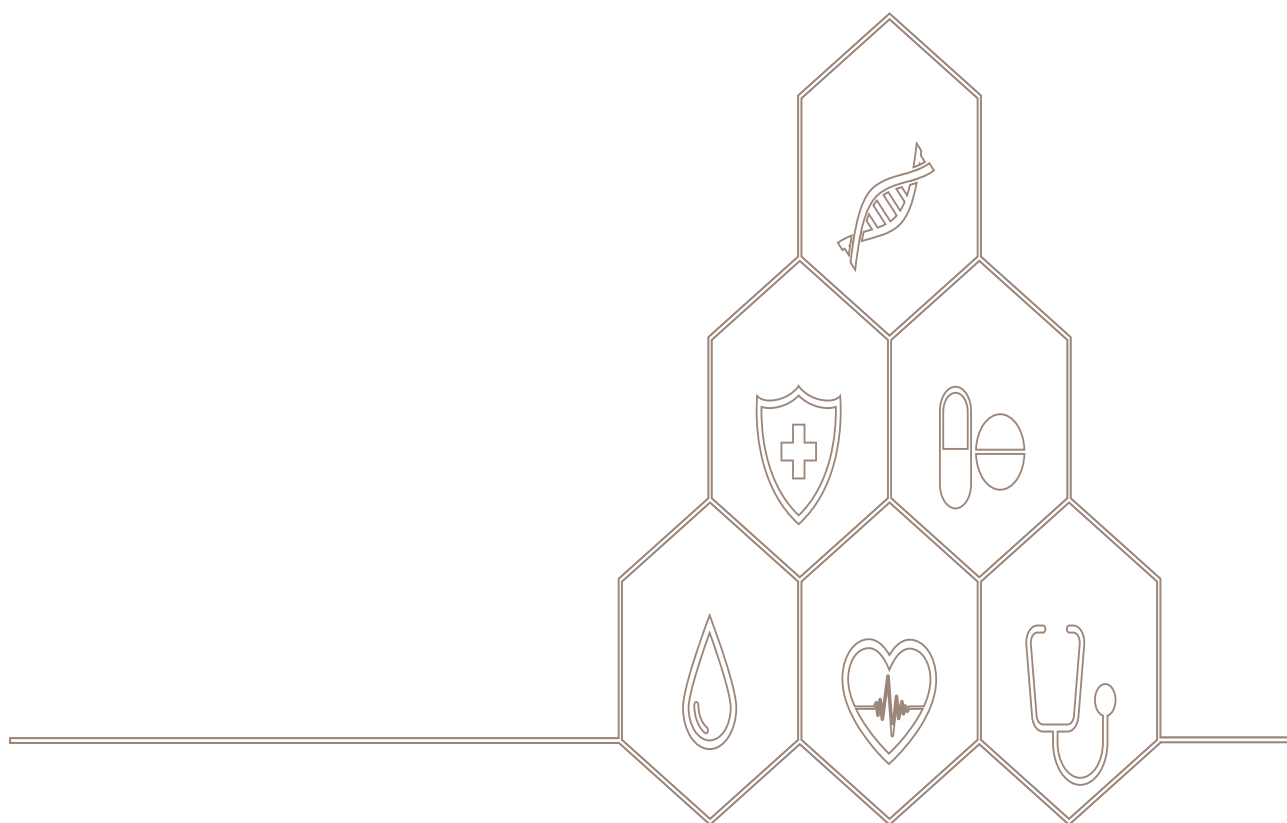


Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA





Debates Interdisciplinares em Saúde Volume 1



Equipe Editorial

Abas Rezaey
Carolina Rodríguez Bejarano
Catarina Sales Barbas de Oliveira
Consuelo Fernanda Macedo de Souza
Eduardo José Ramón Llugdar
Eudaldo Enrique Espinoza Freire
Evandro Gomes da Silva Junior

Filipe Lins dos Santos
Flor de María Sánchez Aguirre
Jorge Guillermo Olveda García
Josefina de la Cruz Izquierdo
Mar Aguilera Vaqués
Maria Bernadete de Sousa Costa
Morgana Maria Souza Gadelha de Carvalho,
Natalia Caicedo Camacho
Patrício José de Oliveira Neto
Seyed Naser Mousavi
Viktor Koval

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D286 Debates interdisciplinares em saúde- volume 1. / Filipe Lins dos Santos. (Editor) –
João Pessoa: Periodicojs editora, 2021.

E-book: il. color.

E-book, no formato ePub e PDF.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-994725-5-8

1. Saúde. 2. Educação em saúde. 3. Debates. 4. Profissional da saúde.

I. Santos, Filipe Lins dos. II. Título.

CDD 613

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. saúde 613

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção Debates Interdisciplinares em Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

**Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: @periodicojs

Prefácio



Nesta edição, encontra-se artigos completos, que abordam os Debates Interdisciplinares em Saúde, na perspectiva do cuidado coletivo e integral, pautado no conhecimento em diversas especialidades, objetivando relacionar o ser humano biopsicossocial, com vários níveis de profissionais de saúde. A literatura aponta, que a saúde precisa ser entendida como algo dinâmico, complexo, singular e que é interligado com diversos fatores, estes fatores, podem ser sociais, econômicos, biológicos, psicológicos e educacionais. O que se precisa compreender, é que a saúde está imersa a inúmeras especialidades, por que o ser humano é um sujeito de altas demandas, inserido dentro de uma comunidade.

A intenção de se pesquisar sobre a interdisciplinaridade em saúde, é embasar cientificamente as ações de todos os profissionais de saúde, unificando os saberes, e compartilhando experiências, além de permitir a troca de informações e conhecimentos. Desde a formação, precisa-se ser incentivado, que os profissionais de saúde estejam no processo de cuidado integralizado e interdisciplinar, realizando interconsultas, atendimentos compartilhados e organizando as demandas de saúde juntos. A interdisciplinaridade, nada mais é, do que a interação entre as especialidades, entre as disciplinas em saúde, buscando pluralizar e ampliar a visão de cuidado aos pacientes.

Uma disciplina depende da outra, elas precisam interagir, conversar entre si, e fazer com que o processo saúde-doença seja diferente, e leve em consideração os determinantes sociais de saúde, pois o sistema de saúde tradicional já não responde as expectativas da comunidade, quando o



Debates Interdisciplinares em Saúde

assunto é cuidar. Sinta-se bem-vindo ao ler cada artigo desta edição, busque compreender a saúde em seu maior nível de complexidade, e não deixe de praticar em seu dia-a-dia o que foi lido aqui.

Maria Carolina Salustino dos Santos



Sumário



Capítulo 1

COMPREENDENDO A ARTICULAÇÃO E DIVERGÊNCIAS ENTRE AS ATIVIDADES GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO HOSPITALAR.....9

Capítulo 2

ADAPTAÇÕES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE AO COVID-19: VIVÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS30

Capítulo 3

DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL DO RECÉM-NASCIDO46

Capítulo 4

AS AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES TEÓRICAS.....66

Capítulo 5

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPSIA E/OU ECLÂMPSIA76

Capítulo 6



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO92

Capítulo 7

REPERCUSSÕES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO CONTEXTO FAMILIAR: UMA REVI-
SÃO INTEGRATIVA.....106

Capítulo 8

PERCEPÇÕES E DIFICULDADES DE ENFERMEIROS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA
AO PARTO HUMANIZADO.....130

Capítulo 9

REFLEXÕES SOBRE OS CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO.. 150

Capítulo 10

AMAMENTAÇÃO E A REDE DE APOIO PARA SUA EFETIVIDADE: PERSPECTIVAS DA
LITERATURA ATUAL.....157

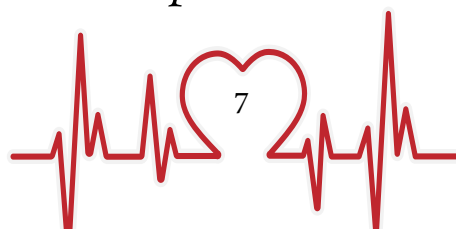
Capítulo 11

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: REFLE-
XÕES TEÓRICAS.....170

Capítulo 12

ACOLHIMENTO E ESCUTA INICIAL QUALIFICADA: PERCEPÇÕES MULTIPROFISSIO-
NAIS.....178

Capítulo 13



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM SUSPEITA DE FEBRE PELO VÍRUS
ZIKA189

Capítulo 14

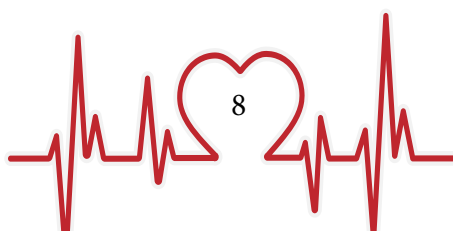
SEGUIMENTO DOS CASOS SUSPEITOS E ALTERADOS DE CÂNCER DO COLO DO
ÚTERO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA.....209

Capítulo 15

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA229

Capítulo 16

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM ESCLE-
ROSE MÚLTIPLA: REVISÃO INTEGRATIVA247



Capítulo



1

**COMPREENDENDO A ARTICULAÇÃO E DIVER-
GÊNCIAS ENTRE AS ATIVIDADES GERENCIAIS
E ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO NO ÂMBI-**

TO HOSPITALAR

COMPREENDENDO A ARTICULAÇÃO E DIVERGÊNCIAS ENTRE AS ATIVIDADES GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO HOSPITALAR

UNDERSTANDING THE ARTICULATION AND DIVERGENCES BETWEEN THE MANAGERIAL AND ASSISTING ACTIVITIES OF THE NURSE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

Gyl Dayara Alves de Carvalho¹

Sérgio Ribeiro dos Santos²

Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque³

Tâmela Costa⁴

Resumo: Objetivo: relatar a articulação e as divergências entre as atividades gerenciais e assistenciais na prática do enfermeiro no âmbito hospitalar. Metodologia: estudo qualitativo ancorado no referencial-teórico metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. A amostra composta por 12 enfermeiras assistenciais de um hospital-escola público de João Pessoa, Paraíba. Os dados foram analisados seguindo três etapas de codificação: aberta, axial e seletiva. Resultados: emergiu o fenômeno ‘Vivenciando dificuldades no desenvolvimento do gerenciamento do cuidado de enfermagem’. Considerações finais: o estudo demonstrou a importância de ampliar as discussões e investir em capacitação dos

1 Enfermeira, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: gyl_dayara@hotmail.com

2 Enfermeiro, Administrador, Doutor em Ciências da Saúde e em Sociologia, Professor Titular do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: profsergioufpb@gmail.com

3 Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: saemmy6@hotmail.com

4 Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Informação pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.



enfermeiros para atuarem de forma interligada no gerenciamento do cuidado.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Gerência de serviços de saúde. Cuidados de enfermagem. Papel do profissional de enfermagem. Enfermagem.

Abstract: Objective: to report the articulation and divergences between managerial and care activities in the practice of nurses in hospitals. Methodology: qualitative study anchored in the theoretical and methodological framework of the Grounded Theory. The sample consisted of 12 care nurses from a public teaching hospital in João Pessoa, Paraíba. The data were analyzed following three coding stages: open, axial and selective. Results: the phenomenon ‘Experiencing difficulties in the development of nursing care management’ emerged. Final considerations: the study demonstrated the importance of expanding discussions and investing in training nurses to act in an interconnected way in care management.

Keywords: Health management. Health services management. Nursing care. Role of the nursing professional. Nursing.

INTRODUÇÃO

O cuidado extrapola o sentido de cura, visto que engloba os hábitos, as crenças e os valores inerentes à subjetividade dos sujeitos e superam os procedimentos técnicos e puramente curativos. Assim, o cuidado considerado ideal refere-se à completa confluência entre o conhecimento técnico-científico e os fatores individuais, interacionais, psicológicos e organizacionais, os quais implicam



Debates Interdisciplinares em Saúde

em uma espécie de mistura entre ciência e arte (Morais et al., 2011).

Nessa perspectiva, o processo de trabalho em saúde é delineado como um trabalho que objetiva propiciar o cuidado holístico e individualizado. Configura-se mediante atividade dinâmica, imprevisível e relacional, com uso de diferentes tecnologias e ferramentas, baseado na ética e na ação criativa dos profissionais quanto ao desempenho das práticas, em interação com o paciente/cliente de forma singular (Chagas e Abrahão, 2017).

Sob esse prisma, o cuidado de enfermagem apresenta-se de maneira criativa e libertadora, além de ter o poder de impulsionar a criação e/ou regeneração da capacidade de viver do profissional e do paciente, admitindo um reviver bilateral. Incumbe ao profissional de enfermagem as ações de avaliação, planejamento e implementação do plano de cuidados individual, visando estimular as capacidades do indivíduo e favorecer a tomada de decisão (Morais et al., 2011; Cavalcante et al., 2015).

Existem quatro dimensões relativas ao trabalho da enfermagem: o cuidado individual e com grupos em todas as fases da vida; a educação e formação profissional e educação em saúde ao usuário; o gerenciamento e organização do trabalho da enfermagem e da assistência à saúde; e a produção do conhecimento em todos os aspectos já citados. Cada uma delas exerce um papel fundamental para a qualificação do cuidado, que é o centro da profissão (Bertoncini et al., 2011).

A análise das dimensões do trabalho da enfermagem permite identificar a relação no que tange ao assistencial e ao gerencial, pois estes geralmente são requisitados de forma conjunta. Desse modo, criou-se o conceito de gerenciamento do cuidado, que refere à conexão entre o processo de cuidar e a gestão do cuidado, com o fito promover um atendimento que atenda às necessidades de paciente, equipe e instituição de saúde (Santos et al., 2011).

As atividades de gerenciamento do cuidado são efetivadas de maneira sistêmica e articulada



Debates Interdisciplinares em Saúde

e abrangem o cuidado direto e indireto, técnico e sensível, a fim de prestar uma assistência integral e com boa qualidade (Christovam et al., 2012). Logo, essas atividades objetivam qualificar a assistência, por meio da prestação do cuidado regido pela integralidade e pela ética, e conseqüentemente, exige uma gerência flexível e modernizada (Giordani et al., 2012).

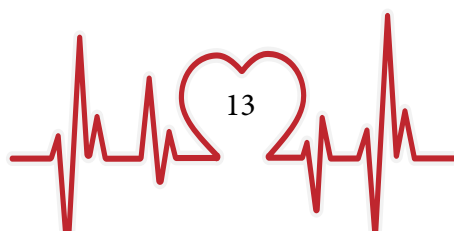
A gestão de enfermagem incorpora as áreas de assistência, administração, ensino e pesquisa, e assim, requer do profissional conhecimentos e habilidades para o reconhecimento da significância do ser humano e o processo saúde-doença, em que integra a atenção e oferece um cuidado holístico e com resolutividade (Furuwaka & Cunha, 2011; Chaves et al., 2012).

Ademais, a atenção hospitalar é responsável por grande parte da demanda de assistência à saúde, como efeito, engloba um quantitativo considerável de profissionais, sobretudo, de enfermeiros. Destarte, é um elemento da rede de atenção que necessita do aprimoramento do gerenciamento do cuidado, a fim de atender às novas solicitações da sociedade e da saúde como um todo (Chaves et al., 2012).

Por fim, parece que à medida que o enfermeiro capacita sua equipe, planeja e delega ações, prevê e provê recursos humanos e materiais necessários, articula e negocia com a equipe multiprofissional, esses processos refletem na administração das tecnologias gerenciais favorecendo o cuidado e qualifica a assistência prestada (Santos & Lima, 2011).

Nesse contexto, a gestão do cuidado encontra-se associada de forma direta à qualidade dos serviços de saúde e envolve o uso apropriado de todos os recursos materiais, pessoais e tecnológicos disponíveis e necessários à coordenação e à implementação das ações, levando em conta também os valores morais e profissionais (Sol & Farrez, 2010; Oliveira et al., 2012).

Frente ao exposto, torna-se relevante esse estudo em virtude da necessidade de esclarecer a



forte divisão existente no campo hospitalar e a dificuldade de interligar as competências assistenciais e gerenciais no trabalho do enfermeiro. Assim, o objetivo definido foi relatar a articulação e as divergências entre as atividades gerenciais e assistenciais na prática do enfermeiro no âmbito hospitalar.

DESENVOLVIMENTO

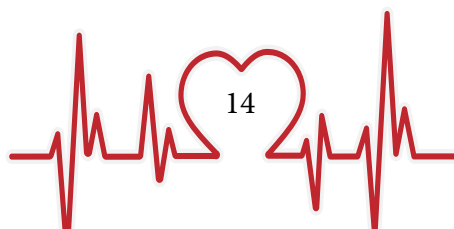
Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo-exploratório, ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que busca descrever fenômenos a partir da interpretação de dados abstratos com desenvolvimento posterior de teoria (Strauss & Corbin, 2008).

O cenário da pesquisa foi um hospital público federal vinculado à rede EBSEH na cidade de João Pessoa, Paraíba. A amostra do estudo foram enfermeiros que atuavam nas clínicas do hospital: médica, pediátrica, doenças infectocontagiosas, obstétrica e unidade de terapia intensiva. Selecionados conforme a disponibilidade e aceite para participar do estudo.

A TFD tem como critério a saturação teórica para definição de amostra, que consiste em coletar os dados por meio de entrevistas até o momento que as informações se tornam repetitivas e não se identifica mais novas informações ou divergências sobre o assunto em debate. Dessa forma, ao fim da décima segunda entrevista notou-se a repetição dos achados encontrados (Strauss & Corbin, 2008).

Quanto a técnica de coleta de dados utilizou a entrevista semiestruturada, com questões abertas e quando pertinente o entrevistador acrescentava questionamentos relacionados para enriquecer a extração dos dados. As entrevistas foram gravadas, com duração média de 30 minutos cada



uma, posteriormente foram transcritas e analisadas seguindo as três etapas interdependentes da TFD, são elas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva (Strauss & Corbin, 2008).

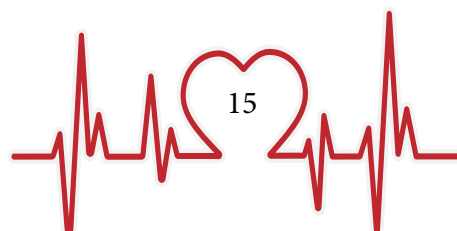
Os resultados foram construídos e apresentados de acordo com os seis elementos que compõe o modelo paradigmático de Strauss & Corbin (2008), são eles: fenômeno, condições causais, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e as consequências. A identificação das entrevistas foi feita por meio de códigos numéricos para manter o sigilo das informações, exemplo: Enf1, Enf2, etc.

A pesquisa seguiu os princípios éticos-legais descritos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que discorre acerca dos estudos que envolvem seres humanos (Brasil, 2012). A aprovação do projeto foi obtida pelo Comitê de Ética e Pesquisa do referido hospital com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 387465.14.0.0000.5183.

Este estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada ‘Compreendendo o gerenciamento do cuidado de enfermagem na assistência hospitalar: dificuldades e estratégias sob a perspectiva de enfermeiros assistenciais, pela Universidade Federal da Paraíba, 2016.

Resultados e Discussão

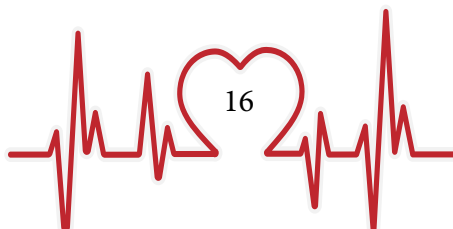
A amostra foi composta por doze enfermeiros em cargos assistenciais, todas do sexo feminino, faixa etária variou de 31 a 57 anos. Em relação a o tempo de formação encontrou-se variação de 8 a 32 anos, e quanto ao tempo de atuação hospitalar variou de três meses a 32 anos. Vale destacar a partir desses dados a influência histórica de maior ocupação feminina na área da Enfermagem, bem como a diversidade em relação ao tempo de formação e atuação profissional.

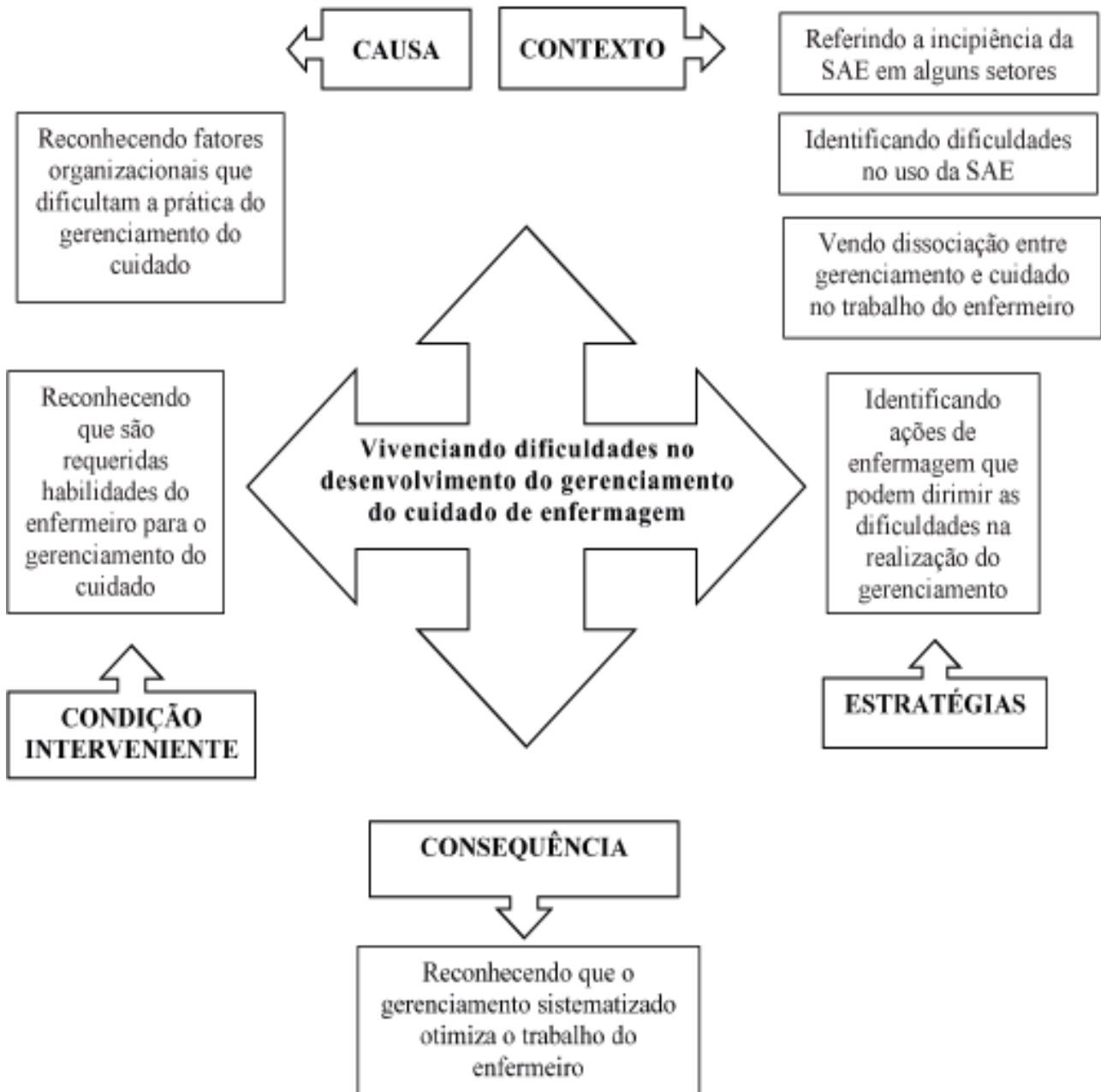


Debates Interdisciplinares em Saúde

A partir da análise dos dados emergiu o fenômeno: Vivenciando dificuldades no desenvolvimento do gerenciamento do cuidado de enfermagem. Descrito a seguir por meio dos elementos que compõe o modelo paradigmático de Strauss & Corbin (2008), exemplificando cada elemento com citações extraídas das falas dos participantes. A figura 1 é representativa da construção do modelo desse fenômeno.

O fenômeno revela as dificuldades encontradas para prática efetiva do gerenciamento do cuidado, as quais se relacionam às habilidades pessoais, às fragilidades no decorrer da formação profissional, como também aos aspectos institucionais. Esses elementos foram descritos como barreiras para a vivência harmoniosa do gerenciamento e do cuidado de enfermagem. Abordaram-se ainda, as alternativas utilizadas diariamente pelos enfermeiros, em busca de desenvolver um gerenciamento do cuidado mais efetivo.





Condições causais

Os fatores apontados pelos profissionais como causadores das dificuldades encontradas na prática do gerenciamento do cuidado de Enfermagem gerou a categoria: “Reconhecendo fatores organizacionais que dificultam a prática do gerenciamento do cuidado”.

A partir do discurso dos profissionais foi possível identificar as dificuldades relacionadas a



questões organizacionais, tanto no que diz respeito à organização hospitalar, quanto da prática assistencial. Dentro dessa categoria emergiram quatro subcategorias, são elas:

‘Apontando a falta de tempo como elemento dificultador do gerenciamento do cuidado’

A explicação das dificuldades frente ao gerenciamento do cuidado diz respeito as muitas atribuições designadas ao enfermeiro, para o cumprimento num curto espaço de tempo:

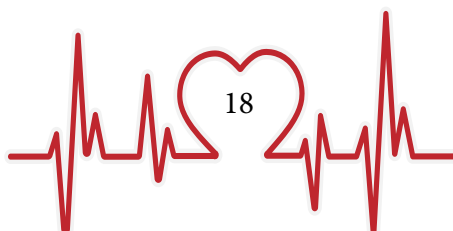
[...] Às vezes dá trabalho, porque para ser um assistencialista deve-se dispor de tempo, para administrar o seu plantão aí sim é que você tem que ter tempo, então as vezes dá trabalho articular essas duas atividades (Enf. 10).

Apesar de não ser modificável, o tempo de trabalho quando permeado por administração e organização de tarefas pode trazer benefícios para a rotina do enfermeiro. O cuidado necessita ser qualificado transformando positivamente as práticas de saúde, para tanto o emprego de indicadores de qualidade pela equipe de enfermagem e a aplicação efetiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), elevam o nível de assistência ao paciente (Oliveira et al., 2012; Peres et al., 2013).

‘Ressaltando o quantitativo de pessoal inadequado como barreira para o gerenciamento do cuidado de enfermagem’

Assim, destaca-se a importância do quantitativo de pessoal, baseado no dimensionamento adequado de profissionais de Enfermagem, é imprescindível para melhorar as condições de trabalho e a prática adequada do gerenciamento do cuidado:

[...] As dificuldades estão relacionadas à recursos humanos, quando temos enfermeiros suficientes conseguimos desenvolver as duas ações em parceria (Enf. 11).



Debates Interdisciplinares em Saúde

[...] É isso que eu estou lhe dizendo, depende, se o plantão estiver com a equipe completa, dá pra você chegar na cabeceira do paciente, dá pra você fazer a assistência direta ao paciente, você fazer a visita em todos os leitos, né? Dá pra fazer tranquilo, mas quando o plantão, você chega, faltando técnico, aí você também tem que ajudar na retirada de medicamento, não tem a outra enfermeira que vai lhe ajudar durante o dia, você fica na burocracia. Então, com a equipe completa, dá pra ter aquele cuidado, dá pra você partir pra assistência, mas a gente se perde muito (Enf.1).

O dimensionamento de recursos humanos é algo complexo de se realizar, pois envolve a previsão do enfermeiro sob aspectos quantitativos de profissionais e qualitativos relacionados as demandas de necessidades de cuidado de cada paciente. Esses aspectos deveriam ser analisados integralmente e coletivamente com a coordenação e equipe de Enfermagem, a fim de que se elaborem estratégias para diminuir a sobrecarga de trabalho, melhorar a satisfação profissional e ofertar uma assistência de qualidade (Vituri et al., 2011; Novaretti et al., 2014).

‘Vendo o gerenciamento do cuidado prejudicado pelo excesso de atividades burocráticas’

Um termo que se destacou nas falas dos enfermeiros foi o “excesso de burocracia”, constata-se sua constante ligação ao preenchimento de solicitações, fichas, entre outros:

[...] A burocracia é muito grande, tem que registrar em prontuário, em livro, fazer as admissões, encaminhar paciente para exames externos, agendar ambulância. Fora que vai vir a questão da sistematização, então essa questão de articulação é muito difícil (Enf. 1).

Estudo destaca as causas dos enfermeiros necessitar muitas vezes de afastamento das funções assistenciais e do cuidado direto ao paciente, devido as inúmeras atribuições que desempenham, em sua maioria no âmbito gerencial ligadas a previsão e provisão de recursos materiais e humanos, organização da unidade, assim outros pontos cruciais acabam ficando negligenciados, a exemplo da supervisão da equipe e educação permanente (Giordani et al., 2012).



‘Apontando falhas de outros cuidadores profissionais como dificultadores do gerenciamento do cuidado’

A assistência de enfermagem é considerada um processo realizado continuamente por meio etapas interdependentes e um ciclo de ações interligadas e ainda, trabalho com a equipe interdisciplinar, assim todos necessitam trabalhar em harmonia na busca da prestação de uma assistência integral: [...] A resolutividade de outros serviços, porque na clínica depende muito de outros grupos, a gente depende muito da nutrição, da fisioterapia, do grupo da manutenção, da farmácia, então isso tudo tem que andar e as vezes a gente tem dificuldades de articulação com outro grupo (Enf. 11).

Faz-se necessário repensar os preceitos que guiam o modelo de atenção à saúde e organização de trabalho, em busca de promover maior articulação e integração entre os diferentes saberes e profissionais que atuam em um ambiente hospitalar, com foco principal na corresponsabilização e atendimento as necessidades de saúde dos usuários do serviço de saúde (Goulart et al., 2014; Souza et al., 2011).

Contexto

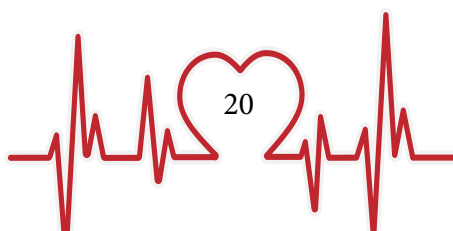
O contexto foi elucidado por três categorias, são elas:

‘Referindo a incipiência da SAE em alguns setores’

O planejamento da assistência e a implementação da SAE são elementos fundamentais para a efetivação do gerenciamento do cuidado, alguns setores do hospital ainda não implementavam essa prática e foi destacado como uma limitação, como identificado na fala de alguns profissionais?

[...] Atualmente a minha prática, aqui na UTI Neonatal, ainda não colocou a sistematização, então a gente trabalha assim, diretamente com o paciente (Enf.9).

[...] A gente vai e vai na assistência aleatória; a gente vê o que o paciente está precisando naquele momento e presta o cuidado, mas não tem uma organização do serviço. Está tentando se implantar a SAE, que eu acho que com a



SAE você consegue caminhar essa parte, tanto do gerenciar e o fazer o cuidado do enfermeiro (Enf.6).

A SAE já tem sido implantada no Brasil há algum tempo, porém após o reconhecimento legal foi que passou a ser exigida nas instituições de saúde. Percebe-se, todavia, que há pouco apoio necessário para adequada efetivação no campo prático. Logo, faz-se necessário a compreensão que a SAE é elementar para a gerência do cuidado de Enfermagem, pois a partir dela a assistência prestada pode ser avaliada, mensurar resultados alcançados pela equipe (Gomes et al., 2012; Torres et al., 2011).

‘Identificando dificuldades no uso da SAE’

Nessa categoria foram relatadas as dificuldades para implementação da SAE na prática assistencial, apesar de alguns participantes reconhecerem a importância dessa ferramenta, outro profissional referiu como uma atividade a mais dentre as inúmeras que precisa realizar:.....

[...] quando a gente tentou implantar um formulário na internet, pra evoluir os pacientes, fazendo tudo como a sistematização manda, prescrição, diagnóstico de enfermagem, do dia a dia do paciente, achamos que levava muito tempo, que era difícil essa questão da parte burocrática, de estar prescrevendo cuidados, puxando diagnóstico (Enf. 9).

[...] É muito papel e fora que vai vir a questão da sistematização, né? Então essa questão de articulação é muito difícil (Enf. 1).

É muito discutido na literatura as dificuldades para implementação da SAE nos serviços, todavia afirma-se que a sua aplicação na prática assistencial possibilita a visualização do processo assistencial como um todo, otimizando o tempo do trabalho realizado, quando há envolvimento mútuo e capacitação para esses profissionais (Soares et al., 2015; Medeiros et al., 2013, Nery et al., 2013).



‘Vendo dissociação entre gerenciamento e cuidado no trabalho do enfermeiro’

Foi possível identificar a forte dicotomia entre as atividades gerenciais e o cuidado presente nas falas dos participantes, demonstrando o quão necessário aprimorar as discussões sobre esse assunto:

[...] Aqui, eu acho que, a gente ainda está muito só no cuidar, a parte de gerenciamento do cuidado é muito pouco ainda (Enf.6).

[...] Eu acho que dedico mais tempo ao cuidado prático, porque, quando você vai demonstrar a assistência, fazer um curativo, um banho no leito, isso demanda de muito tempo, apesar de que, quando a gente também tá na burocracia, são tantas atribuições que o enfermeiro tem que executar que as vezes a assistência fica em segundo plano. (Enf. 7).

A adoção de posições entre o cuidado e a gerência acabam permitindo que ocorram riscos de fragilidades nessas atividades. A divisão que existe em relação ao cuidar versus gerenciar afeta diretamente a qualidade da assistência prestada, podendo levar a conflitos e frustrações. Assim, é fundamental direcionar a formação do enfermeiro em uma prática que seja moldada para superar essa dicotomia (Fernandes et al., 2013; Christovam et al., 2012).

Condições intervenientes

Nesse elemento foi identificado a seguinte categoria “Reconhecendo habilidades requeridas do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado”. Com base nas questões apresentadas anteriormente, foi evidenciado que para realização do gerenciamento do cuidado necessita-se adotar uma postura com foco nas habilidades e competências relacionadas a função gerencial, para que não se torne somente uma função sem resultados positivos para a assistência:



[...] Se o enfermeiro não tiver realmente um olhar de administrador, não vai fluir bem (Enf. 10).

[...] Quando o enfermeiro gerencia, ele exerce as atribuições de coordenação, ele lidera a equipe, delega, supervisiona, já no cuidado ele faz o cuidado demonstrando com o paciente, né, que é o objeto da nossa assistência, e demonstra como é que faz esse cuidado na prática (Enf.7).

Logo, para gerenciar o cuidado necessita de preparo para enxergar todos os aspectos que envolve essa atividade, prestando um cuidado qualificado ao cliente, utilizando saberes e práticas que superem os obstáculos, otimizem o tempo e a gestão de recursos materiais, para uma coordenação de atividades baseada em conhecimento técnico-científico (Neto et al., 2012; Oliveira et al., 2011)

Estratégias de ação e interação

Para superar as dificuldades encontradas na realização do gerenciamento do cuidado adotou-se como estratégia a categoria “Identificando ações de enfermagem que podem dirimir as dificuldades na realização do gerenciamento do cuidado”, que por sua vez foi composta por três subcategorias:

‘Identificando a necessidade de melhor capacitar os profissionais para gerenciarem o cuidado de Enfermagem’

A realização de capacitações acerca do gerenciamento de Enfermagem foi relatada por alguns como insatisfatória havendo necessidade de aprofundamento da temática, com suporte da instituição e não apenas partindo dos enfermeiros:

[...] Falta capacitação para o pessoal, pra você manter uma equipe trabalhando de forma eficiente (Enf.5).

[...] No dia a dia da gente, o que eu sinto as vezes é falta da própria organização da instituição, de atualizar os profissionais, de capacitar, tudo isso tá uma



coisa ligada a outra (Enf.5).

Estudos revelam que há um despreparo para o gerenciamento do cuidado, que é realizado de forma empírica, com ausência de base científica que fortaleça e direcione as ações. Destaca-se a influência mais uma vez das instituições de ensino em implementar mudanças na formação que contribuam no preparo de enfermeiros diferenciados (Spagnuolo et al., 2012; Senna et al., 2014).

‘Realizando o gerenciamento do cuidado de enfermagem considerando as prioridades do trabalho’

Para contornar as dificuldades vivenciadas na prática diária de trabalho em meio as diversas atribuições a serem cumpridas, os participantes relataram que buscam atuar priorizando as atividades durante a assistência de enfermagem prestada:

[...] O tempo de dedicação varia muito, de acordo com as demandas do plantão (Enf. 12).

[...] A gente se dedica mais ao que precisa mais, de acordo com a necessidade mais emergente da hora é que a gente se dedica mais. Às vezes a administração consome muito, mas é como eu estou lhe dizendo a necessidade faz a prática (Enf. 10).

Considera-se que identificar as prioridades é uma estratégia de otimização do tempo e recursos para o trabalho, porém faz-se necessário a realização de avaliação contínua e diária das demandas do serviço, uma vez que o trabalho em saúde é dinâmico e complexo, recheado de imprevistos (Alves et al., 2011).

‘Vendo a necessidade de um enfermeiro voltado só para o gerenciamento do serviço’



Para os participantes seria fundamental direcionar as atribuições administrativas para um enfermeiro, chamado por esses de burocrático, o que já ocorre em alguns setores do serviço:

[...] Eu acho poderia melhorar se a gente tivesse uma enfermeira voltada só pra administração (Enf.1).

[...] Quantas vezes a gente reclama aí que precisa de um enfermeiro meramente burocrático, só pra ficar nessa parte aí da administração. Pelo menos durante o dia, pela manhã, tem uma pessoa, justamente por essas dificuldades (Enf. 10).

Estudo destaca que designar um enfermeiro para gerenciar as atividades de Enfermagem é importante para o processo de trabalho, por diminuir a sobrecarga de atividades dos enfermeiros que prestam a assistência direta. Porém, com uma ressalva, que essa separação pode levar ao surgimento de conflitos comprometendo de alguma forma o cuidado final prestado ao paciente. Logo, o desafio está posto em trabalharem em equipe impedindo a compartimentalização das ações (Giordani et al., 2012).

Consequências do fenômeno

Os discursos revelaram como consequência a categoria “Reconhecendo que o gerenciamento sistematizado otimiza o trabalho do enfermeiro”, onde os participantes afirmaram a capacidade de gerir o cuidado com eficiência relacionado a enxergar a assistência de forma global:

[...] Eu só sei trabalhar assim, tanto a parte prática quanto a burocrática também, porque aí você sabe né, tudo o que precisa (Enf. 2).

[...] Eu acho que eu faço os dois iguais, porque quando vou trabalhar vejo toda a questão da equipe de enfermagem, do material que o paciente precisa e procuro providenciar o máximo possível para que a assistência seja eficiente, vejo o paciente, e eu presto o cuidado também que o paciente precisa (Enf. 5).



Para desenvolver um trabalho diferenciado o enfermeiro deve saber articular as atividades de gerência e cuidado em Enfermagem, possibilitando trabalhar em cima das especificidades de cada situação apresentada e implementar ações para o aperfeiçoamento final do cuidado prestado ao paciente (Torres et al., 2011).

Ressalta-se, portanto, não se tratar de cumprir atividades de gerenciamento e assistência, e sim de trabalhar com ambas de forma interligada e simultânea, onde todo o processo gire em torno do cliente e o cuidado ofertado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades e desafios vividos diariamente pelos enfermeiros no desempenho de sua prática profissional são diversos, em meio a inúmeras atribuições muitos deles não são capacitados previamente para gerir o cuidado de forma adequada, uma vez que são vários os conhecimentos e habilidades necessários para desempenhar o gerenciamento do cuidado.

Logo, faz-se necessário traçar metas de educação permanente para fortalecer o crescimento profissional desses enfermeiros, oferecendo novas ferramentas para atuação e integração dos saberes gerenciais e assistenciais, em busca da prestação de um cuidado qualificado baseado em pensamento crítico-reflexivo e pautado em conhecimentos técnico-científicos já consolidados no campo da Enfermagem.

A limitação do estudo diz respeito à execução da pesquisa em apenas um cenário de hospital público. No entanto, espera-se que o estudo contribua para enriquecer o debate acerca do gerenciamento do cuidado e estimular as instituições hospitalares a agirem de forma mais ativa capacitando seus profissionais, bem como despertando os enfermeiros para importância de aprimorar sua prática



profissional.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- Alves, C. A., Deslandes, S. F., & de Araujo Mitre, R. M. (2011). The management of nursing work in a pediatric ward of medium and high complexity: a discussion about co-management and humanization. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 15(37), 351-361. <https://link.gale.com/apps/doc/A442535761/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=fb19ef76>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Christovam, B. P., Porto, I. S., & Oliveira, D. C. D. (2012). Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 734-741. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>
- Fernandes, M. C., da Silva, L. M. S., Moreira, T. M. M., & da Silva, M. R. F. (2013). Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(3), 522-33. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20134081>
- Giordani, J. N., Bisogno, S. B. C., & Silva, L. A. A. D. (2012). Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 511-516. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400005>.
- Gomes, L. A., & Brito, D. S. (2012). Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI*. [Internet], 5(3), 64-70.



- Goulart, B. F., Coelho, M. F., & Chaves, L. D. P. (2014). Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line*, 386-395. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201421>
- Medeiros, A. L., Santos, S. R., & Cabral, R. W. L. (2013). Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem através da Grounded Theory. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(1), 44-53. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.15323>
- Nery, I. S., Santos, A. G. D., & Sampaio, M. D. R. (2013). Dificuldades para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. *Enferm. foco (Brasília)*, 11-14. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2013.v4.n1.494>.
- Neto, F. R. G. X., & Sampaio, J. J. C. (2012). Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(22), 76-91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54523558006>
- Oliveira, R. S., Azevedo, N. M., Albuquerque, W. G., Andrade, M., & Santo, F. H. E. (2011). Gerência de um centro de atenção integral à saúde do idoso. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 1(1), 131-135. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.16>.
- Oliveira, F. E. L., de Azevedo Fernandes, S. C., de Oliveira, L. L., de Queiroz, J. C., & de Azevedo, V. R. C. (2012). A gerência do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Rev Rene*, 13(4), 834-844. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4043/3171>.
- Peres, A. M., Freitas, L. J., do Carmo Calixto, R., Riera, J. R. M., & Quiles, A. S. (2013). Conceções dos enfermeiros sobre planejamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 153-160. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239969006>.
- Senna, M. H., Drago, L. C., Kirchner, Â. R., Santos, J. L. G. D., Erdmann, A. L., & Andrade, S. R. D. (2014). Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. *Revista Rene*, 15(2), 196-205. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263003>.
- Souza Correio, A. I. S., de Oliveira Correio, L. M. L., de Castro, M. M., & Correio, C. (2011). O trabalho coletivo e as profissões de saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 5(1), 105-121. <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i1.921>.
- Soares, M. I., Resck, Z. M. R., Terra, F. D. S., & Camelo, S. H. H. (2015). Sistematização da assis-



- tência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Escola Anna Nery*, 19(1), 47-53. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>.
- Spagnuolo, R. S., Juliani, C. M. C. M., Spiri, W. C., Bocchi, S. C. M., & Martins, S. T. F. (2012). O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(2), 226-234. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i2.10445>.
- Strauss, A., Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2 ed). Artmed.
- Torres, É., Christovam, B. P., Fuly, P. C. D. S., Silvino, Z. R., & Andrade, M. (2011). Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. *Escola Anna Nery*, 15(4), 730-736. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400011>.
- Vituri, D. W., Lima, S. M., Kuwabara, C. C. T., Gil, R. B., & Évora, Y. D. M. (2011). Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20(3), 547-556. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300017>.
- Zago Novaretti, M. C., Vasconcelos Santos, E., Quitério, L. M., & Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 692-699. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.



Capítulo



2

**ADAPTAÇÕES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE AO COVID-19:
VIVÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS**

**ADAPTAÇÕES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
FRENTE AO COVID-19: VIVÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS
ADAPTATIONS TO PRIMARY HEALTH CARE SERVICES IN FRONT OF
COVID-19: MULTIPROFESSIONAL EXPERIENCES**

Nayana da Rocha Oliveira¹

Dhébora Rhanny Ribeiro Escorel Barros²

Vinícius André Gouveia de Sousa³

Anna Laura Maciel de Melo⁴

Rafael Lima Marinho Paiva⁵

Maria Carolina Salustino dos Santos⁶

Maria Beatriz Viana Silva⁷

Resumo: A pandemia causada pelo Coronavírus tem gerado discussões sobre as novas formas de organização das práticas do cuidado em saúde. Na Atenção Primária à Saúde, foi preciso reorganizar todos os atendimentos, visando a cessar a propagação viral. Tem se como objetivo, descrever a experiência de residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade, acerca das adaptações realizadas nos serviços de atenção primária frente ao covid-19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, da modalidade relato de experiência, Este estudo contou com a participação de residentes multiprofissionais em saúde da família e da comunidade, da prefeitura de um município Paraibano, em parceria

1 Universidade Federal da Paraíba

2 Universidade Federal da Paraíba

3 Universidade Federal da Paraíba

4 Universidade Federal da Paraíba

5 Universidade Federal da Paraíba

6 Universidade Federal da Paraíba

7 Enfermeira. Ufpb e Faculdades ciências Médicas.



Debates Interdisciplinares em Saúde

com duas instituições de ensino superior. A experiência ocorreu nas Unidades de Saúde da Família, no qual compuseram a equipe de residentes as seguintes modalidades de profissionais: 1 psicólogo, 3 enfermeiras, 2 farmacêuticos e 1 fisioterapeuta. Como resultados, evidenciou que ocorreram diversas mudanças, desde o ambiente das unidades de saúde, até a forma de atendimento aos usuários que precisam dos cuidados primários. Conclui-se, que estudos relacionados a esse tema são pertinentes, por trazerem novas experiências de adaptações e organizações dos serviços de saúde, diante de uma pandemia.

Palavras Chaves: Pandemia. Organização. Atenção Primária à Saúde.

Abstract: A pandemic caused by the Coronavirus has generated, on new forms of organization of practices, health care. In Primary Health Care, it was necessary to reorganize all services, to stop the viral spread. It aims to describe the experience of multiprofessional residents in family and community health, about the adaptations made in primary care services in face of the covid-19. This is a qualitative research, of the experience report modality. This study counted on the participation of multiprofessional residents in family and community health, from the prefecture of a municipality in Paraíba, in partnership with two higher education institutions. An experience occurred in the Family Health Units, which did not qualify the team of residents as the following types of professionals: 1 psychologist, 3 nurses, 2 pharmacists and 1 physiotherapist. As a result, it showed that there were several changes, from the environment of the health units, to the form of assistance to users who need primary care. It is concluded that studies related to this theme are relevant, as they bring new experiences of adaptations and associations of health services, in the face of a pandemic.



Keywords: Pandemic. Organization. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa, causada pelo vírus (SARS-CoV-2), considerada potencialmente fatal, constitui um importante problema de saúde pública mundial. A pandemia pelo SARS-CoV-2 teve início no ano de 2019, na cidade Wuhan, na China e em apenas dois meses disseminou-se em todos os continentes (Medeiros, 2020).

O vírus SARS-CoV-2 tem sua transmissão através de gotículas dispersas no ar e por contato de superfícies contaminadas, com sua propagação principalmente em locais fechados e ambientes de cuidado à saúde (Rothan e Byrareddy, 2020).

A pandemia causada pelo Coronavírus tem gerado discussões sobre as novas formas de organização das práticas do cuidado em saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo diversos níveis de atenção à saúde, com o objetivo de garantir, que toda a população receba atendimento integral e gratuito, ancorado em uma extensa Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Cabral et al., 2020).

O Brasil está comprometido com uma nova proposta de vigilância epidemiológica, voltada para a infecção humana do SARS-CoV-2 (CID 10: U07.1 - infecção respiratória pelo novo coronavírus), apoiado por informações da OMS e novas evidências técnicas e científicas (Brasil, 2020).

Diante da pandemia ocasionada pela COVID 19, os serviços públicos necessitam realizar mudanças que organizem as atividades e atendam as demandas da população. Sendo assim, a Aten-



ção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e porta, preferencialmente, de entrada ao SUS, deve orientar suas ações no reconhecimento das questões de saúde nesse contexto (Engstrom et al., 2020).

A APS representa o ponto de atenção que estabelece maior contato com a comunidade por meio do território, e deve ser considerada um importante pilar frente a situações de saúde emergenciais (Teixeira et al., 2020).

Para Daumas et al., 2020 a atenção primária também será responsável por buscar resolver os problemas de saúde causados pelo isolamento social prolongado como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e a deterioração ou desenvolvimento de doenças crônicas.

Durante uma pandemia, os serviços de saúde são expostos a situações críticas, sendo necessário adotar planos estratégicos, de ações imediatas e eficientes. Ratifica-se, que a capacidade de integrar cuidados combinados com a gestão e assistência, permitem que os profissionais de saúde transformem suas práticas de trabalho, de modo a promover o acesso à saúde de forma integral através do cuidado interdisciplinar (Rios et al., 2020).

Desse modo, a partir da explanação teórica, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: De que maneira ocorreram as adaptações nos serviços de atenção primária frente ao covid-19? Tem-se por objetivo: Descrever a experiência de residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade, acerca das adaptações realizadas nos serviços de atenção primária frente ao covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, na modalidade de relato de experiência. Este estudo contou com a participação de residentes multiprofissionais em



Debates Interdisciplinares em Saúde

saúde da família e da comunidade, da prefeitura de um município Paraibano, em parceria com duas instituições de ensino superior.

A experiência ocorreu nas Unidades de Saúde da Família em que os residentes estão lotados, emergindo o desejo de descrever este momento singular para fins de crescimento acadêmico e científico. Compuseram a equipe de residentes as seguintes modalidades de profissionais: 1 psicólogo, 3 enfermeiras, 2 farmacêuticos e 1 fisioterapeuta.

No município estudado, existem cinco distritos sanitários de saúde, no qual abrange toda a cidade, com o objetivo de prestar assistência básica à população. No distrito sanitário, existem diversas Unidades de Saúde da Família (USF) e suas equipes de Saúde da Família (eSF), que levam o cuidado primário para a comunidade. Neste contexto, estão inseridos os residentes multiprofissionais, que são os profissionais de nível superior, cursando uma especialização, tal curso, possui maior parte em atividades práticas, voltadas ao cuidado direto junto à população.

Esta experiência se deu nas dependências das USF's, mediante a vivência dos residentes, e as modificações geradas pelo COVID-19, que fizeram com que todo o fluxo de atendimento e cuidado, tivesse que ser modificado e adaptado, para proteger os profissionais de saúde e a comunidade assistida por eles.

Foram usados como recursos metodológicos: câmera do celular, fotos, reuniões multiprofissionais para organização do fluxo, papéis para identificação da USF, fitas adesivas, canetas diversas, fluxogramas de atendimentos, e metodologias de comunicação junto ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a comunidade. Todas as informações foram construídas em grupo, com todos os residentes, mediante suas experiências individuais e coletivas, seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).



RESULTADOS

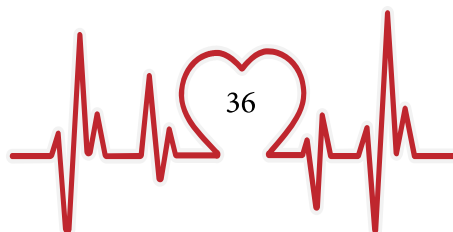
DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

As adaptações apresentadas a seguir, foram decididas mediante reuniões da equipe, no qual se avaliava o que estava funcionando e o que poderia ser reformulado. Nesse momento, toda a equipe é convidada a sugerir propostas e colocar sua opinião quanto ao que é debatido. Até o momento da publicação deste relato, as mudanças no serviços foram as seguintes:

Recepção: Em relação à recepção da Unidade, duas pessoas são responsáveis por realizar a escuta inicial, identificar e direcionar as demandas para o local apropriado (área de síndromes gripais e/ou acolhimento de outras demandas). Para evitar aglomerações, os usuários não podem se posicionar em filas para retirada dos prontuários na recepção, permanecendo sentados aguardando com o devido distanciamento entre uma cadeira e outra. Os prontuários, são então retirados pelos ACS, após a equipe acolher as demandas.

Em relação às receitas de medicamentos de uso contínuo, elas devem ser entregues pela janela da recepção, evitando que os pacientes adentrem a unidade e aglomerem para tal. Ademais, a recepção fica responsável pela entrega de fichas aos usuários para direcionar o fluxo de atendimentos gripais na Unidade. Por fim, cabe à recepção a entrega dos resultados de exames RT-PCR aos usuários, pelo anexo lateral (janela presente na recepção), de modo a evitar aglomerações e melhorar o fluxo interno.

Farmácia: Por conta da pandemia, o farmacêutico limitou o fluxo de pessoas dentro da farmácia para evitar aglomerações. Além disso, os resultados de RT-PCR ficam disponibilizados para



Debates Interdisciplinares em Saúde

conferência no computador presente na farmácia, além de guardar os EPI's necessários (máscara, luvas, capotes, álcool em gel) para os profissionais, não estando liberados para acesso dos usuários. Houveram mudanças na dispensação de medicamentos de uso contínuo. Os medicamentos de controle especial são dispensados para o uso durante três meses.

Atendimento médico: Em virtude da alta demanda de atendimentos para pacientes com sintomas gripais, o acompanhamento aos usuários de doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão foi reorganizado, já que houve uma redução das linhas de cuidado. As visitas domiciliares ocorrem de forma pontual e quando se trata de um caso grave.

Atendimento de enfermagem: Ocorrem por demanda espontânea a partir da escuta qualificada, além de atendimentos agendados com horário definido para evitar aglomerações. O pré-natal/ puericultura ocorre por agendamento em horários de menores fluxos na Unidade de Saúde. O citológico ocorre por atendimento programado uma vez por semana. Ademais, a enfermagem teve um aumento significativo na demanda de atendimentos a pacientes sintomáticos gripais, no qual realizam testes rápidos e coleta para RT-PCR em pacientes agendados. Em relação à renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo prescritos por enfermeiros, os usuários devem comparecer à Unidade de saúde e, dentro do prazo de até dois dias, serão renovadas e entregues, com o mínimo de contato com o paciente. As receitas são entregues por um acesso lateral.

Atendimento odontológico: O atendimento odontológico é realizado com restrição, diminuindo o fluxo de usuários no consultório, realizando apenas atendimentos de urgência, avaliação prévia e prescrição de medicamentos conforme demanda apresentada.

Realização de testes rápidos/RT-PCR: O RT-PCR é realizado com pessoas sintomáticas gripais (3-7 dias de sintomas) a partir da solicitação médica com 3 dias na semana para coleta do



material (segunda, quarta e sexta). Os resultados são disponibilizados no prazo médio de 5 dias úteis. Além disso, os testes rápidos são realizados duas vezes na semana, todavia, são realizados em dias diferentes para evitar aglomerações.

Grupos operativos: (saúde mental, hiperdia, pré-natal coletivo): Os grupos de promoção de saúde foram interrompidos pelo risco inerente à contaminação pela aglomeração de pessoas, principalmente indivíduos mais vulneráveis, como idosos, diabéticos e hipertensos. Tem-se a proposta de realizar de forma online.

Visitas domiciliares: As visitas domiciliares realizadas por médicos, enfermeiros e residentes multiprofissionais foram suspensas desde o início da pandemia, entretanto, as demandas são avaliadas e, em casos graves, podem ocorrer. Os agentes comunitários de saúde reduziram a frequência de visitas e, ao realizá-las, não adentram a residência dos usuários, minimizando o contato.

Fluxo de usuários na unidade: Quanto à organização do fluxo de circulação de pessoas, os acessos de entrada e de saída foram ajustados na USF. A entrada e saída dos usuários passou a ser por vias diferentes, sendo a entrada pela porta principal e a saída pela porta lateral da USF. Para isso, utilizaram-se sinalizações por meio de cartazes, bem como faixas de delimitação indicando onde seriam esses locais. Além disso, foi organizada uma filtragem inicial, sob responsabilidade da recepção e da portaria, no qual orientam os pacientes sobre os locais de atendimentos e acessos corretos dentro da unidade, antes que eles entrem na mesma, reduzindo a circulação de pessoas.

Teleatendimento: Em substituição, foi pensada a estratégia do teleatendimento, tanto para atendimentos individuais como para a realização de grupos de forma online. Assim, quando se tratar de orientações e acompanhamento de casos já conhecidos pela unidade, será utilizado o teleatendimento a partir de aparelho smartphone com número de uso profissional. A forma como ocorreram



os atendimentos ficou a cargo dos profissionais decidirem e realizarem mudanças conforme veem a necessidade.

DISCUSSÃO

Mediante os resultados desta experiência, compreende-se que a Atenção Primária em Saúde (APS), precisou reorganizar-se e, ao mesmo tempo, enfrentar a pandemia do COVID-19, junto a todas as ações básicas que já eram exercidas anteriormente. Foi preciso seguir protocolos, referenciais e diretrizes estabelecidas por órgãos competentes, como a vigilância em saúde (Abrasco, 2020).

A APS tem um papel primordial na pandemia contra ao COVID-19, por trabalhar com a prevenção de forma individual e coletiva, o que é imprescindível para garantir a perpetuação da vida humana. Os profissionais precisam ser sensíveis às necessidades da população e orientar cuidados referentes ao isolamento social, higienização e uso de máscaras (Medina et al., 2020).

O processo de enfrentamento da pandemia, exigiu ações de gerenciamento em todas as esferas de governo, bem como em todos os níveis de atenção à saúde. Na APS, foi preciso considerar a identificação de pacientes gripais, diagnóstico da COVID-19, monitoramento desses pacientes, tratamento e acompanhamento contínuo do paciente e de toda sua família. A orientação das demandas das USF foram reorganizadas, pois, além da síndrome gripal e COVID-19, tem-se o acompanhamento de pré-natal, puerpério, puericultura, saúde do idoso, da mulher, do homem, realização de testes rápidos, citológicos, vacinação e outros inúmeros serviços (Dunlop et al., 2020).

Os profissionais de saúde, de forma conjunta, precisaram estabelecer fluxos, metas, e adquirir diversos planejamentos, para direcionar os pacientes dentro da USF, além de pensar em várias estratégias para atender aqueles que não se tratavam de COVID-19 (Dunlop et al., 2020).



Debates Interdisciplinares em Saúde

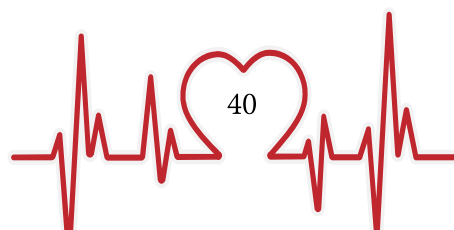
Diante da problemática, alguns fluxos foram implementados, como a separação dos pacientes sintomáticos com aqueles não sintomáticos, na tentativa de evitar o contato direto e diminuir a transmissão, além de agendamentos de receitas controladas, requisição de exames e uso de teleatendimento, objetivando atender o paciente com qualidade e segurança (Greenhalgh et al., 2020).

Embora as novas estratégias de fluxo sejam pensadas sempre para o benefício do trabalho em saúde na comunidade, nem sempre as mudanças são bem vistas por toda a equipe. Durante a reunião em que é feita a proposta, algumas falas, se mostram desfavoráveis ou desconfortáveis com as ideias, por acreditarem que alguns acumularam serviços, enquanto outros se esquivam disso, “fazendo corpo mole”, o que causa em muitas pessoas, a frustração pelo trabalho em equipe falho. Tais sentimentos não nascem nesta situação atual de pandemia; são, na verdade, vivenciadas muito antes pela equipe em seu trabalho (Santos et al., 2019).

Entretanto, vivenciar tais questões no contexto da pandemia, acrescenta a experiência do processo de trabalho em saúde, que é rica, porém desafiante, um tom mais estressante (Crepaldi et al., 2020).

As estratégias priorizam a diminuição do contágio enquanto ainda recebem as demandas usuais da atenção primária. Ainda é um processo em construção, no entanto, fazer com que esses dois fenômenos não se anulem ou se dificultem. Por exemplo, a renovação de receitas para retirada de medicamentos de uso controlado na portaria, é uma mudança na estratégia que torna eficiente a diminuição de usuários circulando na USF.

Contudo, isso dificulta o contato dos profissionais de saúde com esses usuários, para acompanhar a evolução do processo de saúde e da relação deles com a medicação. É nesse contato, no diálogo, que o usuário pode participar ativamente e de forma consciente do seu processo de saúde,



evitando o risco de fazer uso da atenção primária apenas de forma assistencial e, conseqüentemente, se alienando de seu processo de saúde (Santos et al., 2019).

No que tange o teleatendimento, espera-se que possibilite a promoção de saúde, o acompanhamento dos processos e o vínculo com a comunidade enquanto se evita o contágio. Porém, é necessário observar a adesão dos usuários a esse tipo de equipamento, tendo em vista que muitas das áreas cobertas pelas USF atendem a camadas populacionais que diferem no acesso à tecnologia (Maciel et al., 2020).

É criterioso para os profissionais de saúde da família e comunidade, a sensibilidade e o senso crítico quanto às ações que realizam. Tais ações não podem ser distanciadas da realidade da população a que atendem, pois ocasionaria um abismo entre o serviço e a comunidade, perdendo a percepção da saúde do sujeito como integral, agregando dimensões biológicas, sociais e psicológicas. Dessa forma, como bem observou Villarreal-Valera (2020) em estudo, um serviço que se adapta a realidade atual das questões patológicas, mas que não se adapta também a realidade social da comunidade pode ocasionar uma segregação no cuidado à saúde, atendendo aqueles que conseguem acompanhar as mudanças do serviço e invisibilizando os que não, fortalecendo o assistencialismo fragmentado, em detrimento ao cuidado integral em saúde.

As estratégias que se mostram efetivas para o funcionamento das USF durante a pandemia de COVID-19 ainda estão em um processo de construção. Muito do que surge são medidas criativas pensadas e executadas pelas equipes na tentativa de lidar com a pandemia, sem deixar de realizar os serviços necessários na atenção primária, evitando assim, uma pressão maior na atenção de maior complexidade. O relato aqui apresentado, demonstra a capacidade adaptativa que a atenção primária possui.



Debates Interdisciplinares em Saúde

Esta adaptação se dá por meio da intenção dos profissionais, em lidar com o novo, propor formas de enfrentamento aos desafios, tentativas, erros e aprendizados. Com as discussões promovidas pela equipe, o sujeito acaba por realizar uma práxis, onde se coloca os profissionais de saúde da atenção básica em reflexão, com as ações de saúde que realizam, e com o momento histórico com o qual lidam, partindo disso para criar soluções (Paro et al., 2020).

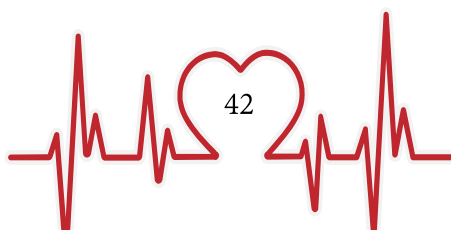
Tal trabalho, possibilita que seja acompanhado e discutido como os serviços em saúde pública vêm se modificando, e suas estratégias para lidar com um fenômeno de proporção mundial, bem como o tipo de apoio que é oferecido para realizar tais modificações.

Portanto, torna-se fundamental que as instâncias de gestão do SUS incluam a reorganização das formas de trabalho da APS no planejamento de enfrentamento à pandemia, de modo que proporcionem ampliação do número de equipes, capacitação dos profissionais, estruturação dos serviços, oferecendo insumos e acesso a internet, não só para as unidades de saúde como também àqueles em situação de maior vulnerabilidade (Teixeira et al., 2020).

Para além disso, é preciso promover a educação em saúde e a proteção dos profissionais em saúde, focando aqueles que estão no elo entre comunidade e unidade, os ACS's. Estes profissionais, por meio de seu vínculo afetivo e cultural, conseguem se conectar aos usuários e compartilhar entre eles tanto as mudanças que a unidade sofre, como as práticas de prevenção ao contágio (Maciel et al., 2020). Contudo, sem o devido suporte à garantia de saúde dos ACS's e a sua educação em saúde, essa estratégia é fragilizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista aquilo que foi proposto, o trabalho apresentou de forma ampla a descrição



das principais mudanças no serviço das Unidades de Saúde da Família e Comunidade em que as experiências foram vividas. Tão descrição foi acompanhada de uma problematização dessas mudanças, demonstrando a razão para tais, mas, também, como essas mudanças em si revelam a tentativa das eSF de se adaptar aos novos desafios.

As mudanças são rígidas e se apresentam muito mais como uma tentativa frente ao novo, se reconstruindo e se questionando de sua efetividade conforme é vivenciada pela população e equipes. O atendimento à saúde na atenção básica se dá dessa forma: em constante diálogo com a comunidade a qual atende, reavaliando suas estratégias, para que consiga cada vez mais estar próxima a população e acolhê-la em sua integralidade, em suas dimensões diversas.

Nem sempre, isso será possível. Havendo muitas vezes em que o serviço acaba focando nas suas questões técnicas e assistenciais por uma preocupação com o patológico e na responsabilização do profissional de saúde, centralizando nele, as ações de saúde. Contudo, é na atenção básica, onde se tem a possibilidade do trabalho em residência multiprofissional, que surge a oportunidade de refletir essas ações. Cria-se então um espaço rico de produção de saberes, de formulação de estratégias e transformações no serviço, que servem de base para o enfrentamento de desafios no processo saúde-doença do Brasil como um todo.

É nesse sentido, que se faz necessário o mapeamento de mais registros descritivos e discursivos das mudanças no atendimento da atenção básica neste período de pandemia. Em cada USF se criam soluções e se problematizam essas mesmas ações, que necessitam ser compartilhadas entre estados, para o desenvolvimento da atenção primária, tanto a nível teórico, como prático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2020), “Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19”, Seminário Virtual Rede APS/ABRASCO. Consultado a 20.03.2021, em https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf.

Brasil (2020), “Boletim Epidemiológico 02”. Ministério da Saúde, Consultado a 20.03.2021, em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COEcrona-SVS-13fev20.pdf>.

Cabral, Elizabeth Regina de Melo et al. (2020), “Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19”, *Interamerican Journal of medicine and health*, 3, 1-12. Consultado a 20.03.2021, em <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87>.

Crepaldi, Maria Aparecida et al. (2020), “Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas”, *Estud. psicol.*, 37, 1-12. Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.

Daumas, Regina Paiva et al. (2020), “O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19”, *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6). Consultado a 20.03.2021, em <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>.

Dunlop, Catherine et al. (2020), “The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response”, *BJGP Open*, 4(1). Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>

Engstrom, Elyne et al. (2020), “Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19”, Observatório Covid19 Fiocruz. Consultado a 20.03.2021, em <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>.

Greenhalgh, Trisha et al. (2020), “Covid-19: a remote assessment in primary care”, *The BMJ*, 368. Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>.

Maciel, Fernanda Beatriz Melo et al. (2020), “Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 4185-4195. Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>.



Medeiros, Eduardo Alexandrino Servolo (2020), “A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19”, *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020edt0003>

Medina, Maria Guadalupe et al. (2020), “Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?”, *Cadernos de Saúde Pública*. 36(8). Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720>.

Paro, César Augusto et al. (2019), “Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde”, *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), 1-22. Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00227>.

Rios, Amora Ferreira Menezes et al. (2020), “Atenção Primária à saúde frente à Covid-19 em um centro de saúde”, *Enferm. foco*, 11(1), 246-51. Consultado a 20.03.2021, em https://www.researchgate.net/profile/Gabriela-Silva-40/publication/343480686_Atencao_primaria_a_saude_frente_a_COVID-19_em_um_Centro_de_Saude/links/5f2c08a6299bf13404a67bc8/Atencao-primaria-a-saude-frente-a-COVID-19-em-um-Centro-de-Saude.pdf.

Rothan, Hussin A; Byrareddy, Siddappa N. (2020), “The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak”, *Journal of autoimmunity*, 109. Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>.

Santos, Amanda Corrêa et al. (2019), “Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4) Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280403>.

Santos, Deivisson Vianna Dantas et al. (2019), “Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde”, *Saúde soc.*, 28(2), 261-271. Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180860>.

Teixeira, Maria Glória et al. (2020), “Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19”, *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(4). Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400015>.

Villarreal-Valera, José Alfredo (2020), “Sinergia educación, prevención, promoción de salud comunitaria desde el paradigma de la sociocultura”, *Hacia promoc. Salud*, 25(2), 39-53. Consultado a 20.03.2021, em <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.7>.



Capítulo

3



DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL DO RECÉM-NASCIDO

**DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR NA PRIMEIRA
SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL DO RECÉM-NASCIDO
CHALLENGES FOR EFFECTIVENING HOME VISIT IN THE FIRST
WEEK OF INTEGRAL HEALTH IN THE NEWBORN**

Maria Carolina Salustino dos Santos¹

Rosicleide Rúbia Pereira Medeiros²

Luciene de Souza Santos Albuquerque³

Wanessa de Araújo Evangelista⁴

Erlania Souza Costa⁵

Glaydes Nely Sousa da Silva⁶

Resumo: Este estudo teve como objetivo geral: Caracterizar a produção científica relacionada à visita domiciliar realizada pelo enfermeiro na primeira semana de vida do recém-nascido. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa, na modalidade revisão integrativa da literatura. foram selecionadas as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A pesquisa contou com 4 publicações científicas, que seguem os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados nas bases de dados selecionadas, no idioma português brasileiro, no período de 2015 a 2019, disponíveis

1 Facene/Famene

2 Facene/Famene

3 Unipê

4 Fesvip – Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula

5 Facene/Famene

6 Facene/Famene



integralmente e na modalidade de artigo original. A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2020. Esta pesquisa obteve como resultados: vulnerabilidade da família, indisponibilidade profissional para realizar a visita, falhas na continuidade do cuidado ao recém-nascido na atenção primária à saúde, ausência da centralização do cuidado no bebê, má assistência da equipe multiprofissional para fortalecer o cuidado a criança, mitos e crenças que cercam da puérpera mediante a realização do cuidados com o recém-nascido, e o vínculo entre a Unidade de Saúde da Família e o recém-nascido que chega em seu território. A pesquisa alcançou os resultados esperados, abordando sobre as principais dificuldades na efetivação da visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana de vida.

Palavras chaves: Recém-nascido. Atenção primária à saúde. Visita domiciliar; Enfermagem.

Abstract: This study aimed to: Characterize a scientific production specialized in home visits carried out by nurses in the first week of life of the newborn. It is a descriptive, exploratory research, with a quantitative approach, in the form of integrative literature review. The following were selected as national and international databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Spanish Bibliographic Index of Health Sciences (IBECS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). A research published with 4 scientific publications, which follows the following inclusion criteria: studies published in the selected databases, in the Brazilian Portuguese language, from 2015 to 2019, available in full and in the form of original article. Data collection was carried out in February 2020. This research recorded as results: family vulnerability, professional unavailability to make a visit, failures in detecting newborn care in health care, loss of centralization of care in the baby, the assistance of the multidisciplinary team for the care of children, children and crimes that



surround the child, is carried out with the care of the newborn, and the link between the Family Health Unit and the newborn that arrives at the your baby territory. The research achieved the expected results, addressing the main difficulties in carrying out home visits to the newborn in the first week of life.

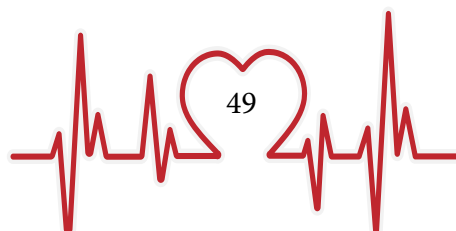
Keywords: Newborn. Primary health care. Home visit. Nursing.

INTRODUÇÃO

A visita domiciliar na atenção primária é estabelecida como uma ferramenta de acompanhamento e cuidado, que é direcionada ao indivíduo e coletividade daquele território determinado pela Estratégia de Saúde de Família (ESF), com o intuito de identificar riscos familiares e situacionais, condições de saúde da população, e similarmente situações prioritárias dentre as limitações da Unidade de Saúde da Família (USF), e que demonstrem a necessidade do atendimento em sua residência (Mazzo; Brito; Santos, 2014).

A visita domiciliar é um instrumento do cuidado na atenção básica, e quando se pronuncia a expressão “perspectiva do cuidado”, aborda-se similarmente sobre o significado de: zelar, ser prudente, ter precaução, ser cauteloso, ponderador e atencioso, através de ações que proporcionem o bem-estar ao indivíduo e coletividade (Santos et al., 2017).

Diante dessa temática, direciona-se a uma perspectiva de cuidado na atenção básica, sabendo que a visita domiciliar está inserida dentro do contexto da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI) do recém-nascido, e que é uma ponte de acesso da Unidade de Saúde da família para a realidade da população adscrita. Sendo assim, um dos momentos do ciclo de vida humano, mais precisamente



feminino, é o puerpério, onde o binômio necessita prioritariamente da visita domiciliar realizada pela equipe de Saúde da Família (eSF), e que durante a rotina, essa atribuição é colocada nas mãos do enfermeiro da atenção primária (Both et al., 2016).

O enfermeiro é um profissional fundamental na atenção primária, que é referência em diversas demandas das Unidades de Saúde da Família, utilizando do rigor ético, científico, prático e de liderança dentre os trabalhadores de saúde. Além disso, desempenha uma função primordial, que se percorre a prevenção, promoção, cuidado, tratamento e reabilitação da saúde do paciente, sendo este profissional a base para diversas condutas terapêuticas na atenção primária (Sassá et al., 2014).

Tal profissional, exerce uma função essencial dentro das normas, protocolos e rotinas a serem seguidos na USF, com isso, é imprescindível que o enfermeiro obtenha o conhecimento sobre as suas condutas no cuidado, e fortaleça seu embasamento teórico científico, para que tenha suporte em suas intervenções e que trabalhe em si a centralidade do cuidado na família. Dentre estes cuidados na saúde da família, encontra-se o recém-nascido, que clinicamente, é referenciado do 1º dia do nascimento até 28º dia (Lucena et al., 2018). Uma pesquisa nacional aponta que anualmente “mais de 3 milhões de recém-nascidos (RN) vão a óbito antes do primeiro mês de vida, dos quais três quartos morrem na primeira semana e um terço não sobrevive ao primeiro dia de vida” (Lucena et al., 2018).

O recém-nascido/neonato, necessita de cuidados essenciais para a perpetuação da sua saúde em seus primeiros dias de vida, e é exatamente mediante a visita domiciliar no período puerperal e na primeira semana de saúde integral do recém-nascido, que a figura do enfermeiro irá propiciar ao neonato e sua família as mais diversas condutas terapêuticas (Reichert et al., 2016). Neste sentido, a primeira visita domiciliar ao recém-nascido é realizada até o 3º dia de vida quando a gestação for de alto risco, e até o 7º dia de vida quando for de risco habitual (Reichert et al., 2016).



Um estudo internacional problematiza que acerca da mortalidade nas primeiras semanas de vida neonatais, o Brasil possui dados no período de 2011 a 2012 que equivalem a uma média de 11,1 óbitos para cada mil nascidos vivos (Lansky et al., 2014).

Outra pesquisa internacional traz o resultado que, predominantemente, os óbitos neonatais estão associados a lacunas na assistência durante as primeiras semanas de vida do neonato, onde possivelmente estes óbitos poderiam ser evitados de forma precoce se tivesse ocorrido a visita domiciliar (United Nations, 2015).

Sendo assim, mediante essa necessidade explorada, o Ministério da Saúde criou a “Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” que traz consigo orientações para a assistência à criança, e dentro dela está inserida a a Primeira Semana Saúde Integral (Lucena et al., 2018; Ministério da Saúde, 2004).

As razões que justificam esta pesquisa relacionam-se aos cuidados e informações descritos anteriormente, através de cada momento da visita é possível identificar o progresso de patologias no recém-nascido, intervindo em tempo oportuno por intermédio desse primeiro contato com a atenção primária (Junior et al., 2016).

Sendo assim, levantou-se a seguinte questão: Quais os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização da visita domiciliar na primeira semana de saúde integral do recém-nascido que existem na literatura atual?

A relevância desta temática é de grande importância para a enfermagem e similarmente para a sociedade. O ato de conhecer as dificuldades de um profissional e auxiliá-lo em seu suporte científico é plausível, por levar em consideração a realidade de cada profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo diante de obstáculos, proporcionar a educação e aprendizagem para a excelência nas



ações do cuidado. Incentivar o profissional enfermeiro a pensar, agir, refletir e adaptar-se ao novo faz parte do processo de aperfeiçoamento e, é através de possíveis novos modelos de condutas na saúde, que podemos garantir o processo de trabalho da maneira correta na atenção primária (Campos, Sena, 2017).

Este estudo terá como objetivo geral: Caracterizar a produção científica relacionada à visita domiciliar realizada pelo enfermeiro na primeira semana de vida do recém-nascido. E como objetivos específicos: Identificar os desafios enfrentados pelos enfermeiros para efetivação da assistência ao recém-nascido em domicílio e comentar utilizando diversos autores acerca dos desafios de enfermeiros da atenção primária a saúde para a efetivação da visita domiciliar na primeira semana de saúde integral ao recém-nascido.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa, na modalidade revisão integrativa da literatura. “A revisão integrativa da literatura que apresenta como vantagem a possibilidade de síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado” (Kakushi; Évora, 2016).

A partir da busca primária (Primary search), foram selecionadas as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizando-se os descritores em português: Recém-nascido; Atenção primária à saúde; Visita domiciliar; Enfermagem.

Esta pesquisa contou com sete etapas para a sua execução: delimitação da questão



problema da pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão a partir da literatura, busca na literatura, organização das informações necessárias a serem extraídas dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e construção dos dados.

Neste sentido, a pesquisa trouxe os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados nas bases de dados selecionadas, no idioma inglês e português brasileiro, no período de 2015 a 2019, disponíveis integralmente e na modalidade de artigo original ou revisão.

Nos critérios de exclusão: artigos fora do contexto da temática, ou das bases de dados selecionadas, publicações que não se encontrem no período temporal estabelecido, em outro idioma que não seja inglês e português brasileiro, artigos em duplicidade, publicações que sejam na modalidade de resenha acadêmica, ensaio, editorial, relatos de experiência, entre outra modalidade de publicações. Os descritores selecionados para esta pesquisa foram pesquisados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). Tais descritores serão cruzados pelos operadores booleanos, AND, OR e NOT.

A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2020. Todos os artigos encontrados na Primary search foram lidos a partir do título e do resumo, e em seguida integralmente.

O instrumento que foi utilizado pelo autor para a realizar a pesquisa, foi elaborado pelo mesmo, seguindo as necessidades da pesquisa, contendo: título da publicação, autores da publicação, ano da publicação, objetivos, metodologia da pesquisa, desafios enfrentados pelos enfermeiros para realizar a visita domiciliar na primeira semana de saúde integral do recém-nascido e resultados relevantes relacionados a temática.

Na primeira base de dados intitulada LILACS, houve o cruzamento dos descritores recém-nascido AND atenção primária à saúde, encontrando 341 publicações, aplicando o filtro relacionado



a linha temporal da pesquisa e idioma para o português brasileiro, ficaram 120 publicações, seguindo com a leitura dos títulos dos artigos, restaram 30 publicações, mediante uma nova leitura sobre os títulos, mas direcionada a questão norteadora da pesquisa, restaram 3 publicações, destas, 2 não encontrava-se nos critérios de inclusão da pesquisa pelo tipo de estudo requisitado para o corpus deste artigo, ficando 1 publicação dentro dos critérios estabelecidos.

Ainda na primeira base de dados, foi realizado o segundo cruzamento, utilizando os descritores visita domiciliar AND enfermagem, e foram encontrados 249 publicações, aplicando o filtro referente a linha temporal da pesquisa e idioma para o português brasileiro, ficaram 179 publicações, seguindo com a leitura dos títulos dos artigos, restaram 19 publicações, mediante uma nova leitura sobre os títulos, mas direcionada a questão norteadora da pesquisa, restando 1 publicação, e esta não encontrava nos critérios de inclusão da pesquisa, justificando a questão norteadora, sendo excluída do corpus deste artigo, ficando 0 publicação dentro dos critérios estabelecidos.

Na segunda base de dados, intitulada IBECS, diante do cruzamento dos descritores recém-nascido AND atenção primária á saúde, encontrando apenas 1 publicação, e aplicando o filtro relacionado a linha temporal da pesquisa e idioma para o português brasileiro, ficaram 0 publicações, e não se fez necessário seguir com a aplicação dos demais filtros, visto que no primeiro filtro já foi descartada do corpus deste artigo, ficando 0 publicações dentro dos critérios estabelecidos.

Continuamente, na mesma base de dados, seguiram-se com o cruzamento dos demais descritores, que foram visita domiciliar AND enfermagem, encontrando 76 artigos, aplicando o filtro relacionado a linha temporal da pesquisa e idioma para o português brasileiro, ficaram 22 publicações, seguindo com a leitura dos títulos dos artigos, restaram 4 publicações, mediante uma nova leitura sobre os títulos, mas direcionada a questão norteadora da pesquisa, restou 1 publicação, e esta en-



contrava-se nos critérios de inclusão da pesquisa pelo tipo de estudo requisitado para o corpus deste artigo, ficando 1 publicação dentro dos critérios estabelecidos.

Na terceira base de dados SCIELO, foi realizada a busca mediante o cruzamento dos descritores recém-nascido AND atenção primária á saúde, encontrando 26 publicações, aplicando o filtro relacionado a linha temporal da pesquisa e idioma para o português brasileiro, ficaram 9 publicações, seguindo com a leitura dos títulos dos artigos, restaram 4 publicações, mediante uma nova leitura sobre os títulos, mas direcionada a questão norteadora da pesquisa, restando 1 publicação, e que encontrava-se nos critérios de inclusão da pesquisa pelo tipo de estudo requisitado para o corpus deste artigo, ficando 1 publicação dentro dos critérios estabelecidos.

Na mesma base de dados, cruzando os demais descritores visita domiciliar AND enfermagem encontrando 28 publicações, aplicando o filtro relacionado a linha temporal da pesquisa e idioma para o português brasileiro, ficaram 5 publicações, seguindo com a leitura dos títulos dos artigos, restaram 2 publicações, mediante uma nova leitura sobre os títulos, uma das publicações estava em duplicidade, e foi excluída, em uma leitura mas direcionada para a publicação que restou, verificou-se que a questão norteadora da pesquisa foi respondida, restando 1 publicação, e que encontrava-se nos critérios de inclusão da pesquisa pelo tipo de estudo requisitado para o corpus deste artigo, ficando 1 publicação dentro dos critérios estabelecidos.

Sendo assim, o corpus deste artigo foi composto por 4 publicações, que de maneira criteriosa foram incluídas nesta pesquisa, ressalto que a temática ainda precisa ser mais explorada, e direcionada ao seu público-alvo, pois muitos artigos traziam outras temáticas relacionadas, ou abordavam apenas a genitora da criança, poucos foram os artigos que apontavam o recém-nascido e suas necessidades na primeira semana integral.



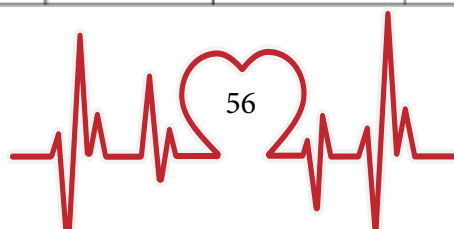
Os dados foram organizados em tabela única, utilizando de programas auxiliares para a análise quantitativa. Não houve submissão da pesquisa ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, devido que este estudo se trata de uma pesquisa na literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os seguintes itens nas publicações: título da publicação, autores da publicação, ano da publicação, objetivos, metodologia da pesquisa, desafios enfrentados pelos enfermeiros para realizar a visita domiciliar na primeira semana de saúde integral do recém-nascido e resultados relevantes relacionados a temática.

Tabela 1- Artigos analisados acerca dos Desafios enfrentados pelos enfermeiros para realizar a visita domiciliar na PSSI.

Título da publicação.	Autores da publicação.	Ano da publicação.	Objetivos.	Metodologia da pesquisa.	Desafios enfrentados pelos enfermeiros para realizar a visita domiciliar na PSSI.	Resultados relevantes relacionados a temática.
Desafios Enfrentados pelo Enfermeiro na Consulta Puerperal.	DASSOLER, M.F; CERETTA L.B; SORATTO, M.T.	2017.	Identificar os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puerperal na Estratégia Saúde da Família.	Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 05 enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF).	Deslocamento até a casa da puerpéra; Vulnerabilidade da família interferindo no cuidado do binômio; Falta de paciência da Mãe. -Mitos e crenças relacionadas ao puerpério; cuidados com o recém-nascido; Acolhimento e vínculo com as puérperas;	Considera-se que, os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puerperal na Estratégia Saúde da Família estão relacionados aos seguintes fatores: -Falta de informações da gestante no Pré-natal; Amamentação e ao auto-cuidado da puérpera; Disponibilidade de recursos materiais e humanos para levar ao domicílio.



<p>Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>MEDEIROS, L.S. DOS; COSTA, A.C.M. DA.</p>	<p>2016.</p>	<p>Compreender a importância dada pelos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde para realização da visita domiciliar no período puerperal.</p>	<p>Pesquisa qualitativa, realizada com 38 enfermeiros através da aplicação de uma entrevista semiestruturada, na qual utilizou-se a técnica da análise de conteúdo temática a luz teórica de Bardin.</p>	<p>-Omissão do cuidado ao recém-nascido. ----- - Ausência da centralização do cuidado no binômio. ----- Indisponibilidade profissional para a realização da visita domiciliar na PSSL.</p>	<p>A visita domiciliar aproxima a unidade de saúde da realidade vivenciada pela puérpera, porém, ainda são muitos os profissionais que omitem certos cuidados frente a esta população.</p>
<p>Coordenação do Cuidado ao Recém-Nascido Prematuro: Desafios para a Atenção Primária À Saúde.</p>	<p>SOLANO, L.C. et al.</p>	<p>2019.</p>	<p>Analisar como é compreendida a coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro na segunda região de saúde do estado do Rio Grande do Norte (RN).</p>	<p>A abordagem da pesquisa é qualitativa e foi realizada com os coordenadores da atenção primária à saúde dos municípios que compreendem a segunda região do estado do RN. -Pré-teste e validação; -Amostragem por conveniência.</p>	<p>-Fragilidades na articulação nos diferentes níveis e locais de prestação de serviços; ----- Desafios no processo de trabalho na estratégia de saúde da família; ----- -Dificuldades para o cuidado continuado direcionado ao recém-nascido.</p>	<p>O envolvimento da equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) na atenção primária à saúde (APS) no acompanhamento ao recém-nascido prematuro, de modo a garantir a assistência integral após a alta hospitalar.</p>
<p>Assistência do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita domiciliar à puérpera.</p>	<p>LUZ, V. L. E. S. et al.</p>	<p>2016.</p>	<p>Objetivou-se identificar a realização da visita domiciliar (VD) à puérpera pelo enfermeiro da ESF; descrever e discutir a assistência que o enfermeiro da ESF desenvolve na VD à puérpera.</p>	<p>Estudo qualitativo que teve como cenário Unidades Básicas de Saúde do município de Teresina-PI. Os sujeitos constituíram-se de 14 enfermeiros. A coleta de dados deu-se através de entrevistas com roteiro semiestruturado, gravadas e transcritas na íntegra.</p>	<p>-Deslocamento para a realização das visitas domiciliares; -Má assistência do agente comunitário de saúde no território, sabendo que este profissional facilita o vínculo e favorece a visita domiciliar.</p>	<p>- A visita domiciliar fortalece o vínculo; - A visita domiciliar é uma ferramenta do cuidado ao recém-nascido; -A realização da visita domiciliar possui grande importância, por identificar precocemente doenças e agravos a saúde do recém-nascido nos primeiros dias de vida.</p>



Fonte: Dados da própria pesquisa, 2020.

Dessa forma, os artigos foram analisados e organizados em sequência; percebe-se que 100% dos artigos estudados referenciam os desafios enfrentados pelo enfermeiro na visita domiciliar ao recém-nascido, e que descrevem diversos desafios/dificuldades/empecilhos, em torno da problemática da primeira semana de saúde integral do recém-nascido.

Aborda-se pontos relevantes sobre a temática, tais como: vulnerabilidade da família, indisponibilidade profissional para realizar a visita, falhas na continuidade do cuidado ao recém-nascido na atenção primária à saúde, ausência da centralização do cuidado no bebê, má assistência da equipe multiprofissional para fortalecer o cuidado a criança, mitos e crenças que cercam da puérpera mediante a realização do cuidados com o recém-nascido, e o vínculo entre a Unidade de Saúde da Família e o recém-nascido que chega em seu território.

Todas as pesquisas foram de análise qualitativa, o que fortalece ainda mais os achados, trazendo resultados subjetivos a uma análise apenas quantitativa. Do mesmo modo, todas as pesquisas foram realizadas com enfermeiros, concretizando a questão norteadora da pesquisa, e respondendo aos objetivos propostos inicialmente por ela, trazendo os desafios enfrentados pelos enfermeiros para realizar a visita na PSSI ao recém-nascido.

A PSSI é uma recomendação direcionada a atenção à saúde, que propicia ao recém-nascido e sua genitora a integralidade do cuidado, e tem por maior finalidade a identificação de sinais de risco, que possam levar o neonato ao óbito, e que visa possibilitar o cuidado integral a este, possibilitando o crescimento e desenvolvimento saudável, trazendo as orientações necessárias para a puérpera e ao recém-nascido nas primeiras semanas de vida (Lucena et al., 2018; Ministério da Saúde, 2004).

Esta visita consiste em uma avaliação e descrição do neonato de maneira biopsicossocial, em



busca de um desenvolvimento saudável, de maneira integralizada e absoluta. É relevante conceituar que, a abordagem nesse primeiro momento da visita é composta por um alcance extenso, desde as sintomatologias patológicas no neonato, até a própria relação/vínculo da família com a chegada do recém-nascido (Medeiros; Costa, 2016).

A primeira visita domiciliar realizada na PSSI, traz consigo informações relevantes, tais como: a caderneta de saúde da criança e o seu preenchimento, as condições do neonato ao nascer e a sua vitalidade, o teste de apgar que foi realizado na maternidade, o peso e a estatura do recém-nascido junto as suas modificações, a modalidade de aleitamento materno, as vacinas que foram realizadas, a postura, a mobilidade, o padrão respiratório, a anatomia dos órgãos genitais e extremidades, o surgimento da icterícia neonatal, as eliminações e evacuações, e similarmente a apresentação do coto umbilical do recém-nascido (Rodrigues et al., 2017).

Continuamente, é através da primeira visita que o enfermeiro tem a possibilidade de avaliar e analisar os cuidados que o neonato irá necessitar no percurso do seu desenvolvimento. No instante em que a realização dessa primeira visita não ocorre, problematiza-se o cuidado, e propicia-se a evolução de doenças, agravos e mortalidade nas primícias do nascimento (Vieira, Cruz, 2017). A primeira visita domiciliar do recém-nascido estabelece uma relação intensa com a enfermagem, epidemiologia, vigilância e o cuidado em saúde, visto que nesta etapa identificamos, prevenimos e cuidamos de danos acerca da saúde do neonato que podem percorrer toda a sua fase infantil.

No dia-a-dia, o enfermeiro está em constante e intenso processo de ensino-aprendizagem, o mesmo precisa ter em si a reflexão crítica, investigação, crescimento pessoal e profissional. Educar-se não é uma responsabilidade de um determinado grupo, e sim, uma atividade de interesse coletivo no intuito de elaborar novas metas, ideias, estratégias e condutas. Almeja-se ensinar e aprender no coti-



diano, aperfeiçoando a atuação profissional (Lima et al., 2016).

O cuidado com recém-nascido na primeira semana do nascimento diversas vezes é negligenciado, e quando realizado, geralmente faz-se de forma incorreta mediante o profissional enfermeiro (Medeiros; Costa, 2016). É preciso dar atenção as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a realização PSSI ao recém-nascido, visando a qualificação do cuidado e a prevenção sobre a mortalidade neonatal por causas sensíveis a atenção primária a saúde.

A Visita Domiciliar ao recém-nascido, é uma atividade no processo de trabalho do enfermeiro e de sua equipe multiprofissional, que propicia uma construção de vínculo entre a unidade de saúde e a família da puérpera, onde está incluso o recém-nascido, isto, permite ao enfermeiro orientar os cuidados a serem realizados, humanizando a assistência de enfermagem, e relacionando a realidade da família a sua prestação de cuidados a criança (Luz et al., 2016).

A visita domiciliar corresponde a um instrumento de promoção e prevenção a saúde na atenção básica, e nela são realizadas diversas ações junto ao recém-nascido, que são: higiene do bebê; alimentação; aleitamento materno; suplementação de ferro; planejamento familiar; complicações no pós-parto; retorno para consulta de rotina no puerpério e ainda quanto aos cuidados com o RN (Luz et al., 2016).

Nos artigos são citadas diversas dificuldades para a efetivação da visita domiciliar ao recém-nascido na PSSI, uma das mais citadas nos artigos foi a questão do deslocamento para a casa da puérpera. Existe uma falta de acesso para a concretização das visitas, que é causada pelo transporte da unidade de saúde até a casa da família a ser visitada (Luz et al., 2016).

Outra dificuldade é o conhecimento sobre a realidade da família, sabe-se que na Unidade de Saúde da Família tem-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que tem o papel de fortalecer esse

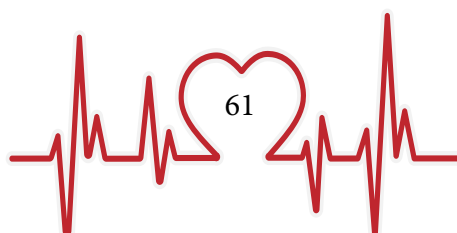


vínculo entre os profissionais de saúde da unidade e o território adscrito pela mesma, este profissional é primordial para a efetivação da visita ao recém-nascido na PSSI, sabendo que ele é o primeiro a saber sobre a criança que chega ao território, e que forma um grande vínculo junto a família (Dassoler et al., 2017).

Continuamente, outra dificuldade encontrada se remete ao acolhimento da mulher, que deve ser de forma humanizada, e que precisa ocorrer desde o pré-natal, parto e puerpério, para promover a prestação de cuidados correta ao binômio mãe-bebê (Lima et al., 2017). Organizar as ações de cuidados no domicílio faz parte da atenção primária à saúde, sabendo que existem doenças prevalente na infância, e que a visita domiciliar irá promover a saúde da criança nas primícias do nascimento (Luz et al., 2016).

Existe a necessidade dos profissionais de saúde terem a disponibilidade e consciência para planejar e organizar sua agenda de visitas domiciliares, sabendo que o período puerperal demanda diversos cuidados, e que necessita de uma assistência de qualidade, além da possibilidade de identificar precocemente doenças e agravos no binômio, neste caso se direcionando ao recém-nascido. O profissional de saúde enfermeiro, precisa priorizar a atenção ao recém-nascido na PSSI, sabendo que é um momento de vulnerabilidade para a criança, e que ele está totalmente dependente dos cuidados a serem ofertados pela equipe de saúde e por sua genitora (Dassoler et al., 2017).

É notório, que existem profissionais que levam tudo que foi abordado em consideração, e realizam suas visitas conforme a demanda de cuidados, porém, outra dificuldade para a efetivação da visita domiciliar ao recém-nascido na PSSI é a omissão. Uma pesquisa nacional apontou que existem profissionais que omitem de forma direta ou indiretamente as ações que deveriam ser realizadas no atendimento domiciliar, e isto inflige o código de ética de enfermagem, além de ser um ato desumano



para a criança e sua família (Solano et al., 2019).

A atenção primária é porta de entrada do paciente, sendo o local aonde se constrói os primeiros cuidados, mediante os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se oferece a continuidade do cuidado, com universalidade, integralidade, humanização e vínculo. A forma do vínculo é uma dificuldade para a efetivação da visita domiciliar ao recém-nascido na PSSI, se o enfermeiro não consolidar este vínculo, será difícil que seu cuidado alcance a família da genitora e conseqüentemente o recém-nascido (Solano et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, este estudo alcançou os objetivos propostos inicialmente pela pesquisa, evidenciou os desafios para a efetivação da visita domiciliar ao recém-nascido nas primeiras semanas de vida, e fortaleceu a continuidade do cuidado mediante a construção de uma nova pesquisa. Neste estudo, percebeu-se a importância da visita domiciliar, como um instrumento de cuidado na atenção básica, que tem o papel de prevenir e promover a saúde da população adscrita no território da unidade de saúde.

Continuamente, a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI) do recém-nascido é um dos momentos mais relevantes nos primeiros dias do nascimento, onde é possível detectar patologias prevalentes na infância, e caso diagnosticado, poderá ser tratada ou minimizado precocemente, a PSSI é uma grande recurso para a saúde do recém-nascido, e a atenção primária precisa fortalecer essas ações de cuidado, e garantir a efetivação da assistência a saúde da criança.

Sendo assim, a atenção básica tem uma equipe de saúde multiprofissional, onde está inserido o enfermeiro, que é um profissional primordial na atenção primária, é que geralmente tem o primeiro contato com o recém-nascido após sua chegada a maternidade no domicílio. Este profissional precisa



ser capacitado continuamente para prestar sua assistência à saúde da criança, além de estar disponível e organizado para a realização de suas visitas domiciliares, planejando e organizando a assistência à saúde.

O recém-nascido precisa de cuidados especiais para a melhoria de sua saúde nos primeiros dias de vida, são diversas condutas terapêuticas que precisam ser realizadas, de forma integral, e compartilhada com a equipe multiprofissional. A identificação de doenças e agravos a saúde da criança é imprescindível durante a visita domiciliar, por isso a importância da sua efetivação no período estabelecido pelo ministério da saúde, além de auxiliar em cuidados básicos para a saúde de recém-nascido.

Desse modo, este estudo buscou fortalecer as pesquisas voltadas a problemática estudada, sabendo que é de suma importância que as visitas domiciliares ao recém-nascido ocorram em tempo oportuno, e guiadas por materiais didáticos e científicos, para auxiliar na prevenção e promoção do cuidado em saúde da criança.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Both CT et al. (2016). “Depressão pós-parto na produção científica da enfermagem brasileira: revisão narrativa”. Revista Espaço Ciência & Saúde. v. 4:67-81, 2016. Consultado a 19.02.2020, em <http://200.19.0.178/index.php/enfermagem/article/view/5251/789>.

Campos KFC, Sena RR. de.(2017) “Educação Permanente nos serviços de saúde”. Esc Anna Nery. 21(4):e20160317. Consultado a 05.02.2020, em <http://www.redalyc.org/html/1277/127752022009/>

Dassoler MF et al. (2017). “Desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puérpera”. Revista Interdisciplinar de Estudos na Saúde. v. 6, n.2, (14). Consultado a 07.02.2020, em <http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/840/696>.

Júnior JDDP et al. (2016). “Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil”. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 18(3): 24-31, jul-set. Consultado a 07.01.2020, em:<http://www.publicacoes.ufes>.



br/RBPS/article/viewFile/15739/10886 .

Kakushi LE, Évora YDM. (2016). “As redes sociais na educação em enfermagem: revisão integrativa da literatura”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 24:e2709. Consultado a 01.02.2020, em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/117406/115146>.

Lansky S et al. (2014). “Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care”. *Cad. Saúde Pública*. 30 Sup:S1-S15. Consultado a 04.02.2020, em https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf.

Lima ACMACC et al. (2017). “Construção e validação de cartilha para prevenção de transmissão vertical do HIV”. *Acta Paul Enferm*. 30(2):181-9. Consultado a 03.02.2020, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0181.pdf> .

Lucena, DBA et al. (2018). “Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família”. *Rev. Gaúcha Enferm*. vol.39, e2017-0068. Consultado a 14.01.2020, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472018000100425&script=sci_abstract&tlng=pt.

Luz VLES et al. (2016). “Assistência do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita domiciliar à puérpera”. *R. Interd*. v. 9, n. 1, p. 13-23, jan. fev. mar. Consultado a 07.02.2020, em: <file:///C:/Users/Mariana/Downloads/DialnetAssistenciaDoEnfermeiroDaEstrategiaSaudeDaFamiliaN-6771979.pdf>

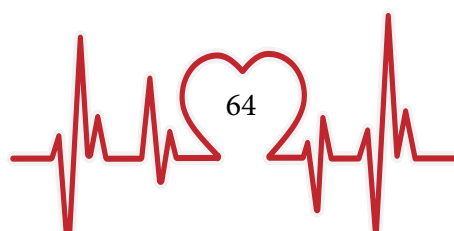
Mazzo MHSN, Brito RS, Santos FAPS. (2014). “Nurses’ activities during postpartum home visit”. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, set/out; 22(5):663-7. Consultado a 17.01.2020, em <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a13.pdf>.

Medeiros LS, Costa ACM. (2016). “Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde”. *Rev Rene*. jan-fev; 17(1):112-9. Consultado a 06.02.2020, em <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324044160015.pdf>.

Ministério da saúde (BR). (2004). “Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil”. Brasília (DF): MS. Consultado a 02.02.2020, em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.

Reichert APS et al. (2016). “First Comprehensive Health Week: actions of healthcare professionals in mother-and-child home visits”. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 24(5):e27955. Consultado a 13.01.2021, em <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a11.pdf>

Rodrigues WFG et al. (2017). “Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde



cuidados gerais”. Rev enferm UFPE on line., Recife. 11(11):4529-32, nov. Consultado a 08.01.2020, em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00212.pdf> .file:///C:/Users/part/Downloads/109100-72654-1-PB%20(2).pdf .

Santos AG et al. (2017). “O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger”. Revista Cubana de Enfermería ; 33 (3) Consultado a 12.01.2020, em <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>.

Sassá AH et al. (2014). “Nursing actions in homecare to extremely low birth weight infant”. Acta Paul Enferm. 27(5):492-8. Consultado a 06.01.2020, em http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0492.pdf.

Solano LC et al. (2019). “Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a atenção primária à saúde”. Rev Min Enferm. 23:e-1168. Consultado a 02.02.2020, em <file:///C:/Users/Mariana/Downloads/1168.pdf>.

United Nations (US). (2015). “The Millennium Development Goals report”. New York: United Nations; Consultado a 04.02.2020, em [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf).

Vieira MC, Cruz RA. (2017). “A importância da educação continuada/permanente na área da saúde e no setor de enfermagem”. Revista Uningá. 31 (1):141-148. Consultado a 09.02.2020, em <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1011>



Capítulo

4



AS AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO

DA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES TEÓRI-

CAS

**AS AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA:
REFLEXÕES TEÓRICAS**

**NURSES 'ACTIONS IN THE CONTEXT OF BASIC CARE: THEORETICAL
REFLECTIONS**

Luana Gomes Leitão Rodrigues¹

Luciene de Souza Santos Albuquerque²

Dayse Gadioli Cavalcanti de Brito³

Érica Dionísia de Lacerda⁴

Luciane de Fátima Fernandes de Carvalho⁵

Wanessa de Araújo Evangelista⁶

Resumo: Introdução: A Política Nacional de Atenção Básica é a conclusão de diversas linhas de desenvolvimento construída através do Sistema Único de Saúde (SUS). O enfermeiro assume um papel importante, sendo responsável por assistir o indivíduo e família, desde a infância até a terceira idade. Objetivo: Refletir sobre as ações do enfermeiro na atenção básica. Método: Estudo reflexivo, com abordagem teórica fundamentada em Barbara Starfield, um referencial teórico da atenção primária à saúde internacional. A pesquisa se deu com materiais disponíveis na internet e leituras de artigos. Reflexões: Todos os profissionais que constituem a Atenção Básica, são de suma importância, para que o atendimento funcione adequadamente, todavia, o enfermeiro é o profissional de maior realce

-
- 1 Unipê
2 Unipê
3 Unipê
4 Facene/famene
5 Facene/famene
6 Fesvip – Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula



em alguns momentos, por ter um contato mais próximo com a comunidade e desenvolver ações excepcionais. Considerações Finais: Este estudo trouxe reflexões importantes, detalhando com eficácia as ações do enfermeiro na atenção básica de saúde, caracterizando como essenciais para um atendimento eficiente e humanizado.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde. Enfermeiro. Cuidado.

Abstract: Introduction: The National Primary Care Policy is the conclusion of several lines of development built through the Unified Health System (SUS). The nurse assumes an important role, being responsible for assisting the individual and family, from childhood to old age. Objective: To reflect on the actions of nurses in primary care. Method: Reflective study, theoretical approach based on Barbara Starfield, a theoretical framework for primary international health care. The search took place with materials available on the internet and readings of articles. Reflections: All the professionals that precede Primary Care are of paramount importance, so that the service works, however, the nurse is the most prominent professional in some moments, for having a closer contact with the community and developing exceptional actions. Final Considerations: This study brought important reflections, effectively detailing the actions of nurses in primary health care, characterizing them as essential for care and humanized.

Keywords: Primary Health Care. Nurse. Caution.

INTRODUÇÃO



Debates Interdisciplinares em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco na história do Brasil, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, pela Lei nº. 8.080/1990. Em território nacional o SUS garante aos brasileiros e aos estrangeiros, que venham a necessitar de atendimento em saúde, a utilização de seus serviços gratuitamente (Minas Gerais, 2020).

O SUS trabalha com três níveis de atenção em saúde: a Atenção Primária, que é formada pelas Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pela Equipe de Saúde da Família (ESF). Continuamente, a Atenção Secundária, trabalha de forma especializada, necessitando de atendimento ambulatorial de média complexidade, e por fim, a Atenção Terciária, que oferece atendimento de alta complexidade como cirurgias, alto nível ambulatorial e hospitalar, além de elevado nível tecnológico (Minas Gerais, 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a conclusão de diversas linhas de desenvolvimento construída através do SUS, sendo um resultado positivo dos movimentos populacionais que envolve as três esferas do governo (união, estado e município). A Atenção Básica é a porta de entrada do SUS, é onde a população tem o primeiro contato com a estratégia sistemática de atendimento individual e coletivo, de forma integral. Trabalha com implementação de ações de saúde, visando a proteção, prevenção e promoção da saúde da população (Brasil, 2017).

A Atenção Básica está direcionada por Princípios e Diretrizes do SUS, se incluem: a universalidade, equidade e integralidade, tornando a oferta do serviço humanizada e digna. E em suas diretrizes estão inseridas: regionalização e hierarquização, territorialização, cuidado centrado na pessoa, participação das comunidades, dentre outros (Brasil, 2017).

O Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes, que conta com um sistema



público de saúde. A Atenção Básica possui vários serviços a serem oferecidos para a população, por exemplo: consultas, vacinação, exames, promoção e prevenção da saúde, atendimento pelas Equipes de Consultórios de Rua, o Programa Brasil Sorridente, direcionado a saúde bucal; contribuindo na qualidade de vida, entre outros (Brasil, 2012).

O enfermeiro assume um papel importante, no tocante à saúde da atenção básica, ficando ele responsável por assistir o indivíduo e a família que estão cadastrados, desde a infância até a terceira idade. O enfermeiro pode realizar consultas de enfermagem, solicitar exames, prescrever medicações, fazer encaminhamentos a outros serviços quando necessário, planejar, gerenciar e avaliar as atividades dos ACS, ter participação e fazer atividades direcionadas a educação permanente da equipe de enfermagem e outros profissionais da equipe, entre outras atribuições (Brasil, 2012). Diante disso, tem-se por objetivo: refletir sobre as ações do enfermeiro na atenção básica.

METÓDO

Estudo reflexivo, com abordagem teórica fundamentada em Barbara Starfield, um referencial teórico da atenção primária à saúde internacional, que guiou este estudo. A pesquisa se deu com materiais disponíveis na internet, e leituras profundas de artigos relacionados a temática. Esta pesquisa não se trata de uma revisão da literatura, mas sim de um estudo reflexivo, que busca enfatizar os principais pontos e comparar um tema, usando um referencial teórico.

REFLEXÕES: AÇÕES ESSENCIAIS EXERCIDAS PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

No âmbito da atenção básica, o enfermeiro tem garantido a sua inserção nas equipes e nos



territórios por meios dos marcos programáticos e legais do SUS, sendo o seu trabalho relevante, estratégico e indispensável na realização de tarefas como: planejamento, gestão e/ou execução das práticas assistenciais individuais e coletivas, supervisão da assistência direta a população, realização de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, articulação de ações intersetoriais, gerenciamento dos serviços de saúde, desenvolvimento de educação em saúde e permanente (Lopes et al., 2020).

Para desempenhar as práticas de enfermagem, que se esperam do enfermeiro, no contexto da atenção básica, muitas são as competências que se fazem necessárias para desenvolvê-las, uma vez que este trabalhador precisa estar qualificado para atuar com vista à consolidação dos princípios de saúde vigente, ampliação e transformações constante na atenção básica (Lopes et al., 2020).

Uma das principais competências que o enfermeiro deve ter para atuar na atenção básica e desenvolver as ações essenciais à saúde, é a liderança. Através dela o enfermeiro é capaz de ser um norteador, mediador de conflitos, com uma visão ampliada, mantendo a qualidade do serviço prestado, por meio do incentivo ao protagonismo dos demais profissionais da equipe multiprofissional (Lanzoni; Meirelles; Cummings, 2016).

Dentre a gama de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção básica, a consulta de enfermagem está em destaque considerada uma das mais relevantes, mas além desta é possível citar várias outras, dentre as quais estão: realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; executar as ações de assistência integral a criança, mulher, adolescente, adulto e idoso; visita domiciliar; grupos de promoção da saúde na comunidade; educação em saúde nas escolas; realização de campanha na comunidade, entre outras (Brasil, 2014).

Em estudo realizado por Braghetto et al. (2019), é possível identificar algumas dificuldades



e facilidades para o enfermeiro desempenhar seu trabalho no contexto da atenção básica. No âmbito das dificuldades o autor traz como pontos negativos: alta demanda espontânea, sobrecarga de atividades, recursos humanos escassos e educação permanente reduzidas. No que diz respeito as facilidades o autor traz como pontos positivos a atenção básica como um campo rico para pesquisas e formação holística do profissional.

A saúde pública no Brasil, até o início do século XX, era precária, a população vivia em condições insatisfatórias que contribuíam para o aparecimento de doenças, como a falta de saneamento básico, e a assistência à saúde era fornecida por meio das casas de misericórdias e instituições filantrópicas. Com o avanço da industrialização, novos modelos de assistência a saúde foram surgindo, porém, a precariedade persistia, uma vez que continuavam favorecendo a uma pequena parte da população (Menezes; Moretti; Reis, 2019).

Logo, novas lutas foram lançadas com o propósito de buscar melhorias para a sobrevivência e para a saúde. Foi então que deu início ao movimento precursor do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento sanitaria, que culminou posteriormente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual propostas para o novo sistema de saúde foram debatidas, aprovadas e instituídas pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 (Viacava et al., 2018).

De acordo com os autores supracitados, a saúde pública brasileira evoluiu bastante com a implementação do SUS. Seus princípios e doutrinas permitiram um sistema universal, igualitário, descentralizado e organizado por níveis de complexidade, isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, que funcionam em três níveis de atenção (Atenção primária, secundária e terciária).

A atenção básica ou atenção primária em saúde configura-se como sendo o atendimento ini-



cial a população que necessitam de assistência, é conhecida como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde. Tem como principal objetivo orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade que são a atenção secundária e/ou terciária, onde encontra-se especialista, exames mais complexos e equipamentos que permitam uma maior resolutividade (Giovanella, 2018).

Na Atenção básica, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia e obstetrícia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas e de enfermagem, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (Facchini; Tomas; Dilelio, 2018).

Todos os profissionais que constituem a equipe da atenção básica, são extremamente importantes para a adequada funcionalidade e desempenho da assistência nesse nível de complexidade, porém o enfermeiro é o profissional que mais se destaca por ter um contato mais próximo com a comunidade, e principalmente por desempenhar, além das funções assistenciais e de educação, assumir também as funções administrativas e de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem (Galavote et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trouxe reflexões teóricas importantes, detalhando com eficácia as ações do enfermeiro na atenção básica de saúde, caracterizando as atividades dos enfermeiros como essenciais para um atendimento eficiente e humanizado. A pesquisa aponta a importância da liderança do enfermeiro para agir de forma competente e desenvolver as ações relevantes à saúde. Em contrapartida,



observou-se que os enfermeiros apresentam dificuldades com relação a alta demanda espontânea, sobrecarga de atividades, recursos humanos escassos e educação permanente reduzidas.

Com a implementação do SUS, no qual seus princípios e diretrizes trazem para o Brasil um com serviço universal, igualitário e descentralizado de forma gratuita, contempla a atenção básica como sendo a “porta de entrada” dos usuários no sistema de saúde. Todos os profissionais que constituem a equipe da atenção básica, são de suma importância, para que o atendimento funcione adequadamente, todavia, o enfermeiro é o profissional de maior realce por ter um contato mais próximo com a comunidade.

REFERÊNCIAS

Braghetto, G. T. et al. (2019), “Dificuldades e facilidades do enfermeiro da saúde da família no processo de trabalho”. Cad. Saúde colet. Rio de Janeiro, v.27, n.4, 2019. Consultado a 22.02.2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000400420&lang=pt.

Brasil. Ministério da Saúde (2014), “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 20.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012), 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)”. Diário Oficial da União, Brasília. Consultado a 15.02.2021, em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. (2012), “Política Nacional de Atenção Básica”. Brasília: Série E. Legislação em Saúde. Consultado a 12.01.2021, em <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA>.

Facchini, L.A; Tomas, E; Dilelio, A.S. (2018), “Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas”. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, set. Consulta a 15.03.2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi



d=S010311042018000500208&lng=pt&tlng=pt.

Galavote, H.S. et al. (2016), “O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde”. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 90-98. Consultado a 16.03.2021, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000100090&lng=en&nrm=iso.

Giovanella, L. (2018), “Atenção básica ou atenção primária à saúde?”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 34, n. 8, e00029818, 2018. Consultado a 15.03.2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt.

Lanzoni, G. M. M.; Meirelles, B. H. S.; Cummings, G. (2016), “Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados”. Texto contexto-enferm. Florianópolis, v.25, n.4, 2016. Consultado a 13.03.2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072016000400305&script=sci_arttext&tlng=pt.

Lopes, O. C. A. et al. (2020), “Competências dos enfermeiros na estratégia saúde da família”. Esc. Anna Ner., Rio de Janeiro, v.24, n.2, 2020. Consultado a 11.03.2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000200214&script=sci_arttext.

Menezes, A.P.do R; Moretti, B; Reis, A.A.C. dos. (2019), “O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade”. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 43, n. spe5, p. 58-70. Consultado a 10.03.2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001000058&tlng=pt.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. (2015), “Sistema Único de Saúde (SUS)”. Minas Gerais: 19 de maio de 2015. Atualizado em 10 de agosto de 2020. Consultado a 11.03.2021, em <https://www.saude.mg.gov.br/sus>

Viacava, F. et al . (2018), “SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos”> Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Consultado a 10.03.2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601751&lng=pt&tlng=pt



Capítulo



5

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا E/OU ECLÂMPسيا

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
A MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا E/OU ECLÂMPسيا
SCIENTIFIC EVIDENCE ABOUT NURSING CARE FOR WOMEN WITH
PRE-ECLAMPSY AND / OR ECLAMPSY**

Thais Bastos Leite¹

Luana Gomes Leitão Rodrigues²

Erlania Souza Costa³

Lúcia Gomes de Souza Silva⁴

Ana Paula Gonçalo de Freitas Dantas⁵

Gláides Nely Sousa da Silva⁶

Resumo: Introdução: A enfermagem é essencial para a efetivação e melhora da saúde materno-infantil, mediante intervenções relevantes junto aos demais profissionais de saúde, incluindo nas síndromes hipertensivas. Objetivo: A presente pesquisa objetiva descrever as evidências científicas sobre o cuidado de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpسيا e/ou eclâmpسيا, descritos nos artigos publicados de 2016 a 2020. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa que contou com publicações em duas bases de dados: LILACS e SCIELO. A busca dos artigos, através dos descritores, mostrou como resultado 38 artigos. Foram adotados critérios para seleção dos artigos, descritos no decorrer do texto, que possibilitou a identificação de 06 publicações relacionadas ao objeto de estudo proposto.

1 Facene/Famene

2 Facene/Famene

3 Facene/Famene

4 Instituto Michelle Sales

5 Facene/Famene

6 Facene/Famene



Resultados: O cuidado em enfermagem está evidenciado em diversas ações, desde o pré-natal como ferramenta do cuidado, as tecnologias em saúde como uma das formas de melhorar a assistência a essas mulheres, a segurança da paciente que precisa ser ofertada em cada ação da equipe de enfermagem, como também o fato de conhecer o perfil dessas mulheres e a partir disso elaborar estratégias que minimizem os riscos de mortalidade materno-infantil causada por pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Considerações finais: Conclui-se que, todos esses aspectos conseguem ser evidenciados nessas publicações, tornando-as relevantes para o crescimento científico e qualificado da enfermagem.

Palavra chaves: Pré-eclâmpsia. Eclâmpsia. Enfermagem. Cuidado. Hipertensão gestacional.

Abstract: Introduction: Nursing is essential for the effectiveness and improvement of maternal and child health, through relevant processes with other health professionals, including hypertensive syndromes. Objective: This objective research describes how scientific evidence on nursing care for women with pre-eclampsia and / or eclampsia, reported in articles published from 2016 to 2020. Methodology: This is an integrative review that included publications in two databases: LILACS and SCIELO. The search for articles, through the descriptors, shown as a result 38 articles. Criteria for the selection of articles were adopted, a result throughout the text, which enabled the identification of 06 publications related to the proposed study. Results: Nursing care is evidenced in several actions, from prenatal care as a tool, such as health technologies as one of the ways to improve care for these women, patient safety that needs to be offered in each action of the team nursing, as well as the fact of knowing the profile of these women and from that elaborate chronology that minimize the risks of maternal and child mortality caused by pre-eclampsia / eclampsia. Final considerations: It is conclu-



ded that, all these aspects can be evidenced in the publications, making them relevant to the scientific and qualified growth of nursing.

Keywords: Pre-eclampsia. Eclampsia. Nursing. Watch out. Gestational hypertension.

INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal apresenta diversas modificações na vida de muitas mulheres, trazendo a aparição de inúmeros sintomas próprios da gestação/puerpério, mas que podem indicar o desenvolvimento de patologias agravantes da saúde da mulher. Existem doenças que acometem as mulheres durante este período, e que podem levar a complicações gravíssimas, e ainda ao óbito materno ou fetal (Brasil, 2012).

Dessa forma, é imprescindível que a gestante/puérpera tenha uma assistência de qualidade, de forma multiprofissional, em que está inserida a equipe de enfermagem, para auxiliar essa mulher a manter-se distante de fatores que possam levá-la ao desenvolvimento de síndromes hipertensivas e outros agravantes da gestação. Continuamente, as síndromes hipertensivas que ocorrem na gestação e puerpério estão entre as maiores causas de morbimortalidade mundial, o que caracteriza morte por causa obstétrica direta, e atingem de forma agressiva o binômio (Lopes et al., 2017).

As síndromes hipertensivas do ciclo gravídico-puerperal se classificam em: pré-eclâmpsia e eclampsia. A pré-eclâmpsia é classificada como leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento da doença (a pré-eclâmpsia leve com valores pressóricos menos elevados, por exemplo, 140/90mmHg, e a pré-eclâmpsia grave é identificada com pressão arterial diastólica igual ou maior que 110mmHg, sinais de encefalopatia hipertensiva, proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou



2+ em fita urinária, entre outros) (Brasil, 2012).

Dentre as modalidades de pré-eclâmpsia, tem-se a superposta à hipertensão crônica, que ocorre quando existe a elevação aguda da PA antes da gestação, ou seja, a mulher já era portadora de hipertensão crônica, e adquiriu outros fatores que agravaram essa hipertensão, como por exemplo a proteinúria, levando ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia superposta (Brasil, 2012).

Conforme evolução da pré-eclâmpsia, acontece a eclâmpsia, que é a somatória de todos os sintomas apresentados na pré-eclâmpsia, porém, ocorrem as convulsões tônico-clônicas generalizadas, ou ainda a presença de coma. Ressalta-se que as convulsões não sejam originadas de outras doenças neurológicas, como a epilepsia (Brasil, 2012).

Sendo assim, percebe-se a gravidade do desenvolvimento de síndromes hipertensivas durante o ciclo gestacional e puerperal, pois, essa condição de saúde, é um fator potencial para: descolamento prematuro da placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada (CIVD), hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda. As complicações perinatais incluem: prematuridade, restrição do crescimento fetal (RCF), sofrimento fetal e morte perinatal (Sousa et al., 2020).

Diante desse contexto apresentado, percebe-se que a enfermagem exerce um papel muito importante quanto aos cuidados com a gestante/puérpera hipertensa, que podem ser: controle de infecção, identificação do nível de ansiedade, controle de eletrólitos, balanço hídrico, aferição da pressão arterial, avaliação de proteinúria, promoção do repouso, entre outros⁴. “Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da realização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade” (Amorim; Neves; Moreira, 2017).



Diante do exposto, questiona-se: Quais são as evidências científicas disponíveis na literatura sobre o cuidado de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia? Acredita-se que o cuidado de enfermagem é essencial para a efetivação e melhora da saúde materno-infantil, mediante intervenções relevantes junto aos demais profissionais de saúde. Dessa forma, a presente pesquisa objetiva descrever as evidências científicas sobre o cuidado de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia, descritos nos artigos publicados de 2016 a 2020.

O interesse pelo estudo surgiu durante as atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde, e em minha rotina laboral na Atenção Primária a Saúde, onde foi possível perceber a importância do cuidado em enfermagem para esse grupo de mulheres, pois, as mulheres com pré-eclâmpsia e eclâmpsia devem ser encaminhadas para o acompanhamento de referência hospitalar/alto-risco, mas não podem deixar de serem acompanhadas pela Atenção Primária a Saúde, mantendo o pré-natal compartilhado. O tema abordado neste trabalho emerge relevância, uma vez que, será produzido conhecimento sobre as evidências científicas no cuidado de enfermagem direcionado a mulheres com síndromes hipertensivas. Desse modo, implicará na melhoria da qualidade da assistência desses enfermeiros, no contexto materno-infantil.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma revisão integrativa, na modalidade descritiva, com abordagem qualitativa. Optou-se por esse tipo de estudo, mediante a contribuição científica que o mesmo oferece, por trazer uma visão ampliada das publicações mais recentes na temática da pesquisa, e sintetizar as informações de forma organizada, auxiliando na compreensão de quem irá fazer a leitura. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro, ano de 2020.



Debates Interdisciplinares em Saúde

A identificação e seleção dos estudos foram realizadas em duas bases de dados: LILACS e SCIELO. Foram adotados os seguintes critérios para seleção das publicações: artigos no idioma português brasileiro, disponíveis integralmente, gratuitos, sem duplicidade na busca e seleção, e que se encontrem no período de publicação dos anos de 2016 a 2020, além de artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores: Pré-eclâmpsia; Eclâmpsia; Enfermagem; Cuidado e Hipertensão gestacional. Foram excluídos da pesquisa: publicações na modalidade de revisão integrativa, estudos incompletos, relatos de experiências e editoriais. O recurso utilizado na pesquisa foi o operador booleano “AND”.

A estratégia de busca ocorreu utilizando diversos cruzamentos dentre os descritores, em cada base de dados. Na base de dados da SCIELO, foi possível realizar os seguintes cruzamentos: “Pré-eclâmpsia” AND “Eclâmpsia” AND “Enfermagem” AND “Cuidado”, depois, “Eclâmpsia” AND “Enfermagem”, em seguida, “Pré-eclâmpsia” AND “Enfermagem” e por fim “Enfermagem” AND “Cuidado” AND “Hipertensão gestacional”.

Mediante os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente, foram encontrados 22 artigos nesta base de dados, destes artigos, 18 artigos estavam em português, 09 artigos encontravam-se dentro do tempo estabelecido (2016 a 2020), desses 09 artigos, 03 eram da modalidade de revisão integrativa, e foram excluídos. Com isso, restaram 06 artigos, estes foram lidos títulos e resumos, e 05 artigos não se enquadravam dentro da questão de pesquisa, nem dos objetivos propostos. Sendo assim foi selecionado 01 artigo científico na base de dados da SCIELO.

Continuamente, na base de dados da LILACS, a estratégia de busca ocorreu utilizando os mesmos cruzamentos da base de dados anterior. Foi possível realizar os seguintes cruzamentos: “Pré-eclâmpsia” AND “Eclâmpsia” AND “Enfermagem” AND “Cuidado”, depois, “Eclâmpsia” AND



“Enfermagem”, em seguida, “Pré-eclâmpsia” AND “Enfermagem” e por fim “Enfermagem” AND “Cuidado” AND “Hipertensão gestacional”.

Mediante os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente, foram encontrados 16 artigos nesta base de dados, destes artigos, 08 artigos estavam em português, 05 artigos encontravam-se dentro do tempo estabelecido (2016 a 2020), estes mesmos artigos estavam dentro dos demais critérios de inclusão deste estudo, ou seja, possuem os títulos, resumos, e descritores dentro da temática estudada, além de estarem disponíveis integralmente para leitura, e responderem aos objetivos propostos inicialmente. Dessa forma, de um total de 38 artigos encontrados, foram incluídas 05 publicações da base de dados da LILACS.

Para organizar os dados obtidos através das publicações, foi elaborado um instrumento simples que buscou retirar dos artigos as seguintes informações: título, autores, ano de publicação, metodologia, periódico, e as evidências do cuidado em enfermagem para as mulheres com pré-eclâmpsia e eclampsia. Esta pesquisa respeitou todos os aspectos éticos, sabendo que a revisão integrativa dispensa a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

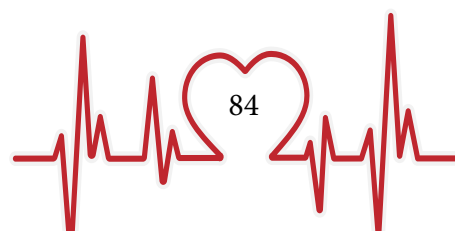
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final dessa pesquisa, foi composta por 6 artigos, expostos no quadro 01 com destaque para os trechos que representam, de acordo com análise dos resultados, as evidências do cuidado de enfermagem para as mulheres com pré-eclâmpsia e eclampsia.

QUADRO 1: Publicações levantadas nas bases de dados LILACS e SCIELO que evidenciam o cuidado de enfermagem para as mulheres com pré-eclâmpsia e eclampsia.



Autores, ano	Título	Metodologia	Evidências do cuidado em enfermagem para as mulheres com pré-eclâmpsia e eclampsia.
Cruz AFN, Vieira BDG, Queiroz ABA et al. 2016.	Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: estudo descritivo com abordagem quantitativa	Estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa realizado no HUAP.	<p>- O cuidado de enfermagem tem ligação direta com o aumento/redução da mortalidade materna de mulheres com as síndromes hipertensivas.</p> <p>- Dentre os resultados, evidenciou-se que o fato de conhecer o perfil dessas mulheres permite que a enfermagem obstétrica possa exercer um papel fundamental no auxílio à redução da mortalidade materna.</p>
Kahhale S, Francisco RPV, Zugaib M. 2018.	Pré-Eclampsia.	Estudo original, de metodologia reflexiva-crítica sobre a pré-eclampsia em seus diversos aspectos.	<p>- Continua sendo o melhor tratamento para pré-eclampsia a realização do pré-natal correto, o diagnóstico e tratamento clínico adequado.</p> <p>- Faz parte do cuidado de enfermagem realizar o pré-natal qualificado e baseado em evidências científicas para melhor atender as gestantes nessa condição de saúde.</p>
Amorim FCM, Neves ACN, Moreira FS et al. 2017.	Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia.	Estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados de 250 prontuários das gestantes.	<p>- O fidedigno cuidado de enfermagem visa uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, que se dá por meio da realização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção.</p> <p>- O cuidado em enfermagem na perspectiva obstétrica tem por objetivo garantir a qualidade do acesso, da cobertura e da melhoria do acompanhamento das consultas, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.</p>



<p>Oliveira GS, Paixão GP, Fraga CDS, Santos MKR, Santos MA. 2017.</p>	<p>Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico.</p>	<p>Pesquisa de campo, descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, onde foi realizada entrevista com nove enfermeiros de uma maternidade municipal no interior da Bahia, Brasil.</p>	<p>- O estudo possibilitou analisar que a assistência de enfermeiros às gestantes com síndrome hipertensiva é essencial na preservação e manutenção da vida da mulher e do feto/neonato.</p> <p>-Assim, apontamos que a assistência de Enfermeiros à pacientes com Síndrome hipertensiva durante todo o processo de parto e nascimento é essencial para resguardar a saúde do binômio mãe-filho, prevenindo complicações e assistindo as intercorrências, refletindo na qualidade da assistência prestada e preservando a vida humana.</p>
<p>Santos IDL, Medeiros FF, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. 2019.</p>	<p>Near Miss materno no trabalho de parto e parto à luz das tecnologias em saúde.</p>	<p>Trata-se de estudo quantitativo, transversal e analítico, recorte de uma coorte prospectiva sobre gestação de alto risco, desenvolvido na maternidade de uma instituição pública.</p>	<p>-As tecnologias em saúde também evidenciam o cuidado em enfermagem, sem elas, não é possível prestar a assistência humanizada e qualificada esperada.</p> <p>-Manter a paciente segura durante o trabalho de parto e parto faz parte da assistência direta e indireta de enfermagem, o que condiz com o cuidado em saúde.</p>
<p>Lima JP, Veras LLN, Pedrosa EKFS, Oliveira GSC, Guedes MVC. 2018.</p>	<p>Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional.</p>	<p>Estudo descritivo e exploratório, realizado na Atenção Básica, com 50 gestantes, mediante formulário.</p> <p>dados analisados pela estatística descritiva.</p>	<p>- A enfermagem tem papel importante no cuidado à gestante hipertensiva, uma vez que é capaz de direcionar a assistência para as principais fragilidades, melhorando, assim, a qualidade do atendimento e, conseqüentemente, diminuindo as futuras complicações provocadas por esse problema.</p> <p>-O estudo mostra o quanto o cuidado de enfermagem é essencial, e que este cuidado envolve diversos aspectos importantes.</p>



FONTE: Dados da pesquisa, 2020.

Na interpretação dos artigos analisados, percebe-se que existem diversos pontos no cuidado em enfermagem, que não se remetem apenas a um nível de atenção à saúde, ou apenas a uma só ação da enfermagem, além disso, percebe-se que a enfermagem tem função predominante de caráter preventivo, atuando fortemente na prevenção e promoção da saúde dessas mulheres.

O cuidado em enfermagem demonstra ir muito mais além nesses estudos, por trazerem o pré-natal como ferramenta do cuidado, as tecnologias em saúde como uma das formas de melhorar a assistência a essas mulheres, a segurança da paciente que precisa ser ofertada em cada ação da equipe de enfermagem, como também o fato de conhecer o perfil dessas mulheres e a partir disso elaborar estratégias que minimizem os riscos de mortalidade materno-infantil⁴. Todos esses aspectos conseguem ser evidenciados nessas publicações, tornando-as relevantes para o crescimento científico e qualificado da enfermagem.

Um estudo nacional mostra que a gestação de alto risco, frequentemente resulta em mortalidade materna, o que a torna um dos indicadores mais difíceis de se modificar no Brasil. O fato de uma mulher chegar até o momento do parto sem ter tido a intervenção correta diante de hipertensão arterial é uma rotina nos serviços de saúde, e com isso, torna-se ainda mais difícil controlar a pressão dessa mulher em estágio já avançado (Martins et al., 2012).

Esses aspectos, citados anteriormente remetem a assistência de pré-natal, que como demonstra nos artigos analisados, é a maior ferramenta de cuidado e prevenção para a pré-eclâmpsia e eclâmpsia no contexto materno-infantil. Os enfermeiros têm o papel essencial de caminhar ao lado da gestante no processo do pré-natal até o puerpério, e isso é uma grande oportunidade para fortalecer o



cuidado e prevenir as síndromes hipertensivas, porém, a realidade mostra que a assistência, algumas vezes não é como esperava-se, e deixa lacunas imprescindíveis no processo de cuidar durante o ciclo gravídico-puerperal (Martins et al., 2012).

Continuamente, emerge a importância de uma equipe de enfermagem preparada para as demandas solicitadas por estas pacientes, sabendo que o enfermeiro deve acompanhar essas mulheres de forma humanizada, prestando assistência emocional, além dos cuidados relacionados a síndrome hipertensiva gestacional (Oliveira et al., 2017). Fica esclarecido que uma assistência de qualidade prestada pelo enfermeiro e sua equipe, podem prevenir complicações e a mortalidade materna, consequentemente, reduzindo os índices no Brasil de no mundo (Oliveira et al., 2017).

Outra pesquisa nacional explana que, as primigestas, mulheres com histórico familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, gestação gemelar, doenças cardiovasculares, hipertensão crônica, doenças renais, diabetes e outras patologias, são mais propensas ao desenvolvimento de síndromes hipertensivas durante a gestação ou puerpério (Oliveira; Graciliano, 2013).

O Enfermeiro é uma peça-chave na continuidade do cuidado a gestante e puérpera, pois, ele atua nos três níveis de atenção, primário, secundário e terciário, prestando a assistência necessária. Essa assistência é indispensável, buscando o autocuidado da paciente, participação ativa família, observando e detectando sinais e sintomas, buscando o diagnóstico precoce para as patologias, realizando estratificação de risco, encaminhando a gestante para o alto risco quando necessário, além de ser um educador em saúde, que propicia a essas mulheres o conhecimento sobre si e sua gestação (Silva et al., 2017).

Durante o cuidado em enfermagem, pode-se utilizar diversas tecnologias em saúde, como analisada em um dos estudos, objetivando proporcionar o melhor atendimento a essa mulher gestante



ou puérpera. Dentre as tecnologias em saúde, tem-se o processo de enfermagem, que é um instrumento metodológico para a continuidade da assistência sistematizada e organizada do enfermeiro e sua equipe. É através do processo de enfermagem que ocorre a realização da consulta de enfermagem, neste caso, o pré-natal ofertado pelo enfermeiro⁹. Uma das pesquisas estudadas ressalta a importância de manter a paciente segura durante o trabalho de parto e parto, sabendo que isso também faz parte da assistência direta e indireta de enfermagem, o que condiz com o cuidado em saúde (Santos et al., 2018).

Continuamente, quando o enfermeiro identificar sinais e sintomas de síndromes hipertensivas, é preciso direcionar sua assistência, solicitando exames necessários, conforme protocolos do ministério da saúde, aferição de níveis pressóricos frequentemente, orientar o repouso, avaliar a proteinúria, orientar a alimentação e ingestão de líquidos, além de alertar essa mulher sobre os sinais de evolução do quadro (Oliveira; Lima, 2014).

Alguns dos artigos analisados trazem a importância de traçar o perfil das gestantes com síndrome hipertensivas, porque possibilita padronizar o cuidado mediante protocolos, acompanhar melhor esse público, realizar a escuta qualificada e conhecer mais sobre como a patologia se desenvolve, e isso facilita o acompanhamento¹¹. Os artigos trazem que a enfermagem tem papel importante no cuidado à gestante hipertensiva, por conseguir direcionar a assistência para as principais potencialidades, o que resultou na melhora da qualidade do atendimento (Amorim; Neves; Moreira, 2017).

Uma pesquisa comprova que estudar desde o perfil da gestante portadora de síndrome hipertensiva, até os cuidados a serem realizados é essencial. Pois, é mediante essa reflexão e análise que se consegue construir um atendimento qualificado para essas mulheres (Oliveira et al., 2018). É necessário levantar questionamentos e buscar por novas evidências científicas para melhorar e qualificar a



prática de enfermagem na assistência a mulheres com síndromes hipertensivas durante a gestação e puerpério.

O enfermeiro exerce o papel de mediador da educação em saúde, que é uma ferramenta usada para orientar não só pacientes, mas também para profissionais de saúde. As pesquisas realizadas por enfermeiros fortalecem essa educação em saúde profissional, por trazerem aspectos importantes para a prática diária, visando uma assistência por evidências científicas (Oliveira et al., 2018). É preciso continuamente novas publicações dentre os enfermeiros, que fortaleça e evidencie o cuidado em enfermagem para esse público. Esta pesquisa ampliou os conhecimentos, além de abordar sobre uma das principais causadoras da mortalidade materna e neonatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa alcançou os seus objetivos propostos, contemplando aspectos importantes sobre as evidências científicas no contexto do cuidado de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia/eclampsia, sabendo que é de suma importância estudos que abordem essa temática, e mantenham os profissionais de saúde atualizados para suas melhores condutas terapêuticas.

Dessa forma, podemos concluir, que o pré-natal continua sendo a ferramenta mais forte do cuidado em saúde da mulher, e que o enfermeiro exerce a função de realizar esse atendimento de forma humanizada e eficaz, utilizando dos melhores recursos para prevenir complicações futuras para o binômio.

É preciso avançar na atenção à saúde da mulher e do bebê, ofertando um atendimento de qualidade, de forma multiprofissional, que busque reduzir os agravos causados pelas síndromes hipertensivas no Brasil e no mundo. O cuidado de enfermagem é primordial para oferecer a paciente uma



assistência completa, que demande tudo que é necessário para a oferta de atenção qualificada, que faz parte do contexto de prevenção e promoção da saúde.

Com isso, percebe-se que este estudo abordou os aspectos importantes sobre esse cuidado tão essencial a saúde da população feminina, e traz consigo a necessidade de novas pesquisas que aprofundem essa temática, visando ampliar o conhecimento e melhorar a assistência a saúde da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim FCM, Neves ACN, Moreira FS et al. (2017). “Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia”. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(4):1574-83, abr., 2017. Consultado a: 25.08.2020, em from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15225/17988>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). “Gestação de Alto risco. Manual técnico”. Consultado a: 26.08.2020, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

Lima JP et al. (2018). “Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional”. *Rev Rene.* ;19:e3455. Consultado a: 10.09.2020, em http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33813/pdf_1.

Lopes FBT et al. (2017). “Mortalidade materna por síndromes hipertensivas e hemorrágicas em uma maternidade-escola referência de alagoas”. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Alagoas*, v. 4, n. 2; p. 149-162. Consultado a: 15.07.2020, em <file:///C:/Users/Mariana/Downloads/4493-14796-1-PB.pdf>

Martins M et al. (2012). “A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira”. *Revista Escola de Enfermagem da Usp, Curitiba*, v. 46, n. 4, p.802-808, 3 fev. Consultado a: 27.08.2020, em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000400003&script=sci_arttext&tlng=pt.

Oliveira ACMO de, Graciliano NG. (2015). “Hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus in a public maternity hospital of a Northeastern Brazilian capital, 2013: prevalence and associated factors *Epidemiol*”. *Serv. Saúde, Brasília*, 24(3):441-451, jul-set 2015. Consultado a:



05.09.2020, em <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>

Oliveira GS et al. (2017). “Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico”. *Rev Cuid.* 8(2): 1561-72. Consultado a: 05.09.2020, em <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.374>.

Oliveira, GAG de; Lima, SMR. (2014). “Ações do Enfermeiro no Atendimento da Paciente na Pré-eclâmpsia”. 13 f. Monografia (Especialização). Curso de Emergência, Atualiza Cursos, Salvador, Consultado a: 01.09.2020, em <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EE/EE16/OLIVEIRA-gilvania-LIMA-samanta.pdf>

Oliveira, LAM de et al. (2018). “Nursing care for pregnant with hypertensive syndrome: integrative review”. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.* Vol.23,n.2,pp.159-164. Consultado a: 06.09.2020, em https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180704_092522.pdf.

Santos IDL et al. (2018). “Maternal near-miss in labor and delivery in the light of technologies in health”. *Rev Esc Enferm USP.*;52:e03409. Consultado a: 08.09.2020, em <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017049603409>.

Silva AM da et al. (2017). “O enfermeiro perante a hipertensão gestacional”. *Revista Iniciar, Campo Mourão*, v. 2, n. 1, p. 22-26, jan./jun. Consultado a: 03.09.2020, em <file:///C:/Users/Mariana/Downloads/2378-11637-1-PB.pdf>.

Sousa MG de et al. (2020) “Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes”. *Einstein (São Paulo)* 18: eAO4682. Consultado a: 25.08.2020, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100209&lng=en/.



Capítulo

6



**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRES-
SÃO PÓS-PARTO**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

NURSING ASSISTANCE IN POST-DELIVERY DEPRESSION

Danielle Assis dos Santos¹

Mariana de Sousa Dantas Rodrigues²

Albertina Martins Gonçalves³

Perla Figueredo Carreiro Soares⁴

Alane Barreto de Almeida Leôncio⁵

Luanna Silva Braga⁶

Resumo: Introdução: A Depressão Pós-parto (DPP) repercute diretamente na relação mãe-bebê com consequências definitivas para a mãe, família e criança que se sente rejeitada. Objetivo: Analisar a assistência de enfermagem na depressão pós-parto. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, foi realizada em Unidades de Saúde da Família (USF), no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. O universo do estudo foi composto por todos os enfermeiros que atuam na atenção básica e a amostra foi constituída por 8 enfermeiros que trabalhavam em USFs integradas e que tenham atendido puérperas com sinais e sintomas de DPP. O instrumento que foi utilizado para a coleta do material empírico foi um roteiro de entrevista semiestruturado e um questionário sócio econômico demográfico. Após a produção do material empírico, foi iniciada a etapa da transcrição, onde as narrativas orais foram transformadas em mensagem escrita.

-
- 1 Unipê
 - 2 Unipê
 - 3 Unipê
 - 4 Unipê
 - 5 Unipê
 - 6 Unipê



Para a análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Conclusão: Considerando as coletas e os resultados obtidos, expõe-se quão importante é a formação de um enfermeiro qualificado para identificação de casos de puérperas com DPP, pois com o decorrer da pesquisa foi identificado que grande parte dos enfermeiros encontram uma barreira quanto a identificação dos sinais e sintomas das puérperas com DPP.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Assistência de Enfermagem. Conhecimento.

Abstract: Introduction: Postpartum Depression (DPP) directly affects the mother-baby relationship with definite consequences for the mother, the family, and the child who feels rejected. Objective: To analyze nursing care in postpartum depression. Methodology: This is a field research, exploratory, descriptive, qualitative approach and will be performed at Family Health Units (USF), in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. The study universe will be composed of all the nurses who work in primary care and the sample will be composed of 8 nurses working in in integrated FHUs who have attended postpartum women with signs and symptoms of DPP. The instrument that will be used to collect the empirical material will be a semi-structured interview script and a demographic socio-economic questionnaire. After the production of the empirical material, the transcription stage will begin, where the oral narratives will be transformed into a written message. For the analysis of the empirical material, the technique of content analysis will be used. Conclusion: Considering the collections and the results obtained, is exposed how important is the formation of a qualified nurse to identify cases of postpartum women with DPP, since with the course of the research it was identified that most nurses find a barrier regarding identification of the signs and symptoms of postpartum women with DPP.



Keywords: Postpartum depression. Nursing Assistance. Knowledge

INTRODUÇÃO

A Depressão pós-parto (DPP) repercute diretamente na relação mãe-bebê com consequências para a mãe, para a família e para a criança que se sente rejeitada. A DPP é uma espécie de conjunto de sinais e sintomas que se iniciam geralmente entre a quarta e oitava semana após o parto. Esse quadro pode se caracterizar por meio de alterações de humor e psicomotoras, manifestando-se através da tristeza, falta de energia, motivação, irritabilidade, choro frequente, sentimento de desamparo, culpa, desesperança, transtornos alimentares e do sono, mudanças comportamentais, agitação, retardo psicomotor, concentração diminuída, sensação de fracasso frente às novas situações, problemas relacionados à autoimagem e baixa estima (Freitas et al., 2014; Schardosim; Heldt, 2011).

O diagnóstico da depressão pós-parto é complexo, devido à dificuldade de se estabelecer os limites entre o patológico e o fisiológico. A DPP é um problema de saúde pública, pois afeta não apenas a saúde da mulher e da família, como também o desenvolvimento do seu filho, pois ocorre uma dificuldade com a interação saudável e necessária dos seres envolvidos (Freitas et al., 2014).

Em relação à classe de profissionais enfermeiros, a necessidade de conhecer esta realidade e ter um olhar vigilante sobre esses casos se faz necessário, visto que o profissional desta área é que acompanha a mãe e o filho no puerpério, na maioria das consultas de puericultura. É de competência do enfermeiro o conhecimento da DPP, uma vez que este profissional constitui, no serviço de atenção básica, uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que corresponde à prevenção deste transtorno mental (Felix et al., 2013).

Esse trabalho trata-se de uma pesquisa de campo que abordou enfermeiros atuantes em uni-



dades de saúde da família (USF) e tem como objetivo primário analisar a assistência de enfermagem na depressão pós-parto e como objetivos secundários identificar o conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão pós-parto; compreender as dificuldades do enfermeiro da atenção básica em prestar assistência de enfermagem na depressão pós-parto e avaliar a rede de atendimento as mulheres com depressão pós-parto.

Diante do exposto, surgiram as seguintes questões norteadoras: Como ocorre a assistência de enfermagem na depressão pós-parto? Qual o conhecimento do enfermeiro da atenção básica acerca da depressão pós-parto? Quais as dificuldades do enfermeiro da atenção básica em prestar assistência de enfermagem na depressão pós-parto? Quais as ações de enfermagem na promoção e prevenção da depressão pós-parto?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória- descritiva, de abordagem qualitativa, pois objetiva conhecer em profundidade uma determinada temática. Neste tipo de abordagem, o pesquisador busca como resultados de sua pesquisa uma análise fiel de experiências e vivências cotidianas.

O presente trabalho usou uma abordagem qualitativa, que tem como início, fontes de pesquisa para sua criação e desenvolvimento de qualidade, que se torna extremamente importante para a exploração do assunto abordado, tendo como principal interesse, expandir conhecimentos, para que através do mesmo, ocorra cada vez mais identificações precoce e condutas adequadas, tanto para o profissional da saúde quanto para familiares, de maneira que enfoque na assistência a mulher (Minayo, 2008).

O estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF), em um município da Parai-



ba, Brasil. O universo do estudo foi composto por enfermeiros que atuam na atenção básica, a amostra foi constituída por 8 enfermeiros que trabalham em USFs integradas e que tenham atendido puérperas com sinais e sintomas de DPP.

Para a realização da pesquisa, foram analisados como critérios de inclusão: os enfermeiros que atuam na atenção básica, trabalham em USFs integradas, que tenham atendido puérperas com sinais e sintomas de DPP e que aceitaram contribuir para a pesquisa. Quanto aos critérios de exclusão foram os enfermeiros que não aceitaram participar ou que ao logo da pesquisa voltaram atrás em sua decisão, ou que não tenham atendido puérperas com sintomas de DPP. O instrumento que foi utilizado para a coleta do material empírico foi um roteiro de entrevista semiestruturado e um questionário sócio-econômico-demográfico para caracterizar o perfil dos enfermeiros da atenção básica.

Após a produção do material empírico, foi iniciada a etapa da transcrição, onde as narrativas orais foram transformadas em mensagem escrita e os entrevistados identificados com E.1 a E.8. Este momento é de suma importância por se tratar de uma passagem completa, de forma literal, com os detalhes das entrevistas gravadas, dando visibilidade total ao caso tematizado.

No momento da discussão, o material foi dividido em três categorias: assistência de enfermagem na depressão pós-parto; dificuldades na assistência de enfermagem na depressão pós-parto e rede de atendimento as mulheres com depressão pós-parto. Momento importante para correlacionar as falas dos entrevistados com os objetivos propostos.

Para a análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que segundo Minayo (2008), permite tornar replicáveis e válidas as deduções sobre dados de um determinado contexto, através de procedimentos especializados e científicos. Dentro dessa análise, foi utilizada a modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comuni-



cação, cuja presença ou frequência apresente significância para o objetivo analítico escolhido.

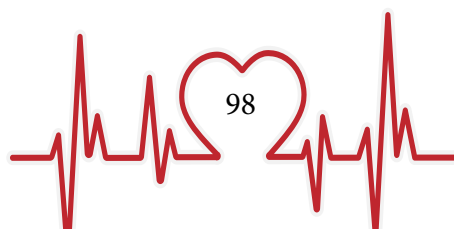
O trabalho obedeceu às normas e diretrizes regulamentadas pela resolução 466/12, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. A resolução descreve que: a presente resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa a comunidade científica e ao estado (Brasil, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de apresentar dados relativos aos enfermeiros participantes, inicialmente, foi traçado perfil sociodemográfico dos mesmos, a partir das variáveis: sexo, idade e estado civil.

TABELA 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais participantes da pesquisa. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Características Sociodemográficas	n	%
SEXO		
Feminino	6	75
Masculino	2	25
IDADE		
De 20 a 29	1	12,5
De 30 a 39	6	75
De 40 a 49	1	12,5
ESTADO CIVIL		
Solteiro	3	37,5
Casado	4	50
Divorciado	1	12,5



Fonte: dados da pesquisa, 2016.

No que se refere ao perfil dos profissionais entrevistados, os dados esquematizados na tabela 1 mostram grande predominância do sexo feminino sobre o masculino 6 (75%), profissionais jovens, na faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos 6 (75%), com relação ao estado civil, relatamos que a maioria dos profissionais entrevistados 4 (50%) mantem uma relação de matrimônio.

Com relação ao sexo, é uma classe predominante devido aos aspectos sócio-históricos, podemos dizer que a enfermagem nasceu através do cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos idosos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher (Leal; Lopes, 2005).

Em relação a idade, o mercado de trabalho opta por profissionais mais jovens que tenham conhecimento e capacitação na área para que se tornem capazes de realizar suas atividades sem auxílio de outro enfermeiro (Barbosa et al., 2011).

Categoria 1 – Assistência de Enfermagem na Depressão Pós-Parto

Nesta categoria será discutido acerca dos sinais e sintomas da DPP e a assistência que o profissional presta a mulher com tal patologia. Os principais sinais e sintomas identificados foi, que a maioria das mulheres que entram na depressão pós-parto são mulheres desestabilizadas emocionalmente, decorrente de conflitos familiares que geram uma possível gravidez indesejada, como é possível evidenciar nas falas a seguir:

“ A negação a gravidez me chamou bastante atenção, sabe.. a usuária tinha muitos conflitos em casa, com a família e o marido [...]” (E.5).

“ Quando a usuária descobriu que estava grávida, houve muitos problemas em sua casa, talvez devido a família ser de tal forma desestruturada [...]”



(E.6).

“ [...]mas era uma família bastante desestruturada, os pais brigavam muito né[...]” (E.4).

Freitas (2014), identifica os sinais e sintomas com características mais simples como por meio de alterações de humor, manifestando-se através da irritabilidade, choro frequente, sentimento de desamparo e tristeza. Segundo Soares (2012), relata que o estado emocional e psicológico da mulher nesse período é fundamental e de extrema importância para o saudável relacionamento do binômio mãe-filho, para a saúde materna e de sua família.

Há mais de duas décadas que conflitos conjugais vêm sendo investigados por meios científicos, estudos mostram que os conflitos conjugais são partes de um processo de adaptação natural entre os cônjuges e se caracterizam por meios de agressão física ou normal, ameaças de abandono da relação, discussões em tom exaltado, indisponibilidades para resolver problemas e com a percepção de injustiça na divisão dos trabalhos domésticos (Cummings; Davies, 2002).

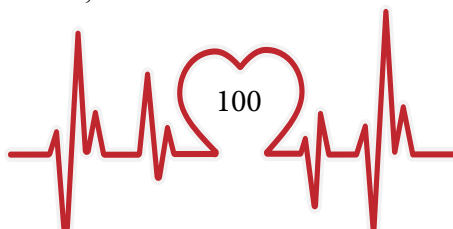
Quando questionados a respeito da assistência de enfermagem na Depressão pós-parto, os participantes responderam que tentaram realizar visita domiciliar, realizar orientações e encaminhar para consulta com psicólogo ou médico, como pode ser visualizado nas falas a seguir:

“Bem, tentei diversas vezes realizar a visita, mas ela se recusava [...]” (E.1).

“ [...] então eu comecei a fazer mais visitas, sabe.. conversava muito com ela, é.. explicava o quanto era importante o contato com o RN, a importância da amamentação [...]” (E.7).

“ Eu insisti na visita domiciliar, quando consegui notei que ela não queria amamentar a criança de nenhum jeito, por mais que eu falasse da importância da amamentação dos cuidados imediatos com o RN [...]” (E.3).

“ [...] eu fiz visitas, é.. via como ela se encontrava, falava da importância do



aleitamento, da importância do contato mãe e filho, mas ela se demonstrava muito agressiva [...]” (E.6).

A assistência do enfermeiro é muito importante em situações como essa, pois além de identificar os sintomas eles tomam providências para reverter o quadro da depressão pós-parto, tentando reatar o contato mãe-filho e fazer com que a mãe passe a aderir o tratamento psicológico.

Mediante a Portaria MS/GM nº 1016, o Ministério da Saúde aprovou Normas Básicas, voltadas para os primeiros cuidados ao recém-nascido e a mãe, que obriga que o recém-nascido sadio, fique ao lado da mãe 24 horas por dia, até a alta hospitalar, permitindo desta forma à equipe multiprofissional realizar o cuidado direto contribuindo para a saúde do binômio mãe-filho, uma importante atuação do enfermeiro, que realiza a assistência ao trio mãe-bebê-família (Brasil, 2012).

A visita domiciliar vem crescendo como uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, um instrumento fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma. A visita domiciliar, se amplia passando a ser um processo de atenção continuada, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais (Adriana; Maria, 2009).

Categoria 2 – Dificuldades na Assistência de Enfermagem na Depressão Pós-Parto

Quando foi discutido a respeito as dificuldades obtidas pelos enfermeiros mediante a assistência a essas puérperas, foi possível identificar, que a falta de comunicação e a aderência ao tratamento foram as principais dificuldades, conforme as falas dos entrevistados:

“ Bem, a falta de comunicação e aceitação é o que mais dificulta por elas sem condições de procurar a Unidade e quando a equipe vai até a residência muitas vezes a família não admite a situação” (E.2).



“ Falta de comunicação, assim... porque elas não querem aceitar a visita nem comparecer a unidade” (E.3).

A comunicação da puérpera é muito importante, pois devido a nova fase que ela se encontra é aconselhável que o enfermeiro procure se informar como a puérpera está conseguindo se adaptar e suprindo as necessidades da criança.

A enfermagem está relacionada ao ato do cuidar, é como um ato de interação, constituído de ações e atividades, envolvendo o diálogo, o ouvir, a ajuda, a troca, o apoio, o conforto, esclarecendo dúvidas, cultivando a sensibilidade, a descoberta do outro, valorizando-o e compreendendo-o, é fundamental saber lidar com gente, pois somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o paciente. Especialmente o enfermeiro, por interagir diretamente com o paciente, precisa estar mais atento ao uso adequado das técnicas da comunicação interpessoal (Ana; Eliana, 2011).

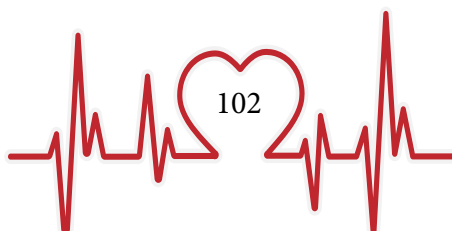
Muitas vezes, não só por falta de diálogo com o enfermeiro, os primeiros sinais de uma DPP são ignorados, mas por não aceitação do diagnóstico pela família e até mesmo pela própria puérpera, como mostram as falas a seguir:

“ Bem, olha.. a minha maior dificuldade foi a aceitação da família, han.. isso fez com que de certa forma ela se isolasse, mais ainda, ne.. e não quisesse iniciar o tratamento” (E.7).

“ Minha maior dificuldade foi a rejeição de ajuda, logo no início a família não aceitou, foi muito difícil mostrar o que tava acontecendo né[...]

“ Minha maior dificuldade é a aderência ao tratamento, elas não querem, elas se isolam, não aceitam a doença de maneira alguma [...]

Muitos dos familiares, por motivos de falta de conhecimento, ou talvez por medo da adesão do tratamento, fazem com que familiares ou até mesmo as próprias puérperas se isolem e não aceitem



o diagnóstico para adesão de tratamentos adequados.

Freitas (2014), relata que na maioria das vezes os sintomas são negligenciados pela própria puérpera, marido e familiares, devido ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de preocupações e dos cuidados com o bebê.

Categoria 3 – Rede de atendimento as mulheres com Depressão Pós-Parto

Nesta categoria, discutimos com os entrevistados como é a rede de atendimento as mulheres com DPP, foi possível evidenciar, que no município estudado, os profissionais da saúde dispõem de uma ampla rede de apoio, como mostra as falas a seguir:

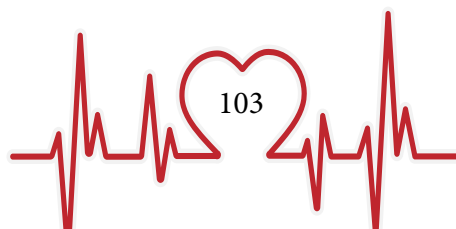
“ É assim.. é.. tem um leque de opções, tem a questão do NASF, que é até mais pratico pra gente, porque o NASF ta dentro da unidade de saúde né [...]”(E.4).

“ [...] temos o Instituto Cândida Vargas, como relacionamos a uma gravidez de risco né.. encaminhamos diretamente pra lá, onde contamos com o apoio dos psicólogos [...]”(E.5).

“ [...] uma rede ampla com diversas opções de apoio, é.. como o NASF, o..o.. Instituto Candida Vargas, temos o HU também.. todos eles são referência psicológicas [...]”(E.7).

“ [...] é uma rede ampla de profissionais capacitados para é... demandas específicas e de grande risco, não existe só o NASF, mas temos também o Instituto Cândida Vargas, que é um ponto de referência para as gestantes, o HU também tem uma ótima rede de psicólogos [...]” (E.6).

Em relação a rede de saúde a mulheres com depressão pós-parto, percebe-se que é uma rede que vem se expandindo de uma forma inesperada, é possível identificar a grande facilidade que os profissionais da saúde tem em fazer esse contato dos usuários mais graves com os centros de referência disponíveis, podendo então fazer o encaminhamento para a adesão do usuário ao tratamento.



O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade.

A atuação integrada, permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as coletas e os resultados obtidos, expõe-se quão importante é a formação de um enfermeiro qualificado para identificação de casos de puérperas com DPP, pois com o decorrer da pesquisa, foi identificado que grande parte dos enfermeiros encontram uma barreira quanto a identificação dos sinais e sintomas das puérperas com DPP, pois ocorre muitas vezes a não aceitação do diagnóstico ou ocultação dos casos pela família e até mesmo pela própria puérpera ocorrendo então o isolamento da puérpera e o impedimento da iniciação imediata do tratamento.

Nota-se também, que as USF's contam com apoios de diversas referências, disponibilizando-se para a redução do número de casos de puérperas com DPP, tendo então a contribuição e disponibilidade de profissionais específicos e qualificados. Com isso, o enfermeiro da unidade básica, sente-se mais seguro, para abraçar a causa, mediante as grandes opções de referência que a rede de saúde oferece para casos mais graves que surgem nas USF's.

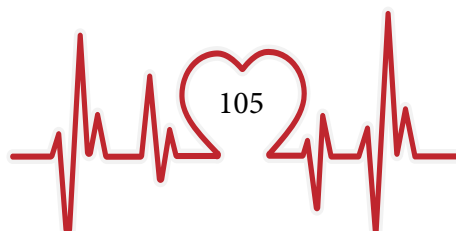
Determina-se então, que a pesquisa atendeu a todas as expectativas propostas, mostrando a



assistência do enfermeiro ao se deparar com um caso de depressão pós-parto e os demais objetivos propostos na pesquisa, contribuindo de forma positiva para melhor aprofundamento na assistência de enfermagem na depressão pós-parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriana ,B.B.A; Maria, L.M.B. “Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza”. (2009). Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.25 n.5.
- Ana P.R.R; Eliana M.B. “A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória”. (2011). Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.3 São Paulo June.
- Barbosa, T.L.A, et al. “Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho”. (2011) In: Texto contexto - enferm. vol.20, pp. 45-51.
- Brasil. Ministério da Saúde. “Departamento de Atenção Básica”. Portal da Saúde, 2012. Consultado a 26.05.2016, em www.saude.gov.br.
- Brasil. Ministério da Saúde. “Política Nacional de Atenção Básica” (2012). Brasília: (Série E. Legislação em Saúde).
- Cummings, E.M; Davies, P. T. “Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research” (2002). Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 31-63.
- Félix, T.A, et al. “Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura”. (2013). Revista eletrônica trimestral de enfermagem.
- Freitas, R.D, et al. “Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro”. (2014). J. res.: fundam. care. Online. abr./jun. 6(2):1202-1211.
- Minayo, S.C.M. O desafio do conhecimento. São Paulo, 2008.
- Schardosim, M.J; Heldt,E. “Escala de rastreamento para depressão pós-parto: Uma revisão sistemática” (2011). Rev. Gaúcha enferm, Porto Alegre (RS) mar, 32(1):159-66.
- Soares, F.C.G, et al. “Transtornos de adaptação no pós-parto decorrentes do parto: estudo descritivo exploratório”. (2012). Online braz. j. nurs. (Online);11(3), dec 21.



Capítulo



7

REPERCUSSÕES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

NO CONTEXTO FAMILIAR: UMA REVISÃO

INTEGRATIVA

REPERCUSSÕES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO CONTEXTO FAMILIAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
REPERCUSSIONS OF POST-PARTY DEPRESSION IN THE FAMILY CONTEXT: AN INTEGRATIVE REVIEW

Girlene Noêmia Generino da Cruz¹

Elizanete de Magalhães Melo²

Maria Auxiliadora Freire Siza³

Aline Freire Falcão

⁴Perla Figueredo Carreiro Soares⁵

Luanna Silva Braga⁶

Resumo: Introdução: A Depressão Pós-parto (DPP) é classificada como uma das doenças que mais acometem as puérperas no mundo e quando não tratadas, ocasiona repercussões negativas, de nível mental, social e familiar que interfere na interação maternal e no desenvolvimento da criança. Objetivo: Analisar a produção científica nacional acerca das repercussões da depressão pós-parto no contexto familiar descritas nas publicações de saúde nos últimos 5 anos. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem quanti-qualitativa, constituída por artigos extraídos e selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 2011 a 2016 que se enquadraram no objetivo da pesquisa. Resultados: 10 artigos fizeram parte da amostra desse estudo. Os artigos fo-

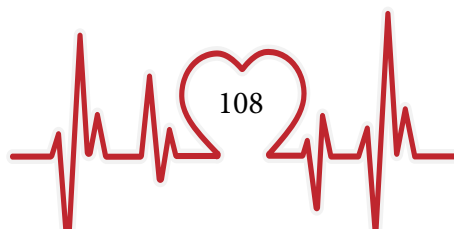
-
- 1 Unipê
2 Unipê
3 Unipê
4 Unipê
5 Unipê
6 Unipê



ram analisados com base na análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2008), surgindo duas categorias: 1- Depressão Pós-Parto e a Relação Mãe e Filho e 2- Depressão Pós-Parto no Contexto Familiar. Conclusão: A partir dessa revisão integrativa, acerca das repercussões da Depressão Pós-Parto no contexto familiar, foi possível ampliar conhecimentos sobre a patologia. Ressalta-se a importância de desenvolver mais estudos sobre a temática, a fim de diagnosticar precocemente e tratar de forma adequada, capacitando profissionais da área de saúde.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Relações Familiares. Conflito Familiar. Conflito conjugal. Desenvolvimento infantil.

Abstract: Introduction: Post-partum depression is classified as one of the diseases, which affect puerperas worldwide, and when it is untreated, results in negative repercussions, of mental, social and familial nature, interfering in the maternal interaction and in the child's development. Objective: to analyze the national scientific production about post-partum depression in the familial scenario described in health publications for the last 5 years. Methodology: It is an integrative review of literature with qualitative and quantitative approach, composed of articles extracted and selected from Virtual Health Library (BVS), from 2011 until 2016 which conform to the objective of the research. Results: 10 articles were included in the sampling of the present study. They were analyzed based on the content analysis method proposed by Minayo (2008), emerging two categories: 1- Post-partum depression and mother-child relationship and 2- Post-partum depression in the familial scenario. Conclusion: From this integrative review regarding the repercussions of Post-partum depression in the familial context it was possible to expand the knowledge about the disease. It is important to highlight



the necessity of developing more research about such topic in order to early diagnose and properly treat, as well as to provide training to healthcare professionals.

Keywords: Post-partum Depression. Family Relations. Family conflict. Child development

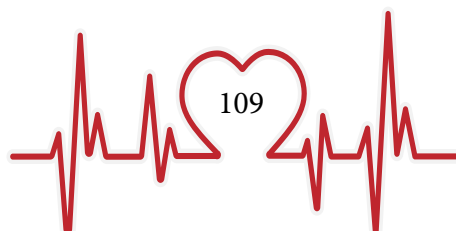
INTRODUÇÃO

A Depressão pós-parto (DPP) é considerada um transtorno depressivo maior, e é a patologia psiquiátrica que mais acomete mulheres durante o puerpério. Ela é considerada um grande problema da saúde pública e é conceituada, também, como patologia que afeta todo o organismo, comprometendo o psicológico, o físico, e o social (Martinez et al., 2016).

Existem registros sobre o índice de incapacidade, que pode afetar a mãe, os fatores associados com o atraso no desenvolvimento infantil e com distúrbios de comportamento na vida adulta dos descendentes dessa mãe (Martinez et al., 2016). A depressão foi identificada como uma das principais causas de incapacidade na população mundial e tende a acometer aproximadamente de 1,5 a 3 vezes mais mulheres do que homens, segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA) (Brasil, 2013).

Essa patologia pode se manifestar de várias maneiras, pois provoca diversas alterações emocionais e comportamentais, como alteração do sono, ideias suicidas, desânimos persistentes, baixa capacidade de concentração, falta de apetite, dentre outros que alteram o estilo de vida da puérpera e, conseqüentemente, da família (Gomes, 2010). Para Coutinho e Saraiva (2008) e Galvão, et al (2015), os sinais e sintomas do quadro depressivo puerperal, tem início, na maioria dos casos, a partir das quatro primeiras semanas e sua máxima intensidade, geralmente, nos seis primeiros meses.

Bottino (2011), Souza (2012) e Cantilino (2003), ressaltam que é de extrema importância,



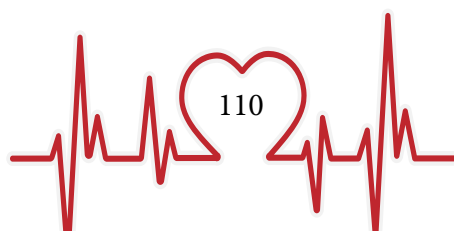
Debates Interdisciplinares em Saúde

saber identificar as diferenças entre a DPP e a tristeza maternal, conhecida também como baby blues, que é a alteração de humor mais comum do puerpério, com prevalência de 30% a 75%, onde os sintomas são de menor intensidade. Ocorrem na primeira quinzena pós-parto e a reversão tende a se resolver de forma espontânea, não sendo necessário o uso de intervenção farmacológica, apenas auxiliar na reconstituição do suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê.

Sobreira e Pessoa (2012), relatam ter percebido, que a maioria dos casos de depressão pós-parto não tem sido detectada e com isso, permanecem sem tratamento. Porém, a investigação para se obter um diagnóstico precoce é de extrema importância, pois somente dessa forma, é possível prevenir possíveis agravos e impactos na qualidade de vida da mãe e no desenvolvimento do bebê.

Portanto, a DPP nem sempre chega a ser perceptível, principalmente se os familiares e profissionais da saúde forem despreparados, não obtiverem conhecimento para intervir no diagnóstico precoce, tornando assim um obstáculo na saúde da puérpera, resultando em repercussões no contexto familiar. Diante do exposto, surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento acerca da DPP e suas repercussões no contexto familiar, resultando na seguinte questão norteadora: qual a produção científica nacional acerca das repercussões da depressão pós-parto no contexto familiar descritas nas publicações de saúde nos últimos 5 anos?

O estudo justifica-se diante da relevância da temática proposta e da escassez de estudos na literatura acerca das repercussões da depressão pós-parto no contexto familiar, uma vez que é de extrema importância entender tais repercussões para obter e promover conhecimentos e informações. Portanto, o objetivo do estudo foi analisar a produção científica nacional acerca das repercussões da depressão pós-parto no contexto familiar descritas nas publicações de saúde nos últimos 5 anos.

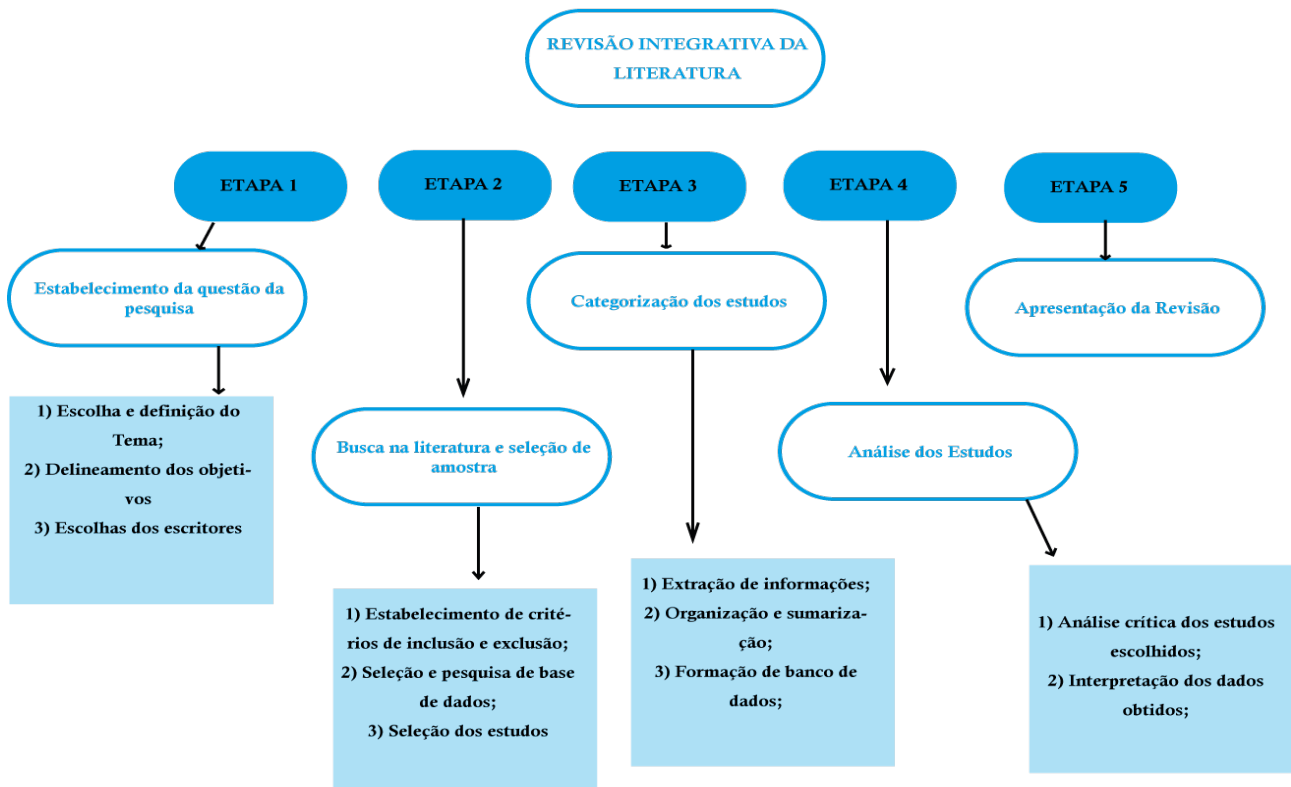


METODOLOGIA

Trata-se de um estudo revisão com abordagem quanti-qualitativa. Para o desenvolvimento desta revisão integrativa foi realizada uma análise de busca ativa de artigos na literatura, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, tendo assim a finalidade de reunir e sintetizar resultados das pesquisas. (Reibnitz et al., 2013).

O tema escolhido foi Repercussões da Depressão pós-parto no contexto familiar: uma revisão integrativa, tendo como problema, a dificuldade da família em conviver e ajudar uma puérpera com Depressão Pós-Parto superar a patologia. Para a elaboração de um trabalho de revisão integrativa, algumas etapas precisam ser seguidas, de forma criteriosa, de modo a possibilitar a construção e sistematização dos dados da pesquisa, a figura a seguir demonstrará as referidas etapas.

FIGURA 1 – Componentes da revisão integrativa da literatura: João Pessoa, 2016.



Fonte: Ganong ,1987.

Primeira Etapa: Estabelecimento da Questão da Pesquisa.

A escolha do tema e a formulação de questionamentos constitui a fase inicial da elaboração de um trabalho de revisão e se apresenta como a primeira etapa, compreendendo a formação de hipóteses. O problema da pesquisa e os questionamentos devem ser instituídos de forma clara e específica, neste caso, a elaboração da questão que norteará o desenvolvimento da pesquisa deve associar-se a conhecimentos e raciocínios teóricos progressos do pesquisador (Ganong, 1987). Este artigo analisou e discutiu o tema, com o intuito de esclarecer, que a DPP não envolve apenas a mãe e o bebê, e sim toda família, visando também analisar o quanto a depressão é prejudicial para a mãe, o filho e os familiares.

Portanto, foram utilizados alguns estudos publicados nacionalmente durante os anos de 2011 a 2016. Os descritores extraídos do DECS (Descritores em Ciência da Saúde) utilizados para a busca foram os seguintes: Depressão Pós-Parto. Depressão Puerperal. Relações Familiares. Contexto Familiar. Conflito Familiar. Desenvolvimento infantil. Relações Mãe-Bebê.

Segunda Etapa: Busca na Literatura e Seleção da Amostra.

Para definir as publicações que fazem parte desta revisão integrativa, foi realizada uma busca criteriosa dos artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que englobou várias bases de dados como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde MEDLINE, Base de Dados da Enfermagem (BDENF), Periódicos Técnico-Científicos (INDEX PSICOLOGIA), dentre outras.

Para tanto, foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão como: artigos online, dis-



poníveis na íntegra e gratuitamente nas bases de dados, no idioma português e entre os anos de 2011 a 2016. Já os critérios de exclusão da pesquisa foram: artigos anteriores a 2011, que não estavam disponíveis na íntegra ou na plataforma de busca, artigos pagos e/ou repetidos, teses e dissertações e artigos que não correspondiam aos objetivos da revisão integrativa.

Diante disso, os descritores citados anteriormente foram utilizados para a busca. Para o cruzamento dos descritores utilizou-se o termo booleano “AND”. Inicialmente surgiram um total de 127 artigos sem fazer uso dos critérios de inclusão e exclusão. Ao aplicá-los, resultou-se 21 artigos, nos quais foram lidos os resumos, a fim de selecionar os artigos que realmente versassem acerca da temática proposta. Dessa maneira, após análise, 10 estudos responderam aos objetivos propostos por este artigo e compuseram a amostra total a ser apreciada mais profundamente. Vale ressaltar que a busca dos artigos foi realizada entre os dias 19 e 22 de outubro de 2016 para leitura completa do conteúdo, fichamento, análise sistemática e comparação.

Terceira Etapa: Categorização dos Estudos.

De acordo com Ganong (1987), a etapa do processo em que ocorre a categorização do estudo representa de fato a essência da revisão integrativa, nessa fase, é importante que sejam definidas as características ou informações de interesse do pesquisador para esquematização da coleta nos trabalhos selecionados, caracterizando trabalho de revisão.

Ao observar os objetivos proposto pelo estudo, com o intuito de qualificar e otimizar a coleta dos dados, foi criado e empregado um instrumento específico produzido pela pesquisadora, permitindo assim o recolhimento das informações necessárias de modo sistematizado e organizado. O instrumento compreende dados relacionados a publicação, como, Qualis do periódico, ano, objetivos,



principais resultados. De acordo com os objetivos propostos os dados foram organizados em tabelas.

Quarta Etapa: Análise dos Estudos.

A revisão integrativa visa a análise e discussão dos dados de forma minuciosa e criteriosa de acordo com os objetivos propostos. No presente trabalho, foi feita uma relação entre os métodos de pesquisa, buscando compreender os artigos extraídos.

Para a análise qualitativa, procedeu-se à categorização dos trabalhos selecionados. Emergiram-se duas categorias a partir do enfoque dos estudos: “Depressão Pós-Parto e Relação Mãe-Bebê” e “Depressão Pós-Parto no Contexto Familiar”. Tais categorias foram analisadas e discutidas por meio da Análise Temática, a qual foi desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados (Minayo, 2007).

Enquanto que na análise quantitativa pautou-se nos parâmetros inerentes a estatística descritiva, amplamente utilizada em dados relacionados ao tema, sendo utilizado para descrição e síntese dos dados. Os dados obtidos e organizados, foram distribuídos em tabelas, sendo considerada a forma mais simples e compreensível para representar ao leitor. (Ganong, 1987).

Quinta etapa: apresentação da revisão.

Nesta etapa do procedimento metodológico, buscou-se a clareza na discussão dos dados de maior relevância, amparado pela literatura atual referente ao tema em pauta. O próximo capítulo disporá as tabelas de formas organizada e sistematizada, assim como a descrição de seus dados e discussão sobre os achados.

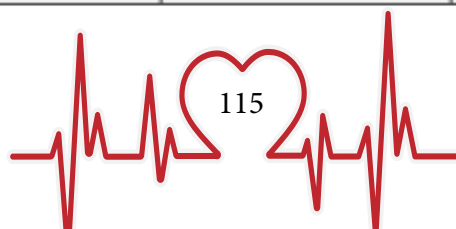


RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após leitura completa dos textos e análise dos artigos selecionados, eles foram listados e organizados na tabela 1, contendo os títulos dos artigos, o nome dos autores, a instituição onde o estudo foi conduzido e produzido, o ano de publicação e o tipo de estudo.

QUADRO 1 – Identificação e apresentação dos artigos selecionados. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016

Nº	TÍTULOS DO ARTIGO	AUTORES	INSTITUIÇÃO
1	As Relações entre Depressão Materna e Relatos Maternos acerca do Envolvimento Paterno: Um Estudo Longitudinal	Alvarenga, P.; Oliveira, J.M.; Gomes, Q.S.; Freitas, L. M. A.	Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil
3	Depressão Pós-Parto e Conflito Conjugal: Estudo Longitudinal das Associações Bidirecionais em Famílias de Baixa Renda	Mendonça, J. S.; Bussab, V. S. R.; Siqueira, J. O.	Universidade de São Paulo São Paulo, RS, Brasil
4	Indicadores de Depressão Materna e a Interação Mãe-Criança aos 18 Meses de Vida	Alvarenga, P.; Palma, E. M. S.	Universidade Federal da Bahia Salvador, BA, Brasil
5	Repercussões Da Depressão Infantil E Materna No Brincar De Crianças: Revisão Sistemática	Carvalho, c.; Regina, v.; Ramires.	Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo – RS – Brasil
6	Fatores Socioeconômicos, Obstétricos, Demográficos E Psicossociais Como Risco Ao Desenvolvimento Infantil	Crestani, A.H.; Mattana, F.; Moraes, A.B.; Souza, A.P.R.	Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria – RS, Brasil
7	Dialogia Mãe-Filho em Contextos De Depressão Materna: Revisão De Literatura	Carlesso, J.P.P.; Souza A.P.R.	Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS
8	Experiência De Familiares Na Vivência Da Depressão Pós-Parto	Matão, M. M.; D.B, Campos; P.H.F et al.	Universidade Católica de Goiás



9	REPRESENTAÇÕES ACERCA DA MATERNIDADE NO CONTEXTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	SOUSA, D. D.; PRADO, L. C.; PICCININI, C.A.	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
10	Repercussões Da Depressão Pós-Parto No Desenvolvimento Infantil	SANTOS, L. P.; SERRALHA, C. A.	Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Brasil

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Abaixo, na tabela 1, estão listados o número de artigos segundo as bases de dados em que estão indexados.

TABELA 1: Relação dos artigos segundo as bases de dados. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

<i>Bases de Dados</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>LILACS</i>	<i>7</i>	<i>70</i>
<i>BDEF</i>	<i>1</i>	<i>10</i>
<i>INDEX</i>	<i>2</i>	<i>20</i>
<i>TOTAL</i>	<i>10</i>	<i>100</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A tabela a seguir descreve o Qualis dos estudos selecionados para construção dessa revisão integrativa.



TABELA 2: Dados referentes ao Qualis do periódico de publicação dos artigos. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016

Qualis/Periódico	N	%
B1	3	30
B2	3	30
B3	3	30
B4	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

TABELA 3: Dados referentes ao ano de publicação dos artigos. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

ANO	N	%
2011	3	30
2013	4	40
2014	1	10
2015	1	10
2016	1	10
TOTAL	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

TABELA 4: Dados referentes à região do país onde foi desenvolvido o estudo, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016



REGIÃO	N	%
Norte	0	0
Nordeste	2	20
Centro-Oeste	1	10
Sul	5	50
Sudeste	1	10
Não informado	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Ao longo dos anos, a pesquisa sobre a Depressão Pós-Parto teve fases crescentes e decrescentes. Pode-se notar que houve maior relevância de estudos na região Sul, sendo correspondente a 50% do total de pesquisas. Rocha, et al (2016) em sua pesquisa sobre levantamento e principais achados de estudos nacionais sobre a depressão, afirmam que essa porcentagem no Sul pode ter sua ocorrência por ser uma região onde mais se realiza estudos sobre a temática abordada, podendo ser explicada pelo grande número de Pós-graduação existente, já na Região Norte, percebe-se que não foram encontrados artigos, podendo suceder pelo menor número de docentes em alguns de seus estados (Brasil, 2010).

TABELA 5: Dados referentes ao tipo de estudo, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016



TIPO DE ESTUDO	N	%
Quantitativo	6	60
Qualitativo	3	30
Quanti-Quali	1	10
TOTAL	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa,2016.

Ao tipo de estudo, pode-se notar ênfase nos estudos quantitativos, pois foram envolvidas uma suma quantidade de puérperas, parceiro conjugal, filhos e familiares.

QUADRO 2 – No quadro abaixo estão expostos os objetivos e principais resultados dos artigos selecionados para João Pessoa, Paraíba, Brasil,2016

Objetivos	Principais Resultados
1 Avaliar as relações entre indicadores de Depressão da Mãe e sua percepção acerca do envolvimento Paterno.	No primeiro mês de vida da criança, dez mães (52,5%) apresentaram intensidade mínima de depressão, quatro (21,1%) tiveram intensidade leve e cinco (26,3%) tiveram intensidade moderada. Enquanto no 18º mês, sete mães (36,8%) apresentaram escores no nível mínimo, seis (31,6%) no nível leve e três (15,8%) no nível moderado. Verifica-se que houve uma redução dos casos mínimos e moderados entre o primeiro e o 18º mês, com o aumento de casos com intensidade leve de depressão no segundo momento. Foi identificado também que nenhum dos casos foi classificado no nível grave
2 Analisar as possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento linguístico e psicológico do bebê e presença de depressão materna, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul.	Ao ser avaliado os valores do inventário de depressão na primeira faixa de índice de risco analisada, comparando-se bebês com e sem risco ao desenvolvimento, houve diferença estatisticamente significativa, pois, mães com maiores escores de depressão apresentaram mais risco ao desenvolvimento de seus filhos.



3	Examinar longitudinalmente as associações bidirecionais entre depressão pós-parto e conflito conjugal durante os dois primeiros anos da criança e propor um método de análise de dados compatível com tal abordagem.	A inspeção dos dados indicou que a DPP tem um impacto no conflito conjugal aos 4 meses e aos 24 meses da criança, enquanto que o conflito conjugal não está associado à depressão pós-parto em nenhum dos momentos testados (4, 8 e 24 meses); portanto, o conflito conjugal não se apresentou como fator determinante da DPP, diferentemente do indicado por outros autores (como Whisman e Uebelacker, 2009 e Beach, Katz, Kim, e Brody, 2003).
4	Comparar a interação Mãe-Criança aos 18 meses de vida, em diades com mães que apresentam indicadores de depressão (grupo clínico), e diades com mães que não apresentam indicadores de depressão (grupo não clínico).	Os resultados revelaram uma única diferença entre os grupos, indicando que as mães do grupo clínico foram mais intrusivas ao interagir com seus filhos do que as mães do grupo não clínico. Discutem-se as implicações da intrusividade materna para a interação mãe-criança e a importância do estudo de comorbidades e da cronicidade da depressão materna em futuras investigações.
5	Visualizar estudos sobre foco no processo do brincar em crianças com indicadores de depressão ou cujas mães apresentavam depressão.	A revisão revelou evidências que apoiam a utilização do brincar como um recurso importante na avaliação psicológica de sintomas depressivos na infância, com diferenças encontradas no comportamento lúdico de crianças que apresentavam esse quadro.
6	Investigar a associação de fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais com a presença de risco ao desenvolvimento infantil nas faixas etária de um a dezoito meses de idade.	Os fatores de risco significantes para as quatro fases do protocolo foram, na faixa de zero a quatro meses o estado civil da mãe e o número de filhos; na faixa de quatro a oito meses o número de consultas pré-natal e a renda per capita; na faixa de oito a doze meses o planejamento da gestação; e na faixa de doze a dezoito meses o histórico de depressão materna, a idade da mãe e a profissão da mãe.
7	Verificar as repercussões da depressão materna na interação mãe-filho, e examinar suas implicações para o desenvolvimento da criança, especialmente o	Os estudos apontaram que os efeitos da depressão materna podem resultar negativamente no desenvolvimento da criança, potencializando desordens linguísticas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais. Portanto, a depressão materna, em um determinado momento após o nascimento, pode interferir no estabelecimento do vínculo mãe-bebê e, por isso, deve ser tratada o mais precocemente possível de linguagem.



8	Conhecer a vivência de familiares com experiência de Depressão Pós-Parto.	O suporte dado pela família é algo fundamental para enfrentar condições estressantes, e que isso proporciona à mulher segurança necessária durante o período puerperal.
9	Investigar as repercussões acerca da maternidade no contexto da DPP.	Nos relatos de ambas as mães apareceram representações acerca do sentimento de não ser capaz de cuidar do bebê logo após o nascimento, de ser pouco apoiada pelo companheiro, bem como uma reavaliação do relacionamento com suas próprias mães e com seus cônjuges. Verificou-se também que as representações de cada mãe apontaram para uma estreita associação entre seus conflitos pregressos e a interação atual com o marido e com o bebê.
10	Apresentar uma revisão da literatura científica nacional sobre as repercussões para o desenvolvimento emocional, social, comportamental e cognitivo do bebê, em contexto de depressão puerperal materna, e os prejuízos a relação mãe-bebê,	Foi observado que a depressão pós-parto é um fator de risco para o desenvolvimento infantil, pois os bebês que viveram tal contexto apresentam apego inseguro, menos exploração do ambiente, sono irregular, baixa autoestima, ansiedade e maior probabilidade de desenvolverem depressão na idade adulta. É essencial que o transtorno seja identificado para que a mãe e o bebê recebam cuidado profissional adequado, minimizando os prejuízos da depressão pós-parto para ambos e para a família.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO DAS ANÁLISES

Através da leitura de todos os artigos selecionados para o desenvolvimento desta revisão integrativa, com foco principal em analisar produções científicas acerca das repercussões da Depressão Pós-Parto no contexto familiar, surgiram duas categorias: Depressão Pós-Parto e Relação Mãe-Filho



e Depressão Pós-Parto Relação Familiar.

Depressão Pós-Parto e Relação Mãe-Filho

Após a leitura dos artigos selecionados, é possível perceber a influência comportamental materna diante da DPP, os conflitos conjugais e repercussões familiares evidenciados pela depressão puerperal, e que refletem no desenvolvimento do bebê, desde o período gravídico até os cuidados ofertados no puerpério.

Os artigos 1 e 2, analisaram a intensidade e valores com ênfase nos primeiros meses de vida do bebê. Essa análise foi desenvolvida através de comparações entre bebês, obteve o resultado referente a um aumento no que se refere envolver mães que já tiveram depressão materna.

As mães diagnosticadas com depressão materna leve, moderada ou grave, demonstraram dificuldades de afeto com seus filhos, apresentaram comportamentos depressivos e/ou ansiosos rompendo ou dificultando a ligação mãe-filho. Em estudos realizados com bebês de mães não acometidas por depressão puerperal, os mesmos interagem responsivamente na presença de condições de disponibilidade da mãe. (Fonseca et al., 2010). Enquanto Zing et al. (2005) complementa que as mães com DPP demonstram comportamentos mais invasivos e irritáveis na relação com os seus bebês e interagem de maneira menos sensível e mais negativa com os seus bebês.

O artigo 4 traz a intrusividade materna e suas implicações na interação mãe-bebe, e sua importância para futuros estudos da depressão maternas e possíveis investigações.

A pesquisa de número 5, revela evidências que apoiam o brincar como recurso importante, para a avaliação psicológica de sintomas depressivos na infância e nos comportamentos de crianças que apresentavam quadros depressivos ou não.



Pode-se notar, através dessa discussão, que os filhos de mães com histórico depressivo são os que mais apresentaram tendência a resistir ao contato com suas genitoras em comparação com os filhos de mães sem histórico depressivos. A partir dessa análise, foi possível perceber, também, que a depressão pós-parto tem influência negativa sobre a puérpera e seu filho no que se refere ao cuidar, se relacionar com o bebê, e estimular o seu desenvolvimento.

Nos estudos 6,7, e 10 falam sobre fatores de risco, onde destaca-se, o estado civil da puérpera, quantidade de filhos, renda per capita, planejamento da gestação, número de consultas do pré-natal, idade, profissão e histórias de depressão materna anterior. Já no estudo 3 discorre acerca do impacto conjugal, nos primeiros meses de vida da criança, especificamente nos primeiros 4 meses até os 24 meses, nessa revisão, os conflitos entre os cônjuges como fator causador da DPP, como citado por outros autores em vários estudos já publicados

O artigo 10 ainda chama a atenção no que diz respeito a atenção nos fatores de risco da DPP relacionada ao desenvolvimento infantil, pois os bebês expostos a esse contexto familiar interferem na relação mãe-bebê e apresentam maior probabilidade de desencadear a depressão na vida adulta. Diante desses fatos, Brazelton; Cramer, (2010), em seus estudos afirmam que esses comportamentos depressivos, criam uma violação de expectativas de seus filhos, pois existem momentos em que as mães interagem normalmente, mas depois chegam a se retrair devido as próprias necessidades, deixando as crianças numa situação de depressão e desesperança.

Ainda na leitura dos artigos, encontrou-se que a depressão materna pode afetar o desenvolvimento infantil, enquanto que a participação ativa do pai nos cuidados da criança torna-se um fator protetor contra possíveis problemas emocionais e comportamentais do bebê. Existem pesquisas que focam apenas na investigação de características fatoriais que podem desencadear a depressão materna



e afetar o desenvolvimento da criança ou oferecer risco ao mesmo. Entre os principais fatores encontrados, destacam-se a baixa renda familiar, histórico de depressão materna, e em foco a ausência do pai no apoio familiar e a assistência na fase puerperal de todos da família, que é fundamental. Já outros, voltam toda a atenção para a modificação no desenvolvimento da criança, com foco no emocional, social, comportamental e cognitivo do bebê no contexto da depressão puerperal materna.

No artigo 5, trata-se da visão holística, perante o processo de brincar em crianças com indicadores de depressão e cujas mães já possuíam o histórico depressivos, os filhos de mães deprimidas demonstraram diferenças no brincar quando comparados a filhos de mães não deprimidas, e sem histórico de depressão. Tal revisão, ressalta que existem poucos estudos referentes a esse tipo de avaliação e intervenção de depressão infantil

É interessante ressaltar que Paulson; Bazemore, (2010), em seu estudo, evidenciou que também é possível ocorrer a depressão paterna, que geralmente surge entre o terceiro e o sexto mês de vida do bebê. Esse episódio se origina de vários fatores, dentre eles destaca-se a sobrecarga. É necessário que os pais exerçam suas responsabilidades com o bebê e assim assegurem uma boa qualidade de vida para ele, a manutenção da saúde eficaz, educação, participação ativa na vida da criança e ser participativo na interação pai-criança.

Resultante de todo processo depressivo, surge as repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento do bebê, na comunicação mãe-filho e no apoio paterno. Tais pontos negativos repercutem ao longo da vida da criança, é necessário ressaltar importância do cuidado precoce durante a depressão pós-parto. Quando o bebê nasce, depara-se com um mundo completamente desconhecido, então é de suma importância que a mãe esteja bem para apresentar o novo mundo ao seu bebê, (Ferreira, 2012).



Depressão Pós-Parto na Relação Familiar

A origem e as consequências da depressão pós-parto têm merecido atenção dos pesquisadores, devido à alta prevalência e correlação na qualidade da relação conjugal (Mendonça et al., 2011). Com relação a Depressão Pós-Parto e as dificuldades no relacionamento conjugal, encontrou-se três artigos nos quais evidenciaram alterações na vida a dois do casal, por motivos do puerpério, por ausência de apoio familiar e paterno no pós-parto, conflitos conjugais anteriores e relação do cônjuge desgastada.

O artigo 08 descreve a importância da família na fase puerperal, pois nessa fase ocorre uma transição fisiológica, social, conjugal, familiar. São profundas mudanças que ocorrem na vida da mulher, onde deve-se ressaltar a importância do apoio familiar e conjugal durante esse período, oferecendo mais afeto, atenção, cuidados, e ajuda no cuidar com o bebê, entre outros.

O estudo 09 discorre sobre tornar-se mãe e suas implicações mediante essa fase, que pode ir da realização de um grande sonho a um quadro totalmente oposto, principalmente no período puerperal, onde acontece uma imensidão de pensamentos, processos de adaptações, reorganizações e mudanças em toda estrutura familiar.

Nas análises 8 e 9 houve semelhança nos assuntos abordados, onde o artigo 9 descreve relatos de mães acerca do sentimento de incapacidade mediante seu filho, após o nascimento, e de não ter apoio do companheiro, gerando conflitos progressos com seu cônjuge. O estudo 8 se encaixa justamente nesse foco, pois relata sobre a importância do apoio familiar, para enfrentar tais condições estressantes, proporcionando segurança para a mulher no período puerperal.

Whisman, et.al, (2011), mostraram que os sintomas depressivos das mães durante o pós-



-parto foram evidenciados por falta de união conjugal anterior, mas que por sua vez não se mostrou associados aos sintomas depressivos posteriores a gestação. Dessa maneira, é possível que as mães que já tiveram DPP na gestação anterior, tenham maior incidência a desenvolvê-la no momento de familiarização a maternidade, ocasionando um estresse conjugal, conflitos e repercussões.

A pesquisa realizada por Stern (1997) afirma, que há uma reorganização que resulta em uma reavaliação a respeito de si mesma, sobre o bebê, o companheiro e a família no geral, pois a puérpera se vê diante de novas responsabilidades, e a probabilidade de desencadear uma depressão pós-parto é de grande evidência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa revisão integrativa acerca das repercussões da depressão pós-parto no contexto familiar, foi possível amplo conhecimento sobre a patologia. Ressalta-se a importância de desenvolver mais estudos sobre a temática a fim de diagnosticar precocemente, tratar de forma adequada e capacitar profissionais da área de saúde, impedindo o surgimento de novos casos.

Sendo assim, é de grande importância que estudos sobre a DPP sejam realizados constantemente para capacitar cada vez mais os profissionais de saúde, como o enfermeiro, por exemplo, pois este presta assistência e orientações tanto a mulher, quanto a seu cônjuge e familiares, desde o planejamento familiar até o puerpério.

Essa capacitação profissional, evita o diagnóstico tardio de tal patologia e possibilita o tratamento precoce, traz conhecimento para os profissionais e engloba toda a sociedade. Dessa maneira, é importante capacitar os profissionais de saúde para que o diagnóstico da DPP seja realizado o mais precocemente possível possibilitando a diminuição de possíveis conflitos conjugais, familiares, psi-



cossociais, entre outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bottino M.N. “Aspectos evolutivos da Depressão Pós-Parto e Fatores Associados” (2011). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Consultado a 20.03.2015, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
- Brasil. Ministério da Educação. “Plano Nacional de Pós-Graduação” (2010). (PNPG)2011.2020. Consultado a 30.11.2016, em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/PNPG_Miolo_V2.pdf.
- Brazelton, B. T, Cramer, B. G. “As primeiras relações”. (2010) 2ªed. São Paulo: Martins Fontes. 2002. Análise da Relação entre Depressão Materna e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. Rev. CEFAC. v 16 n 2 pág. 500-510. Consultado a 24.09.2016, em [Www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n2/1982-0216-rcefac-16-2-0500.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n2/1982-0216-rcefac-16-2-0500.pdf)
- Cantilino, A. et al. “Transtornos Psiquiátricos no Pós-Parto”. (2003). Revista de Psiquiatria Clínica, Consultado a 31.01.2016, em www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6pdf.2003.
- Coutinho, M. P. L., Saraiva, E.R.A. “As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas”. (2008). Psicol. Cienc. prof., Brasília, v. 28, n. 2. Consultado a 23.08.2015, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200003.
- Ferraz, A. P. “Estímulos intrauterinos proporcionam relação afetiva entre pais e bebê” (2012). Consultado a 09.09.2015, em <http://www.blog.saude.gov.br/estimulos-intrauterinos-proporcionamrelacao-afetiva-entre-pais-e-bebe/>.
- Fonseca, V. R. J. R. M., et al. “Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna”. (2010). Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abril. Consultado a 05.06.2016.
- Galvão, A. C. C, et al. “Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão integrativa” (2015). ReOnFacema. 1(1):54-58. Consultado a 21.04.2015, em <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/3>.
- Ganong, L. H. “Integrative reviews of nursing research”. (1987). Research in nursing and Health. V. 10, n 1, p- 1-11, 1987. Pesquisa em enfermagem e saúde. V. 10 , No 1 , p 1-11,1987. Consultado a 30.11.2015, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>.



Debates Interdisciplinares em Saúde

- Gomes, L. A. et al. “Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: Importância do diagnóstico precoce”. (2010). *Rev. Rene*. v.11 n (4) pág. 117. Consultado a 20.03.2016, em http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a13v11esp_n4.pdf.
- Martínez, P. “Barreiras de acesso a tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de atenção primária: um modelo preditivo”. (2016). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Consultado em 04.11.2016, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0982-2675.pdf.
- Mendonça, J., S, et al. “Relacionamento conjugal, clima afetivo da família e depressão pós-parto”. (2011). Comunicação oral apresentada no VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento Humano. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Minayo, M. C. S. “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”. (2007). 10th ed. São Paulo: Hucitec. pág.283-293. Consultado a 05.11.2016, em www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/106.
- Paulson, J. F., Bazemore, S. “Depressão Pré-Natal e Pós-Parto em Pais e sua associação com a Depressão Materna”. (2010). *Psiquiatria*, v.27, supl. II, p.56-64, 2005. Consultado a 09.07.2016, em <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac>.
- Reibnitz, K. S. et al. “Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Desenvolvimento do processo de cuidar”. (2013). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, ano. 2013.v.49 p.33. Consultado a 14.08.2016, em https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/163492/Modulo1_Integrador.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Sobreira, N.A.S., Pessôa, C. G. O. “Assistência de Enfermagem na detecção da depressão pós-parto”. (2012). *Revista Enfermagem Integrada*, ano 2012 v. 5, n. 1, Consultado a 30.08.2015, em <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5/04-assistencia-de-enfermagem-na-deteccao-da-depressao-pos-parto.pdf>.
- Stern, D. N. “A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê”. (1997). *Porto Alegre: Artes Médicas*. V 8, n 3. Consultado a 02.05.2016, em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>.
- Whisman, M. A. et al. “Ajuste de relacionamento, depressão e ansiedade durante a gravidez e o período pós-parto”. (2011). *Journal of Family Psychology*, v 25, pag375-383. Consultado a 15.11.2016, em <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5631450.pdf>



*Debates Interdisciplinares
em Saúde*

Zinga, Dawn. “Depressão pós-parto: Sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?” (2005) Revista Brasileira de Enfermagem. Consultado a 21. 07. 2015, em www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1355.pdf.



Capítulo



PERCEPÇÕES E DIFICULDADES DE ENFERMEIROS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO

**PERCEPÇÕES E DIFICULDADES DE ENFERMEIROS OBSTETRAS NA
ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO**

**PERCEPTIONS AND DIFFICULTIES OF OBSTETRICAL NURSES IN HU-
MANIZED CHILDBIRTH CARE**

Caroline Cardoso de Moraes¹

Wilma Ferreira Guedes Rodrigues²

Michelle Alves de Carvalho³

Perla Figueredo Carreiro Soares⁴

Alane Barreto de Almeida Leôncio⁵

Luanna Silva Braga⁶

Resumo: Introdução: A experiência do parto, é normalmente, um acontecimento único e uma experiência inesquecível na vida de uma mulher. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, que algumas práticas baseadas em evidências científicas sejam estimuladas, tais como: respeito sobre a escolha da mãe diante do local do parto e direito à privacidade no ambiente, fornecimento de informações, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, contato direto precoce entre mãe e filho, apoio da amamentação na primeira hora de vida do bebê, dentre outras recomendações. Objetivo: analisar a percepção dos enfermeiros obstetras acerca do parto humanizado. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa,

-
- 1 Unipê
2 Unipê
3 Unipê
4 Unipê
5 Unipê
6 Unipê



que foi realizada na maternidade pública, em um município da Paraíba, Brasil. O universo do estudo foi composto por todos os enfermeiros obstetras que atuam na referida maternidade e a amostra não probabilística constituída por 9 enfermeiros obstetras que atuam na assistência ao parto normal humanizado e que aceitaram participar da pesquisa. O instrumento utilizado para a coleta foi um roteiro de entrevista semiestruturado e um questionário sócio econômico demográfico e profissional. Resultados: Após a produção do material empírico, iniciou-se a etapa da transcrição, onde as narrativas orais serão transformadas em mensagem escrita. Para a análise do material, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática. Considerações finais: Considerando as coletas e os resultados obtidos, percebe-se que os enfermeiros obstetra precisam refletir sobre a humanização da assistência ao parto e como eles realizam esse cuidado.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica. Humanização da Assistência.

Abstract: Introduction The birth experience is usually a unique event and an unforgettable experience in a woman's life. The World Health Organization (WHO) recommends that some evidence-based practices be encouraged, such as: respect for the mother's choice of place of birth and the right to privacy in the environment, provision of information, freedom of position and movement during Labor, early direct contact between mother and child, support of breastfeeding in the baby's first hour of life, among other recommendations. Objective: The objective was to analyze the perception of obstetrician nurses about humanized delivery. Methodology: This is a field research, exploratory, descriptive, qualitative approach, which was carried out in the public maternity, in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. The study universe consisted of all obstetrical nurses who work in said maternity and the non -probabilistic sample of 9 obstetrician nurses who assist in normal humanized delivery



and who accepted to participate in the study. Results: The instrument used for the collection was a semi-structured interview script and a demographic and professional socio-economic questionnaire. After the production of the empirical material, the transcription stage began, where the oral narratives will be transformed into a written message. For the analysis of the material, the thematic content analysis technique was used. Considering: Considering the collections and the results obtained, it is noticed that the obstetrician nurses need to reflect on the humanization of childbirth care and how they perform this care.

Keywords: Humanized birth. Obstetric Nursing. Humanization of Assistance

INTRODUÇÃO

A experiência do parto, é normalmente, um acontecimento único e uma experiência inesquecível na vida de uma mulher. Para ela, a gravidez e o nascimento, são acontecimentos singulares repletos de intensos sentimentos e emoções. Devido à importância dessa fase, é imprescindível que os profissionais de saúde proporcionem um ambiente de carinho e humanismo. Dessa maneira, é direito de todas as mulheres receberem uma assistência digna e respeitosa por parte da equipe multiprofissional (Brasil, 2014).

Acredita-se que a satisfação das mulheres em relação ao parto e nascimento de seu filho está relacionada a causas multifatoriais. Entre eles estão a cultura, expectativas, experiências, conhecimentos sobre esse processo e, em especial, a atenção e os cuidados obtidos no período do parto. Assim, o lugar no qual a mulher é cuidada não pode ser um ambiente hostil, com condutas severas, onde ela não possa manifestar seus sentimentos e suas necessidades. Deve receber cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas demandas, e é essencial que se sinta segura e protegida por



todos aqueles que a cercam na assistência ao parto (Brasil, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que algumas práticas baseadas em evidências científicas sejam estimuladas, tais como: respeito sobre à escolha da mãe diante do local do parto e direito à privacidade no ambiente, fornecimento de informações, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, contato direto precoce entre mãe e filho, apoio ao início da amamentação na primeira hora de vida do bebê, dentre outras recomendações (OMS, 1996). Tais práticas, demonstram a importância da humanização na assistência ao parto. Segundo Brasil (2014), humanizar é uma conduta de respeito à natureza do ser humano, voltada para sua essência, singularidade, totalidade e subjetividade; é favorecer e estimular a mulher para uma participação ativa, uma participação de cidadania.

Nos séculos passados, as parteiras eram responsáveis por assistir o trabalho de parto e auxiliar as mulheres quando necessário, visto que todo o processo de parto é um evento fisiológico normal da natureza, onde qualquer mulher tem a capacidade de parir seu filho sem intervenções desnecessárias. Segundo Sanfelice (2014), no século XVIII, o parto era considerado um ritual de mulheres e não um ato médico, uma vez que ficava a cargo das parteiras. No final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado, o que se efetivou na metade do século XX, no qual o cenário do parto domiciliar foi se alterando e sendo extinto paulatinamente. O autor ainda descreve, que no fim do século XIX, começou a construir hospitais específicos a assistência ao parto, essas construções tinha uma finalidade em criar um espaço para que as mulheres se sentissem seguras para parir e servia também para os estudantes de medicina.

O corpo da mulher era considerado como um instrumento e o atendimento prestado como uma linha de criação, onde os hospitais eram considerados como fabricas e os bebês eram os produtos



finais. A obstetrícia passa a desenvolver ferramentas e tecnologias para a manipulação e melhoria do processo inerentemente defeituoso do nascimento, caracterizado pelo sistema de linha de montagem industrial (Maia, 2010).

Assim, este modelo de assistência foi, e é o referencial para a conduta no processo de parto e nascimento dentro dos hospitais atuais, tendo também algumas exceções. Para Sanfelice (2014), o cuidado obstétrico atual dá origem a vários questionamentos sobre os efeitos da medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e ao parto, principalmente para as gestantes de risco habitual e seus bebês. A utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto, tem apresentado resultados maternos e perinatais desfavoráveis, e a assistência intervencionista tem sido insatisfatória para as mulheres.

Acredita-se que agir dentro desse modelo de assistência dá a entender a aceitação ou concordância com o mesmo. Quando se percebe insatisfação, falta de aceitação, discordância e até mesmo revolta com esta forma de trabalho, o profissional sente uma profunda necessidade em se distanciar e então, parte em busca de uma nova forma de trabalho, uma realidade contrária ao modelo tecnocrático: o modelo humanizado de assistência ao parto (Maia, 2010).

Na assistência humanizada são resgatados valores, individualidade, privacidade e a autonomia da mulher durante o parto. Envolve práticas cujo objetivo é promover partos saudáveis, eliminando as intervenções desnecessárias e oferecendo outras comprovadamente benéficas. O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, pressupõe a mínima utilização de intervenção no processo fisiológico de nascimento (Sanfelice, 2014).

A assistência prestada por um enfermeiro pode marcar a vida de quem a recebeu, causando



satisfação ou descontentamento. Visando evitar o resultado negativo, o profissional deve estabelecer um diálogo que esclareça a finalidade da assistência, dê a liberdade de opção e o faça conhecer as expectativas e dúvidas do paciente, em uma atitude que chegara à concordância e benefícios mútuos. Referente à enfermagem obstétrica, estas questões tornam-se bastante evidentes, pois conforme a atitude tomada pelo profissional, a mulher pode perceber-se vulnerável e submissa, deixando de exercer seus direitos de escolha até mesmo sobre o tipo de parto a ser submetida (Winck, 2010).

Diante da atual realidade obstétrica no país e da insatisfação das mulheres quanto à experiência do parto, surgiu o interesse em pesquisar sobre o parto humanizado. Escolhi o tema abordado por me identificar durante minha vida acadêmica com as disciplina que eram voltadas para a saúde da mulher, sempre tive um olhar mais especial para a obstetrícia e diante disso, durante alguns estágios tive o interesse de saber como era a assistência prestada a essas mulheres durante esse momento tão importante nas suas vidas.

Nesse caso, pude observar que a assistência recebida por algumas mulheres não era de maneira humanizada, onde suas escolhas e vontades eram deixadas de lado e apenas prevalecia o que os médicos achavam viáveis, a partir dessa realidade, tive o interesse de realizar esse trabalho voltado à humanização durante o parto para nele relatar sobre a importância da assistência prestada pelos enfermeiros.

Desse modo, o estudo poderá facilitar uma melhor compreensão das percepções e práticas dos enfermeiros obstetras quanto ao parto humanizado, visando não só um melhor resultado na assistência ao parto como também maior satisfação e benefícios às usuárias.

Desta maneira, surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual a percepção dos enfermeiros obstetras acerca do parto humanizado? Quais as dificuldades dos enfermeiros obstetras durante a



assistência ao parto humanizado?

Portanto, os objetivos da pesquisa é analisar a percepção de enfermeiros obstetras acerca do parto humanizado e identificar as dificuldades dos enfermeiros obstetras durante a assistência ao parto humanizado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, de natureza compreensivo-interpretativo e de abordagem qualitativa. Foi realizado no Instituto Candida Vargas (ICV), maternidade pública, localizada em um município da Paraíba, Brasil.

O universo da pesquisa foi constituído por todos os enfermeiros obstetras que atuam na referida maternidade e a amostra foi não probabilística, composta por 9 enfermeiras obstetras que atuam na assistência ao parto normal. Os critérios de inclusão do estudo foram: enfermeiros obstetras que atuam na assistência ao parto normal e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão da pesquisa foram: enfermeiros que não tenham especialização em enfermagem obstétrica e que não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta do material empírico foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturado e um questionário socioeconômico e demográfico para compreender as percepções e dificuldades de enfermeiros obstetras na assistência ao parto humanizado e caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa.

A entrevista é utilizada como meio para obter a produção do material empírico e foi realizada com o uso de um gravador e/ou celular, para auxiliar durante o registro das mensagens. A entrevista ocorreu, apenas, mediante autorização prévia das participantes e foram realizadas em locais



e horários previamente agendados com as colaboradoras. Após a produção do material empírico, foi iniciada a etapa da transcrição, onde as narrativas orais foram transformadas em mensagem escrita. Para melhor compreensão os entrevistados foram identificados como Enfermeira Obstetra (E.O1 a E.O9).

O material empírico foi analisado através da análise de conteúdo temática, que segundo Minayo (2007), permite tornar replicáveis e válidas as deduções sobre dados de um determinado contexto, através de procedimentos.

O presente estudo obedeceu as normas e diretrizes regulamentadas pela resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo comitê de ética do Unipê sob número CAAE: 63027416.7.0000.5176.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a finalidade de apresentar dados relativos aos enfermeiros obstetras participantes, inicialmente, foi traçado o perfil socioeconômico e demográfico dos mesmos, a partir das variáveis: sexo, idade, raça, estado civil, número de filhos e renda pessoal.

Abaixo, na tabela 1, estão descritos os dados sócio econômico demográficos das participantes.

TABELA 1. Distribuição das características socioeconômicas e demográfica das participantes do estudo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
SEXO		
Feminino	9	100
IDADE		
Entre 30 a 39 anos	5	55,6



RAÇA		
Branca	2	22,2
Parda	7	77,8
Entre 40 e 49 anos	3	33,3
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	1	11,1
Casado (a)	8	88,9
FILHOS		
Não	1	11,1
Sim	8	88,9
NÚMERO DE FILHOS		
1 a 2 filhos	6	66,7
3 ou mais	2	22,2
Nenhum	1	11,1
RENDA PESSOAL		
1 a 3 salários mínimos	8	88,9
4 a 7 salários mínimos	1	11,1

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Em relação ao perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa, 100% (n=9) eram do sexo feminino, prevaleceu a faixa etária entre 30 a 39 anos 55,6% (n=5). A respeito do estado civil, foi evidenciado que a maioria dos profissionais eram casados 88,9% (n=8). Quanto aos filhos, verificou-se que 88,9% (n=8) dos profissionais têm filhos. Destes 66,7% (n=6) tem de um a dois filhos. Dentre a classificação da raça, sobressaiu-se a cor parda 77,8% (n=7). Com relação a renda, evidenciou-se que 88,9% (n=8) dos profissionais dispõem de um ganho mensal de 1 a 3 salários mínimos.

Segundo Nunes (2016), a categoria ao perfil social dos trabalhadores no campo de assistência ao parto. A categoria de “enfermeiro obstétrico” é nitidamente orientada por sexo, com 92,2% de mulheres e 7,8% de homens, de um total de 2162 vínculos empregatícios no mercado formal em 2014 corroborando com a atual pesquisa no que diz respeito ao perfil dos participantes da pesquisa.

Em relação a idade, o mercado de trabalho opta por profissionais mais jovens que tenham co-



nhecimento e capacitação na área para que se tornem capazes de realizar suas atividades sem auxílio de outro enfermeiro (Barbosa et al., 2011).

Com relação a renda pessoal, o estudo do Cofen (2015) diz que a renda mensal da equipe de enfermagem, constata-se que (16,8%) declararam ter renda total mensal de até R\$1.000 e a maioria (63%) tem apenas uma atividade/trabalho. A seguir na tabela 2, estão descritos os dados profissionais dos participantes.

TABELA 2. Distribuição das respostas quanto as variáveis relacionadas ao perfil profissional das participantes. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM		
Entre 3 a 6 anos	6	66,7
Entre 7 a 9 anos	2	22,2
Entre 10 ou mais	1	11,1
TEMPO DE ATUAÇÃO COM TÍTULO DE ENFERMEIRA OBSTÉTRICA		
11 meses a 2 anos	8	88,9
4 a 7 anos	1	11,1
TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ENFERMEIRA OBSTÉTRICA		
11 meses a 3 anos	4	44,4
4 a 7 anos	5	55,6

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Em relação ao perfil profissional dos participantes da pesquisa o tempo de atuação profissional dos sujeitos do estudo variou de 3 a 10 anos no qual prevaleceu o período profissional entre 3 e 6 anos (6; 66,7%). Quanto ao tempo de atuação com título de enfermeira obstetra, constatou-se que 8 (88,9%) participantes possuíam especialização de E.O variando 11 meses a 2 anos. A respeito do tempo de atuação como enfermeira obstétrica, foi evidenciado que a maioria dos profissionais trabalham



a mais de 3 anos(5; 55,6%).

Para a questão relacionada a outro vínculo empregatício, todas responderam que não possuíam outro trabalho (9; 100%). Para melhor compreensão dos resultados da análise das entrevistas foi realizado a análise qualitativa das entrevistas abaixo, surgiram as seguintes categorias:

Categoria 1 – Conceito de parto humanizado

Nessa categoria é discutido o conceito de parto humanizado, a partir da visão dos profissionais de enfermagem obstetras. Para alguns dos entrevistados o conceito de parto humanizado baseia-se na escolha da posição que a mulher quer parir, como é possível identificar nas falas a seguir:

“[...] A gente tem que deixar a paciente a vontade né? fazer o que ela quer na hora do parto, as posições que ela desejar [...] Se sentir bem, isso pra mim é humanizado.” (E.O 1)

“A mulher tem que ter a livre escolha, parir onde ela quer, de ter o acompanhante que ela quer, sempre fazendo o que ela quer.” (E.O 2)

Para Carraro et al., (2008) a mulher em trabalho de parto necessita receber um cuidado humanizado e seguro, permitindo e despertando nela um incentivo para o exercício da cidadania, resgatando a sua liberdade de escolha durante o trabalho de parto e parto.

Longo et al., (2010) ressalta que o processo de humanização do parto e nascimento promove o envolvimento efetivo da parturiente capaz de realizar escolhas, contribuindo para que ela tenha consciência dos seus direitos e da sua autonomia, o profissional deve respeitar e entender que os direitos, as necessidades e os limites da parturiente são condições indispensáveis para uma assistência humanizada e de qualidade.

Outras entrevistadas também dizem que o parto humanizado é prestar uma boa assistência



com respeito, como evidenciado nas falas a seguir:

“Parto humanizado é quando respeita os direitos da mulher [...] quando ela se empodera do parto dela, do direito dela. Parto humanizado é prestar uma boa assistência com respeito.” (E.O 3)

“Respeitar a mulher, respeitar a sua dor, saber que cada um é um ser individual [...] eu acho que o respeito acima de tudo.” (E.O 5)

Simões et al., (2005) diz que humanizar é um ato de respeito à natureza do ser humano. É apoiar e estimular a mulher para uma participação ativa no processo de parto.

Algumas entrevistadas foram além e disseram que parto humanizado também é o profissional prezar pelo protagonismo da mulher, como observado nas falas abaixo:

“Parto humanizado é aquele que acontece o numero menor possível de intervenções, que seja de acordo com tudo aquilo que a mulher deseja, que a gente interfira o mínimo possível, que esteja ali do lado, oriente [...]” (E.O 8)

“O parto humanizado é aquele parto onde a mulher pode contribuir com as suas vivências [...] que os profissionais fiquem no entorno só acompanhando e fazendo alguma intervenção se necessário. (E.O 4)

Seibert et al., (2005) relata que o termo humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe e pai, de forma individual, na tentativa de perpetuar a visão de que o parto é um processo fisiológico e feminino. Enfatiza ainda que a mulher quando é protagonista do processo de trabalho de parto (TP) é fator determinante para uma boa experiência, uma vez que a mesma possui controle sobre o processo, através da escuta de sua opinião, o nível de informação que lhes foi repassada durante os procedimentos e se o seu consentimento foi solicitado quando preciso.

Porém na verdade, o conceito de parto humanizado vai além do que algumas das entrevistadas relataram visto que ele é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis. Diante do exposto, é possível perceber que as entrevistadas tem uma noção limitada do que é a humanização do parto, como foi evidenciada acima.



Categoria 2- Assistência prestada pela enfermeira obstetra

Nesta categoria será discutido acerca da assistência prestada pelo E.O e como eles acham que essa assistência deveria ser prestada. Foi possível evidenciar que as enfermeiras prestam assistência respeitando os direitos das mulheres como mostra as falas a seguir:

“Em primeiro lugar eu respeito o direito da mulher [...] de livre escolha dela.”
(E.O 3)

“[...] eu vou de acordo com aquilo que a mulher quer, eu sugiro e ela faz o que ela quer, estou lá pra apoiar, para avaliar [...] (E.O 8)

Silva et al., (2011) fala que quando se considera a assistência centrada nas necessidades da parturiente é importante considerar o direito à autonomia da mulher, o acesso dela às informações de qualidade e a participação ativa da mesma dentro do processo parturitivo. Esses fatores, utilizados em conjunto pela equipe de saúde em direção ao atendimento à mulher, promovem o protagonismo da mesma que passa a enxergar o parto não apenas como um processo natural e fisiológico, mas um parto consciente e participado.

Algumas entrevistadas disseram, ainda, que prestar assistência no parto humanizado também é o profissional interagir, conversar e dar apoio a paciente, como evidenciado nas falas a seguir:

“[...] fica partejando as pacientes ao lado dela [...] apoiando e conversando.”
(E.O 2)

“[...] a gente conversa sobre o que é o trabalho de parto, como é [...] mostramos os meios que a gente tem pra proporcionar o maior conforto [...]” (E.O 6)

“[...] criando um elo de confiança junto com a avaliação médica e vai progredindo até chegar ao parto [...] (E.O 7)

Segundo Takemoto (2013) a preparação para o parto é fonte de informação, de confiança, de redução da ansiedade e proporcionar um espaço para facilitar a troca de informações acerca dos



medos relativos ao TP e nascimento.

Silva et al., (2011) diz que quando um profissional atende uma parturiente, aquela deve estabelecer uma relação de confiança com essa, de forma a tranquilizá-la e fortalecer sentimentos positivos. Para estabelecer essa relação, é necessário que o profissional demonstre, por meio de informações, as melhores condutas indicadas caso a caso, sempre individualizando o cuidado direcionado. O acesso às informações faz com que as mulheres tornem-se empoderadas, pois tem a autonomia de fazer uma escolha consciente, a informação recebida.

Quando indagadas se a assistência prestada por elas, se encaixa no conceito humanizado, todas responderam que sim, embora 3 entrevistadas tenham comentado acerca da importância de se atualizar, como é possível observar nas falas abaixo:

“[...] estamos mudando todos os dias pra melhorar [...] com as novas orientações sobre o parto e assistência a mulher [...]” (E.O 4)

“[...] cada vez mais me especializando e adquirindo novos conhecimentos [...]” (E.O 5)

“[...] nós profissionais sempre buscamos melhorar. Pra a cada dia surge novidades, novos conhecimentos [...]” (E.O 7)

Mouta e Progianti (2009) falam sobre a importância dos enfermeiros buscarem se especializar em obstetrícia, com o objetivo de buscar um aperfeiçoamento e aprimoramento de seus conhecimentos adquiridos na graduação.

Rabelo e Oliveira (2010) relata sobre a falta de atualização para a prática de assistência diária, tornando-se uma dificuldade para os profissionais de enfermagem prestarem uma assistência humanizada. Os relatos referem que os procedimentos obstétricos valorizados antigamente durante a graduação, atualmente, não são consideradas práticas de rotina que não devam ser estimuladas, como o uso de ocitocina, episiotomia entre outros.



Categoria 3 – Dificuldades para implementar a assistência ao parto humanizado

Nesta categoria será discutido acerca das dificuldades que os profissionais encontraram durante a assistência ao parto humanizado. A partir da visão dos profissionais foi destacado dificuldades com os acompanhantes, com os profissionais e a estrutura / demanda. Em/ relação as dificuldades com os acompanhantes, foi evidenciado por 2 profissionais dificuldades com os acompanhantes, como mostra nas falas seguir:

“Tenho dificuldade com os acompanhantes [...] não compreende o trabalho de parto e acham que tudo que fazemos é pra paciente sofrer [...]” (E.O 1)

“Com a paciente não tenho dificuldade, tenho com o acompanhante.” (E.O 2)

Longo (2010) diz que a presença e a participação do acompanhante no processo de parturição provocam mudanças na postura dos profissionais diante da parturiente e da assistência oferecida.

O acompanhante escolhido pode participar do processo de parto, oferecendo apoio emocional que incluem: manter contato visual e físico, informações, elogios e incentivos. A equipe de saúde deve respeitar essa escolha e auxiliar no suporte quando necessário (Longo, 2010).

Alguns estudos mostra que muitas vezes os acompanhantes sentem-se intimidados pelos profissionais de saúde, sendo desestimulados de participar, e ficam apenas fiscalizando da assistência prestada. Percebe-se que a participação limitada do acompanhante é decorrente do modelo de assistência intervencionista ao parto e dos preconceitos frente à possibilidade de ter um acompanhante ativo. Esses dois pontos influenciam também na falta de compromisso dos profissionais em acolher e inserir o acompanhante no processo do nascimento (Longo, 2010).

Outra dificuldade encontrada pelas participantes na hora de prestar assistência humanizada foi com relação aos profissionais que trabalham na equipe, como relatado nas falas a seguir:



Debates Interdisciplinares em Saúde

“Sinto dificuldade de prestar a assistência humanizada por conta dos profissionais que não entendem as boas praticas de obstetrícias [...]” (E.O 3)

“São os outros profissionais que estão envolvidos também na assistência, a resistência de alguns profissionais [...]” (E.O 8)

“[...] muitas vezes a gente é mal vista pela equipe, a gente é boicotada, é diminuída, é tida como uma assistência de qualidade inferior [...]” (E.O 9)

Sódré et al. (2010) destaca obstáculos que dificultam a implantação do cuidado humanizado durante a assistência obstétrica, como a insensibilidade dos profissionais para atender as necessidades de suas pacientes; as condições do sistema de saúde, público e privado; a falta de informações sobre esse mundo subjetivo que é mundo de parto e nascimento; além da insegurança e o medo a serem desvelados.

Também foi relatado por 2 profissionais dificuldades em relação a estrutura e a demanda, como mostra as falas a seguir:

“[...] questão da demanda de paciente que não se enquadra aqui, paciente que não é de pré parto e vem pra cá e acaba fazendo com que atrapalhe a nossa assistência. (E.O 6)

“A dificuldade é estrutural e de incentivo [...] eu tento amenizar a estrutura física, eu tento manter um pouco da privacidade, mesmo não tendo como [...]” (E.O 9)

Nas questões que envolvem a estrutura física, Takemoto (2013) comenta sobre a dificuldade para atender os princípios e diretrizes estipulados para o atendimento ao parto humanizado. Para garantir uma assistência de enfermagem adequada, é necessário ações que envolvam o planejamento e organização do espaço físico ao trabalho, é importante que os gestores dos ambientes hospitalares reflitam sobre a área física do centro obstétrico como um obstáculo para a implementação do PHPN e, conseqüentemente, interferindo no atendimento a uma assistência qualificada.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que o enfermeiro obstetra precisa refletir sobre a humanização da assistência ao parto e como eles realizam esse cuidado. Observa-se que uma assistência humanizada dentre os muitos benefícios, pode inibir o mal-estar durante o parto e reduzir os riscos para a mulher e para o bebê. Então deve-se primeiramente entender como seria realizar uma assistência humanizada no processo de parir. O profissional têm a oportunidade de estar ao lado da parturiente, confortando, colocando seu conhecimento e serviço ao bem-estar da mulher, parceiro e recém-nascido. Então nota-se que a humanização da assistência, precisa começar primeiramente, como uma mudança na compreensão do parto como experiência pelo profissional enfermeiro.

Considerando as coletas e os resultados obtidos, expõe-se quão importante a capacitação para os profissionais para que tenham segurança e autonomia, e saibam identificar precocemente e com segurança emergências obstétricas. E a importância em estabelecer protocolos institucionais, com normas para os profissionais utilizarem durante a assistência. Nota-se também que a percepção de alguns profissionais eram um pouco limitado acerca do que é parto humanizado.

Determina-se então que a pesquisa atendeu a todas as expectativas propostas mostrando a assistência do enfermeiro ao parto humanizado e os demais objetivos propostos na pesquisa, contribuindo de forma positiva para melhor aprofundamento na assistência humanizada de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, T. L. A, et al. “Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho”. (2011) Texto contexto - enferm., v. 20, p. 45-51., 2011. Consultado a 17.05. 2016, em <http://www.index-f.com/textocontexto/>



to/2011pdf/20s-045.pdf..

Brasil. Cadernos Humaniza SUS. “Humanização do parto e do nascimento”. (2014). Brasília.

v. 4, p. 28. Consultado a 18.09.2016, em http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf.

Carraro, T. E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto Contexto Enferm.* v. 17, n. 3, 2008. Consultado a 30.09.2016, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf>.

Conselho Regional De Enfermagem Do Estado De São Paulo. “Parto Natural”. (2010). São Paulo: COREN-SP, 2010. Consultado a 13.05.2016, em http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf.

Longo, C. S. M., et al. “Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde”. (2010). *Rev Eletr Enf*, v. 12, n. 2, p. 386-91. Consultado a 25.05.2016, em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a25.htm.

Maia, M. B. “Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional”. (2010). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. Consultado a 17.05.2016, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500022.

Minayo, M. C. S. “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”. (2007). São Paulo: Hucitec.

Mouta, R. J. O; Progianti, J. M. “Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para a implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto”.(2009). *Texto Contexto Enferm.* v. 18, n. 4, p. 731-740, 2009. Consultado a 15.05.2016, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>.

Oms. “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”.(1996). Consultado a 18.08.2016, em <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>.

Rabelo, L. R.; Oliveira, D. L. “Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar”. (2010). *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 44, n. 1, p. 213-20, Consultado a 12.06.2016, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a30v44n1.pdf>.

Seibert, S. L. et al. “Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história”. (2005). *Rev. Enferm. UERJ*, v. 13, p. 245-251, 2005. Consultado a 02.09.2016, em <http://www.facenf.uerj.br/>



v13n2/v13n2a16.pdf.

Silva, L. M, et al. “Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado”. (2011). Rev. Bras. Enferm. v. 61, n. 1, p. 60-65. Consultado a 14.09.2016, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a09.pdf>.

Simões, S.M.F, Conceição, R.M.O. “Parto humanizado: significado para a mulher. Rev Enferm Brasil”. (2005) v. 4, n. 1, p. 36-42, jan./fev., 2005.

Sodré, T. M. et. al. “Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina- Paraná”. (2010) Texto Contexto Enferm. v. 19, n. 3, p. 452-460, 2010. Consultado a 25.09.2016, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3>

Takemoto, A. Y.; Corso, M. R. “Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura”. (2013) Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 117-127, maio/ago. 2013. Consultado a 28.09.2016, em <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/5002/2912>

Winck, D. R.; Brüggemann, O. M. “Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia”. (2010). Rev. bras. enferm. [online]., v. 63, n. 3, p. 464-469, 2010. Consultado a 25.09.2016, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300019>>



Capítulo

9



**RELEXÕES SOBRE OS CUIDADOS COM O
COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO**

**REFLEXÕES SOBRE OS CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL DO RE-
CÉM-NASCIDO**

**REFLECTIONS ON CARE WITH THE UMBILICAL STUMP OF THE
NEWBORN**

Valclécia Carvalho Damascena¹

Érica Dionisia de Lacerda²

Luana Gomes Leitão Rodrigues³

Layla Kelly de Lucena Silva⁴

Lúcia Gomes de Souza Silva⁵

Maria Clara Ribeiro Costa⁶

Resumo: Introdução: O coto umbilical é uma pequena parte do cordão umbilical que fica após o nascimento, e necessita de cuidados essenciais para que não ocorra o desenvolvimento de patologias no local. Objetivo: Este trabalho tem como objetivo descrever os cuidados com coto umbilical de recém-nascidos a partir de reflexões teóricas. Metodologia: Pesquisa reflexiva, realizada com a leitura dos manuais do ministério da saúde, artigos e livros referentes a temática. Resultados: O resultado mais importante, é a educação em saúde que precisa ser realizada desde o pré-natal, ensinando aos pais sobre a higienização do coto umbilical e os devidos cuidados com ele, até que solte da pele do recém-nascido. Considerações Finais: A prevenção e promoção da saúde são fatores primordiais para

-
- 1 Unipê
2 Facene/Famene
3 Unipê
4 Unipê
5 Instituto Michelle Sales
6 Unipê



o cuidado do recém-nascido, tornando-se algo importante para a prática de enfermagem.

Palavras chaves: Promoção da saúde. Coto umbilical. Cuidado. Saúde.

Abstract: Introduction: The umbilical stump is a small part of the umbilical cord that remains after birth, and needs essential care to prevent the development of pathologies at the site. Objective: This work aims to describe the care with the umbilical stump of newborns from theoretical reflections. Methodology: Reflective research, carried out with the reading of the Ministry of Health manuals, articles and books referring to the theme. Results: The most important result is the health education that needs to be carried out since prenatal care, teaching parents about the cleaning of the umbilical stump and the proper care with it, until it is released from the newborn's skin. Final Considerations: Prevention and health promotion are essential factors for the care of the newborn, becoming an important lake for nursing practice.

Keywords: Health promotion. Umbilical stump. Caution. Health

INTRODUÇÃO

Após o nascimento da criança, o cordão é clampeado e seccionado, passando a ser chamado de coto umbilical. Inicialmente, tem aspecto gelatinoso, tornando-se seco, escurecido e endurecido até a queda ou desprendimento (Miranda et al., 2016; Brasil, 1994). Neste sentido, é esclarecido à relevância do cordão umbilical, nossa intenção é enfatizar a sua retirada após o nascimento do bebê, no qual ele encontra-se apto a absorver do próprio ambiente o alimento e os gases que ele necessita (Miranda et al., 2016; Brasil, 1994).

Com base nessas afirmações, nos voltaremos principalmente aos cuidados utilizados na hi-



gienização do coto umbilical, e a importância da atuação de enfermagem em repassar as orientações necessárias para a puérpera e a família do recém-nascido, por meio de uma atividade educativa. As ações de Educação Popular em Saúde impulsionam movimentos voltados para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde, direcionando-as para o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social (Brasil, 2007). Sendo assim, questionou-se a seguinte problemática: Quais os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido descritores nas reflexões teóricas? Portanto, o objetivo deste artigo, trata-se: refletir sobre os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido.

METODOLOGIA

Pesquisa reflexiva, realizada com a leitura dos manuais do ministério da saúde, artigos e livros referentes a temática. Os manuais do ministério da saúde embasam a prática clínica da enfermagem em saúde, por isso, são os principais referenciais teóricos utilizados nesta pesquisa. Não houve uma linha temporal estabelecida, todos os documentos tornam-se importante para a construção deste artigo.

REFLEXÕES SOBRE OS CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO

Diante da leitura, foi possível observar, que existe a necessidade de compartilhar com as puérperas, as questões relacionadas ao coto umbilical dos seus RN's, pois, as mesmas apresentam frequentemente uma falta de conhecimento acerca do manejo com o cordão umbilical (Linhares, 2011). Contudo, entende-se que os cuidados e a higiene satisfatória do coto estão inteiramente ligada



a prevenção e promoção do tétano neonatal (Linhares, 2011).

Continuamente, existe a deficiência de explicar fatores relevantes, por se tratar de um conteúdo de baixo nível de informação, baseando-se no despreparo, receio e a dependência por parte das puérperas, que acreditavam serem despreparadas para tal procedimento. A enfermagem está inserida como uma categoria de profissionais que possui forte ligação com o binômio, além de ser uma profissão direcionada para a educação em saúde, o que se faz relevante para o cuidado materno-infantil (Frederico et al., 2000).

Existem diversas formas de mostrar, como os responsáveis pelo bebê, podem aprender sobre os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido, podendo ser: através de cartazes auto-explicativos, palestras, reuniões na comunidade, consultas multiprofissionais e outras formas. Os materiais podem conter ilustrações, que mostrem as técnicas corretas para a higienização do coto umbilical, direcionando o passo a passo sobre os cuidados a serem executados pelas puérperas e sua família (Brasil, 2007).

A curiosidade em relação ao processo dos cuidados com o coto umbilical é comum, e em seguida eles conseguem realizar o procedimento, tendo assim, mais habilidades e conhecimento em cuidar da saúde do recém-nascido e atuando na prevenção do tétano neonatal, para que após a alta hospitalar, eles possam realizar os procedimentos em seu lar, evitando assim possíveis infecções e complicações com o RN. É preciso ressaltar, que após a cada troca de fralda, seja feito a limpeza do coto umbilical, tanto pela puérpera quanto pelos familiares. A princípio o cuidado essencial é o de higiene, estar sempre limpo e seco (Frederico et al., 2000; Linhares, 2011).

O ministério da saúde apresenta um documento, intitulado “Cartilha do Coto Umbilical”, que orienta os seguintes passos para a limpeza: Lavar bem as mãos com água e sabão antes manusear



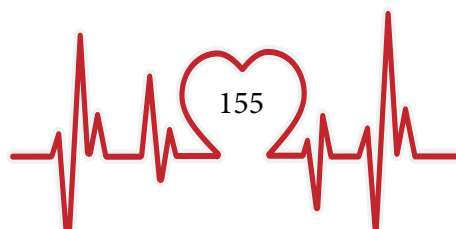
o coto umbilical; usar gazes estéreis, molhada em álcool a 70%, realizando um giro de 360° em torno do coto umbilical; Sempre trocar a gaze quando estiver suja; Secar o coto umbilical e higienizar diversas vezes no dia, a cada troca de fraldas e após o banho também. Além disso, não usar faixas ou deixar a área do coto coberta. É comum, que as puérperas demonstrem insegurança e a falta de instrução em relação ao manejo do coto umbilical, por isso a educação em saúde é importante (Brasil, 1994; Linhares, 2011).

A Organização Mundial da Saúde define educação em saúde como o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde, a educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população (Brasil, 2012).

Para pensar a saúde em sua magnitude, torna-se essencial compreender que o desenvolvimento científico em Educação na Enfermagem e na Saúde é um de seus eixos fundamentais, o qual impulsiona e qualifica as práticas assistenciais em busca da melhoria do processo do viver-humano (Backes, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

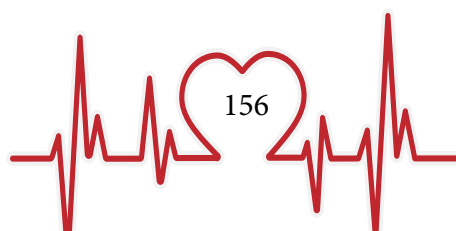
O enfermeiro tem a disponibilidade de uma ferramenta excelente em suas mãos, sendo ela a educação em saúde, usada como estratégia do cuidado ao paciente em todos os níveis de atenção à saúde, é realizada por meio do aprendizado, onde o profissional de enfermagem possibilita o acesso das orientações corretas diretamente ao paciente, e, além disso, ainda estabelece vínculos, construindo assim um elo de prevenção e promoção da saúde pública.



É excepcional destacar as patologias que fornecem probabilidade de ocorrer durante o período de cuidados com a higienização do coto umbilical, entre elas está o tétano neonatal, que pode acometer o recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida, onde a porta de entrada para a contaminação é o coto umbilical, havendo viabilidade de ocorrer durante o parto pelo fracionamento do cordão umbilical com instrumentos inadequados e portadores de fontes para contaminação, ou ainda no puerpério, através do uso de substâncias contaminadas no coto umbilical, desta maneira deixando susceptível. Este estudo alcançou o seu objetivo proposto, refletindo sobre os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BackesI, VMS. et al. “Teses e dissertações de enfermeiros sobre educação em enfermagem e saúde: um estudo bibliométrico”. (2013). RevBrasEnferm, Brasília, mar-abr; 66(2): 251-6.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. “Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde”. (2012). Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. - 2. ed.– Brasília : Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde: “Caderno de Educação Popular e Saúde”. (2007) -1ed – Brasília, Distrito Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde: “Manual de Assistência ao Recém Nascido”. (1994). Brasília, Distrito Federal, 1994. Consultado a: 14.05.2016, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual_assistencia.pdf.
- Frederico, P. et al. “Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência”.(200). Rev. latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 38-44, agosto 2000.
- Linhares, EF. “A saúde do coto umbilical”. (2011). 3. ed. Jequié: UESB. Consultado a: 14.05.2016, em http://www.uesb.br/links/2012/02/saude_colo_umbilical.pdf.
- Miranda JOF. et al. “Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical: revisão integrativa”. (2016). Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(Supl. 2):821-9, fev



Capítulo

10



**AMAMENTAÇÃO E A REDE DE APOIO PARA
SUA EFETIVIDADE: PERSPECTIVAS DA LI-
TERATURA ATUAL**

AMAMENTAÇÃO E A REDE DE APOIO PARA SUA EFETIVIDADE: PERSPECTIVAS DA LITERATURA ATUAL

BREASTFEEDING AND SUPPORT NETWORK FOR ITS EFFECTIVENESS: PERSPECTIVES OF CURRENT LITERATURE

Ana Paula Gonçalo de Freitas Dantas¹

Dayse Gadioli Cavalcante de Brito²

Luciene de Souza Santos Albuquerque³

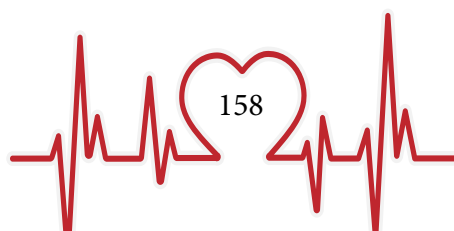
Luana Gomes Leitão Rodrigues⁴

Érica Dionísia de Lacerda⁵

Glaydes Nely Sousa da Silva⁶

Resumo: Este trabalho teve por objetivo primário descrever as perspectivas da literatura atual acerca da rede de apoio para a efetividade na amamentação. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, na modalidade de revisão integrativa da literatura. A pesquisa ocorreu na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os operadores booleanos e os critérios de inclusão da pesquisa. Esta pesquisa contou com 11 publicações científicas, a respeito da rede de apoio na amamentação e as perspectivas da literatura atual. Os dados coletados foram analisados posteriormente, colocados em um quadro único e apresentados na pesquisa. A rede de apoio na amamentação é uma

-
- 1 Facene/Famene
2 Unipê
3 Unipê
4 Unipê
5 Facene/Famene
6 Facene/Famene



estratégia da qualificação do cuidado em saúde, e que no processo de amamentação, existem diversos fatores que contribuem para que o ato de amamentar seja interrompido. Nesse momento, é imprescindível fortalecer a rede de apoio ao aleitamento, incentivá-lo, orientá-lo, e buscar oferecer maior facilidade para a efetivação da amamentação.

Palavras-chave: Amamentação. Rede. Apoio.

Abstract: This work had as its primary objective describes how perspectives of the current literature on the support network for breastfeeding effectiveness. This is a qualitative, descriptive study, in the form of integrative literature review. The research took place in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) electronic library, using Boolean operators and the inclusion criteria of the research. This research had 11 scientific publications, about the breastfeeding support network and the perspectives of the current literature. The collected data were formed, formed in a single frame and directed in the research. The breastfeeding support network is a strategy for the qualification of health care, and that in the breastfeeding process, there are several factors that contribute to stop the act of breastfeeding. At this time, it is essential to strengthen the breastfeeding support network, encourage it, guide it, seek greater ease for the effectiveness of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Network. Support.

INTRODUÇÃO

A amamentação é um ato imprescindível para perpetuar as estratégias de cuidado ao bi-

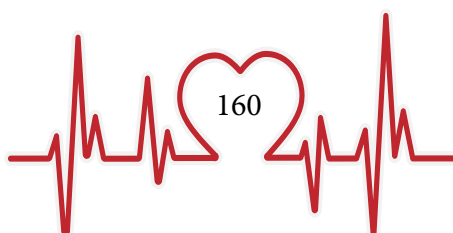


nômio, mediante esse processo é possível fortalecer o vínculo, a proteção, garantir a nutrição ideal, reduzir custo na alimentação da criança, além de beneficiar a genitora em diversos aspectos (Mendes, 2019). O processo de amamentação está presente dentre todo o ciclo gravídico-puerperal da mulher, e no crescimento e desenvolvimento da criança, causando uma relação intensa em dois momentos relevantes para ambos. Durante o pré-natal, a mulher é incentivada e orientada quanto a amamentação em todos os aspectos, e desde esse momento é possível perceber a rede de apoio em que ela está inserida (Rocha et al., 2017; Campos et al., 2018). O ato de amamentar necessita de suporte, e ser rede de apoio nesse processo significa: auxiliar, ser base, alicerce, dar assistência, estar disponível, ajudar, amparar, dentre outros sinônimos. Essa rede de apoio, é formada por pessoas, órgãos, profissionais de saúde, dispostos a ajudar no manejo, no cuidado e efetivação do aleitamento materno durante o ciclo gravídico-puerperal (Carvalho, 2018; Chemin, 2018).

Existem diversos fatores que podem interferir na amamentação, e estes podem ser obstétricos, sociodemográficos, direcionados a faixa etária, a fatores econômicos e sociais. Neste sentido, é primordial que aqueles que fazem parte da rede de apoio a amamentação, estejam aptos para fortalecer a mulher diante desses fatores que levam ao desmame precoce, e a não-realização da amamentação (Andrade et al., 2018). Desse modo, levantou-se a seguinte problemática: Quais as perspectivas da literatura atual sobre a rede de apoio para efetividade da amamentação? Sendo assim, este estudo teve por objetivo descrever as perspectivas da literatura atual acerca da rede de apoio para a efetividade na amamentação.

MÉTODO

Estudo descritivo, da modalidade revisão integrativa da literatura, do tipo qualitativo. Con-



tinuamente, selecionou-se a biblioteca eletrônica da SciELO- Scientific Electronic Library Online, visando maior abrangência da temática. Sabe-se que para a realização da pesquisa é necessário prudência em cada etapa/fase da revisão, neste sentido, sintetizou-se a busca na biblioteca eletrônica de dados em 3 fases (1º busca, 2º busca e 3º busca), utilizando as combinações dos operadores booleanos, e seguindo os critérios de inclusão: artigos completos, no idioma português, inglês e espanhol, disponíveis no período de 2016 a 2019, que estivessem isentos de duplicidade no momento da busca, além de estudos oriundos de dissertações e teses.

Na primeira busca, utilizou-se apenas o descritor “amamentação”, visando ter uma gama mais ampla de publicações na base de dados, no primeiro momento foram encontrados 87 artigos relacionados ao descritor inserido. Realizada a leitura do título, objetivo e resumo, foi perceptível que apenas 04 publicações poderiam ser inseridas no estudo. As 4 publicações foram lidas integralmente estavam de acordo com a proposta da pesquisa. Na segunda busca, foram utilizados os descritores “Amamentação” AND “Apoio”, onde buscou-se aprofundar e relacionar com objetivo proposto da pesquisa. Foram encontradas 15 publicações, e estas foram lidas a partir de título, resumo, e artigo completo. Dentre as 15 publicações, mediante os critérios de inclusão foram selecionadas 6 publicações.

Na terceira busca, foram utilizados os descritores “Amamentação” AND “Rede”, para que a busca fosse ainda mais específica acerca de temática, e foram encontradas 13 publicações, seguiu-se o mesmo processo de leitura dos títulos, resumos. A partir dessa leitura, 2 publicações foram selecionadas para a leitura integral, porém, mediante os critérios de inclusão da pesquisa, apenas 1 foi selecionada. Sendo assim, em sequência as fases da busca, a pesquisa contou com 115 artigos inicialmente nas três etapas, e após a análise dos critérios de inclusão desta pesquisa, consolidou-se 11 artigos para



serem incluídos no estudo. As publicações selecionadas foram analisadas e fichadas, a partir de um instrumento que continha informações pertinentes aos objetivos da pesquisa, que são: autores, título da publicação, ano de publicação, periódico, metodologia da publicação e o tipo de apoio citado para a amamentação. A partir disso, foram extraídas as informações pertinentes aos objetivos da pesquisa, e foram colocadas em um quadro único, visando a melhor apreciação dos resultados da pesquisa.

RESULTADOS

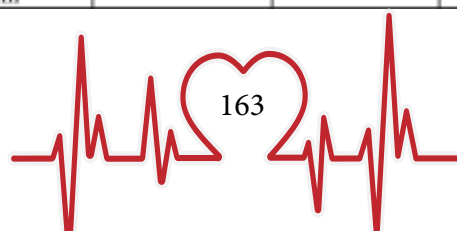
Quadro 1- Descrição dos artigos selecionados acerca da rede de apoio para a efetividade da amamentação.

Autores	Título da publicação	Ano de publicação	Periódico	Metodologia da publicação	Tipo de apoio citado para a amamentação
Pittas TM, Dri CF.	O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano.	2017.	Ciência & Saúde Coletiva.	O artigo está dividido em três seções. Na primeira, há a apresentação do referencial teórico. Na seção seguinte, o contexto em que se encontra o modelo brasileiro descrito. Na última parte, por fim, a estratégia e os resultados brasileiros são interpretados à luz do exposto previamente.	- Apoio referente a gestão do cuidado e os bancos de leite humano para a disseminação do aleitamento materno exclusivo. - O artigo traz que investir em iniciativas de saúde infantil traz retornos que equivalem a sete vezes o valor investido.
Guimarães LM. et al.	Promoção do Aleitamento Materno no sistema prisional a partir da percepção de nutrizes encarceradas.	2018.	Texto Contexto Enfermagem.	Estudo qualitativo, desenvolvido em unidade prisional feminina. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 14 nutrizes encarceradas e a análise dos dados foi orientada pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.	- Ausência na rede de apoio a amamentação para encarceradas. -A organização prisional possui condições peculiares que interferem tanto na prática da amamentação como na assistência à nutriz, o que leva a uma interação ineficiente entre mulheres e profissionais de saúde, dificultando, dessa forma, o alcance da meta do cuidado de enfermagem efetivo e da satisfação com a assistência prestada.



Debates Interdisciplinares em Saúde

Silva JLP, et al.	Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da Criança.	2018.	Texto Contexto Enfermagem.	Estudo quantitativo, do tipo transversal, cuja amostra foi constituída por 244 puérperas internadas no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas, Recife, Brasil.	- Relaciona o sucesso da efetividade na amamentação mediante o apoio familiar.
Alves JS et al.	Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo.	2018.	Ciência & Saúde Coletiva.	Trata-se de estudo transversal conduzido em unidades básicas de saúde do Município do Rio de Janeiro nos meses de novembro e dezembro de 2013. A população do estudo original foi composta por mães de crianças menores de um ano acompanhadas pelas nove unidades básicas do município.	- Relaciona um aumento considerável no aleitamento materno exclusivo, tendo como apoio as unidades básicas de saúde e as novas políticas de aleitamentos implementadas. -Não viver com o companheiro se associou a uma prevalência de aleitamento materno exclusivo 24% inferior. -É importante que a mulher nutriz seja apoiada na prática da amamentação exclusiva por pessoas próximas, principalmente o companheiro, pois seu estímulo é o mais significativo para que a mulher possa amamentar.
Rocha GP et al.	Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna.	2018.	Cad. Saúde Pública.	Foi realizado um estudo descritivo, qualitativo, envolvendo 18 nutrizes com filhos de até um ano de idade, recrutadas no Serviço de Imunização do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.	O estudo possibilitou a apreensão das dimensões positivas e negativas ligadas à amamentação exclusiva. - Descreve a importância da assistência profissional à mulher na fase inicial da amamentação e do apoio da rede social para amenizar a sensação de sobrecarga da mulher.
Lima SP, et al.	Desvelando o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com	2018.	Texto Contexto Enfermagem.	Estudo qualitativo, de natureza fenomenológica, sustentado na fenomenologia da percepção e na hermenêutica. A	-A presença da família no período puerperal, elegendo a ajuda familiar uma parcela significativa de contribuição nesse período.

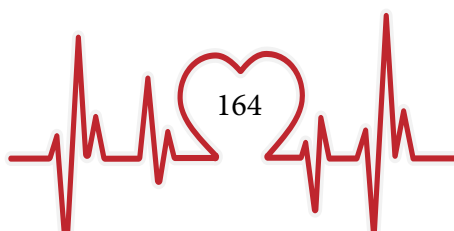


Mendes SC et al.	Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno.	2019.	Ciência & Saúde Coletiva.	Realizou-se um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de mães que tiveram seus filhos nas duas maiores maternidades públicas de João Pessoa – PB quando eles tinham em torno de dois anos de idade.	- O apoio da atenção básica no aleitamento materno. - A políticas de saúde no Brasil que fortalecem o apoio a efetividade do aleitamento materno.
Rêgo RM, et al.	Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira.	2016.	Acta Paulista de Enfermagem.	Estudo qualitativo, participaram oito famílias, entrevistadas antes e após a realização dos quatro encontros grupais, acompanhadas em seus domicílios no puerpério.	- Os pais apoiaram o processo de amamentação, garantindo a efetividade da mesma. - A enfermeira como figura importante na mediação do cuidado em saúde materno-infantil.
Guimarães CM, et al.	Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes.	2017.	Acta Paulista de Enfermagem.	Estudo observacional, transversal e descritivo, desenvolvido no alojamento conjunto de uma maternidade pública no município de Ribeirão Preto, São Paulo.	O apoio da mãe ou da sogra recebido pela puérpera, a amamentação na primeira hora de vida e a prática do aleitamento materno exclusivo durante o período de admissão no alojamento conjunto, influenciaram os níveis de autoeficácia na amamentação entre as puérperas adolescentes.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Diante do exposto no quadro único, percebe-se que todos os artigos se relacionam com a temática, e trazem pontos importantes quanto a rede de apoio na amamentação, que perpassam da gestão, atenção básica e familiares. Sendo assim, a respeito do ano de publicação observa-se 1 artigo publicado no ano de 2016, 2 artigos em 2017, 6 artigos em 2018 e 1 artigo no ano de 2019.

Acerca das publicações e os seus periódicos de origem, percebe-se 3 publicações na revista



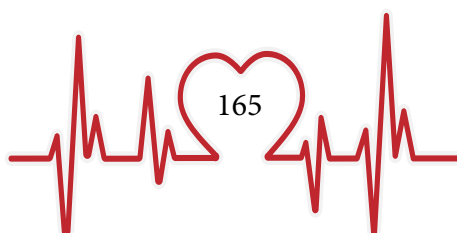
ciência e saúde coletiva, 2 publicações na revista acta paulista de enfermagem, 4 publicações na revista texto contexto enfermagem e 1 publicações na revista cadernos de saúde pública. Predominantemente os artigos são do tipo qualitativo, que correspondem a 7 publicações, as demais se referem a artigos quantitativos. Além disso, as publicações apresentaram diferentes modalidades de estudo, tais como estudos transversais, sendo 3 publicações, estudos de referencial teórico, alcançando 1 publicação, outra modalidade foi o estudo de caso, com 1 publicação, e o estudo observacional, também com 1 publicação.

DISCUSSÃO

Este artigo, traz a informação que nos últimos anos, os bancos de leite são de suma importância para a amamentação, sendo um instrumento de efetivação e rede de apoio para o processo de aleitamento materno, onde não há possibilidade de se ter a própria mãe como fonte do leite (Pittas; Dri, 2017).

Uma pesquisa nacional apontou que a atuação dos profissionais de saúde para essas mães é realizada predominantemente utilizando o modelo biomédico, ou seja, se detém apenas a parte biológica da mulher e do seu processo de amamentar, com ênfase a medicina curativa e não preventiva, além de fortalecer a efetivação da amamentação em um momento de vulnerabilidade da mulher e seu bebê (Guimarães et al., 2017). Ainda no mesmo artigo, “Destaca-se que a população absoluta de mulheres em privação de liberdade cresceu 567% entre os anos 2000 e 2014, enquanto o crescimento da população carcerária masculina foi de 220% no mesmo período” (Silva et al., 2018).

O processo de amamentação deve ser visualizado de maneira ampla para que obtenha o sucesso, é preciso levar em consideração as questões como: a cultura, conhecimento sobre a amamenta-

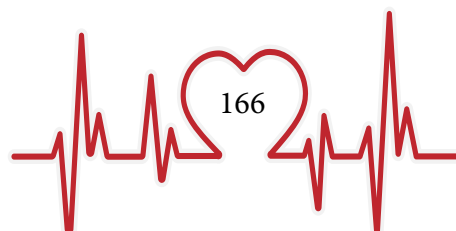


ção e a rede de apoio familiar, dentre outras questões (Silva et al., 2018). O profissional de saúde deve ser um facilitador do processo de amamentar, auxiliando no manejo desde a sala de parto. Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro instiga os demais profissionais de saúde na assistência durante o nascimento, trazendo a sensibilidade e a promoção da saúde dentro da rede de apoio a mulher (Silva et al., 2018). Uma pesquisa nacional apontou que o fato de orientar sobre o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses, trouxe uma prevalência da prática e efetivação da amamentação, o que demonstra o apoio do profissional de saúde na orientação para a genitora (Alves et al., 2018). “Dados de 127 países de baixa e média renda e de 37 países de alta renda revelam que, em quase todos esses países, a oferta de leite materno aos recém-nascidos fica acima de 80%, porém, na sua maioria, a oferta exclusiva de leite materno é bem abaixo de 50%” (Victora et al., 2016).

Continuamente, a presença da família influencia no processo de saúde do binômio, incentiva e impulsiona o processo de amamentação. Uma pesquisa nacional trouxe que a família desperta na mulher o desejo de lutar, diante das diversas no período puerperal, e que apesar das complicações que podem acontecer, aquelas que tiverem sus famílias de maneira mais próxima, terão uma rede de apoio mais forte (Lima et al., 2018).

As políticas que incentivam o aleitamento materno também são constituídas de apoio, e foram inseridas no Brasil de forma gradativa, ao longo dos últimos 80 anos. Hoje, pode-se contar com a Coordenação Geral de Saúde da Criança e aleitamento materno do Ministério da Saúde, que traz o cuidado integral para as crianças de zero a nove anos de idade, estabelecendo a promoção, proteção e apoio à amamentação como linhas prioritárias de atuação profissional (Fernandes et al., 2018).

Dentre outros resultados, agora direcionando ao apoio da figura paterna, é preciso valorizar a presença do pai desde o início da gestação, estimulando e incentivando a participação do pai nos



cuidados com o bebê e com a companheira, além de orientá-lo para fazer parte da rede de apoio para que a amamentação seja efetiva (Rêgo et al., 2016). As organizações de saúde não estão isentas da rede de apoio a amamentação no nosso país, e podem contribuir da seguinte forma: exercendo a participação social, auxiliando e propiciando meios de comunicação para a disseminação da informação quanto a amamentação, e qualificando e capacitando os profissionais de todos os níveis de atenção à saúde (Micheloto; Erdmann, 2018).

CONCLUSÃO

No decorrer deste trabalho, percebeu-se o quão imprescindível é construir e fortalecer essa rede de apoio a aleitamento materno entre a gestão, os profissionais de saúde, familiares, e todos os níveis de atenção à saúde direcionados a linha de cuidado materno infantil. Os artigos selecionados apontaram todos os aspectos esperados inicialmente, fazendo com que o estudo alcançasse os seus objetivos primários e secundários com êxito.

A gestão tem um grande papel em disseminar este cuidado, implantado protocolos e diretrizes voltados para esta temática. Outro aspecto estudado, refere-se ao apoio do pai, a figura masculina foi vista como um companheiro no processo de amamentação, sendo primordial para alcançar a efetividade do aleitamento materno. Além disso, outros familiares podem auxiliar nesse processo, e que a maioria dos estudos aponta que tem efeito benéfico no processo da amamentação. Ressalta-se também a importância dos profissionais de saúde e suas orientações para a efetividade da amamentação. Sendo assim, esta pesquisa obteve os resultados esperados e deseja que a comunidade científica publique outros estudos, aprofundando a temática selecionada.



REFERÊNCIAS

Alves VH. et al. “Percepção das nutrizes acerca do valor útil do apoio ao aleitamento materno”. (2018). J nurs health. ;8(3):e188306. Consultado a: 19.01.2020, em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14166/8941>.

Andrade HS. et al. “Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno”. (2018). Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, Jan-Dez; 13(40):1-11. Consultado a: 25.01.2020, em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1698/909>.

Campos DNM. et al. “Aleitamento Materno Na Prevenção Contra Infecções Gastroentéricas”. (2018). Saber Científico. Porto Velho, V.7, N.2, P.68 –75, Jul./Dez. Consultado a: 28.01.2020, em <Http://Revista.Saolucas.Edu.Br/Index.Php/Resc/Article/View/1034/Pdf>.

Carvalho CCGMR de. “Envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido”. (2018). Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Relatório de Estágio de Natureza Profissional. Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Viana do Castelo, abril de 2018. Consultado a: 28.01.2020, em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2038/1/Claudia_Carvalho.pdf.

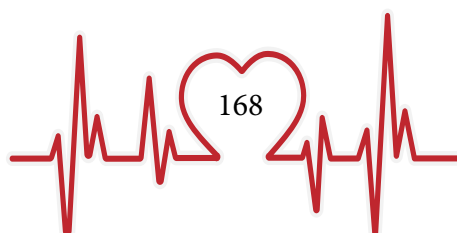
Chemin GAP de. “Aleitamento Materno E Pastoral Da Criança: Uma Análise Documental”. (2018). Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. Caçador, v.7,nº 2,p.168-180. Consultado a: 27.01.2020, em <http://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/1443/871>.

Fernandes VMB. et al. “Conduas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho”. (2018). Texto Contexto Enferm, 27(3):e2560016. Consultado a: 15.01.2020, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300302&script=sci_abstract&tlng=pt.

Guimarães CM. et al. “Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes”. (2017). Acta Paul Enferm.; 30(1):109-15. Consultado a: 25.01.2020, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000100109&script=sci_abstract&tlng=pt

Lima SP. et al. “Desvelando o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais”. (2018). Texto Contexto Enferm, 27(1):e0880016. Consultado a: 16.01.2020, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e0880016.pdf>.

Mendes SC. “Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno”. Ciência &



Saúde Coletiva, 24(5):1821-1829. Consultado a: 19.02.2020, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n5/1413-8123-csc-24-05-1821.pdf>

Micheloto GM & Erdmann AL. “Correlação entre políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno e amamentação: estudo de caso em enfermagem em Florianópolis, uma capital ao sul do Brasil”. (2018). Revista Saúde em Redes. v. 4, n. 1 Consultado a: 20.12.2019, em <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/842/242>.

Pittas TM, Dri CF. “O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano”. (2017). Ciência & Saúde Coletiva, 22(7):2277-2286. Consultado a: 25.01.2020, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2277.pdf>

Rêgo RM. et al. “Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira”. (2016). Acta Paul Enferm. 29(4):374-80. Consultado a: 05.02.2020, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400374&script=sci_abstract&tlng=pt.

Rocha LB et al. “Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura”. (2017). Rev Med Saude Brasilia. 6(3): 384-394. Consultado a: 14.02.2020, em <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318/5490>.

Silva JLP. et al. “Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança”. (2018). Texto Contexto Enferm,; 27(4):e4190017. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(4):e4190017. Consultado a: 25.01.2020, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400325

Victora CG. et al.” Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect”. (2016). Lancet; 387:475-90



Capítulo

11

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUI-

DADO À SAÚDE DA MULHER: REFLEXÕES

TEÓRICAS



A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: REFLEXÕES TEÓRICAS

THE IMPORTANCE OF NURSES IN WOMEN'S HEALTH CARE: THEORETICAL REFLECTIONS

Luana Gomes Leitão Rodrigues¹

Layla Kelly de Lucena Silva²

Maria Clara Ribeiro Costa³

Valclécia Carvalho Damascena⁴

Rosicleide Rúbia Pereira Medeiros⁵

Luciene de Souza Santos Albuquerque⁶

Resumo: Introdução: A figura do enfermeiro, sempre denotou através dos anos, a imagem de profissional mais próximo do ser humano, sendo este o que acolhe de forma digna e humanitária, tomando como verdade, os sofrimentos nos mais diversos aspectos de vida dessa mulher e respeitando os seus direitos. Objetivos: Refletir teoricamente a respeito da importância do enfermeiro no cuidado à saúde da mulher. Metodologia: Estudo da modalidade reflexiva, ancorado em artigos, livros e bibliografias relacionadas a saúde da mulher. Resultados: A enfermagem é muito importante na atenção à saúde da população feminina, na equipe de Saúde da Família (eSF), pois disponibiliza atendimento com a promoção, prevenção e proteção em saúde. Considerações Finais: A enfermagem realmente prepara-

-
- 1 Unipê
 - 2 Unipê
 - 3 Unipê
 - 4 Unipê
 - 5 Facene/Famene
 - 6 Unipê



da e atenta a esses aspectos e multifacetadas de abordagem, pode fazer cada vez mais diferença na vida de cada mulher.

Palavras chaves: Saúde da Mulher. Enfermeiro. Cuidado. Teoria.

Abstract: Introduction: The figure of the nurse, has always denoted, over the years, the image of a professional closest to the human being, who is the one who welcomes in a dignified and humanitarian way, taking as truth, the sufferings in the most diverse aspects of this woman's life and respecting your rights. Objectives: To theoretically reflect on the importance of nurses in caring for women's health. Methodology: Study of the reflexive modality, anchored in articles, books and bibliographies related to women's health. Results: Nursing is very important in the health care of the female population, in the Family Health team (eSF), as it provides care with health promotion, prevention and protection. Final Considerations: Nursing really prepared and attentive to these aspects and multifaceted approach, can make an increasingly difference in the life of each woman.

Keywords: Women's Health. Nurse. Caution. Theory.

INTRODUÇÃO

O cuidado voltado à saúde da mulher teve início na primeira década de 1930, centrado exclusivamente durante o período de gravidez e parto. Após a introdução conceitual do termo saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ampliou-se também os direitos reprodutivos e sexuais da mulher (Mattos; Ramos; Texeira, 2011).

Na década de 50, no Brasil, houve a influência sobre as mulheres dos chamados de bem-estar, onde baseava-se em torná-las melhores mães, indo paralelamente de encontro com os conceitos



Debates Interdisciplinares em Saúde

definidos previamente pela OMS. Nos anos 70, ocorreu a conferência do ano internacional da mulher e do plano da década da mulher, que deu suporte para criação do programa materno infantil, com enfoque no período de pré-concepção, pré-natal, parto e puerpério (Unasus, 2013).

Fruto da luta feminista em 1984, houve a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), focando na abordagem de gênero e integralidade do cuidado em todos os ciclos de vida da mulher, valorizando as questões individuais socioeconômicas e culturais (Coelho; et al., 2009).

A Rede de Atenção à Saúde inicia-se na Unidade de Saúde da Família (USF), configurando-se este, como primeiro contato da usuária ao serviço de saúde, seguido pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o serviço especializado. Os serviços de saúde supracitados oferecem promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo os problemas de forma integral, reconhecendo todo e qualquer sofrimento para assim desenvolver a tarefa de cuidar pelos profissionais responsáveis (Mendes, 2016).

A figura do enfermeiro, sempre denotou através dos anos, a imagem de profissional mais próximo do ser humano, sendo este o que acolhe de forma digna e humanitária, tomando como verdade, os sofrimentos nos mais diversos aspectos de vida dessa mulher e respeitando os seus direitos. Partindo desse pressuposto, o vínculo criado entre profissional-usuária é fruto de tecnologias leves, ferramenta principal da Atenção Primária à Saúde (APS) (Coelho; et al., 2009).

Diante do exposto, a humanização e a qualidade da atenção em saúde torna-se essencial na resolução dos problemas, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado, refletindo positivamente no reconhecimento dos direitos humanos, garantindo a integralidade no processo de cuidar (Paism,



2004). Desse modo, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual a importância do enfermeiro no cuidado a saúde da mulher diante das reflexões teóricas encontradas? Tem-se por objetivo: refletir teoricamente a respeito da importância do enfermeiro no cuidado à saúde da mulher.

METODOLOGIA

Estudo da modalidade reflexiva, ancorado em artigos, livros e bibliografias relacionadas a saúde da mulher. Este artigo foi escrito baseado em leituras e reuniões de grupo, com discussões construtivas sobre a temática de saúde da mulher. A partir das discussões, foram elencadas algumas reflexões, baseadas na trajetória histórica da saúde da mulher no Brasil e no mundo. As leituras ocorreram no mês de março e abril do ano de 2021. O critério de inclusão da pesquisa relacionou-se aos temas que contemplassem a importância do enfermeiro no cuidado à saúde da mulher.

REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), foi estabelecida em 2004, surgiu a partir de dados epidemiológicos, da condição de saúde da mulher no Brasil e da cooperação dos movimentos sociais e das mulheres, ponto extremamente importante para a execução das estratégias específicas de melhorias no atendimento à saúde do público alvo (Cofen, 2020).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais, interferem diretamente no processo saúde/doença de maneira singular da população, uma vez que, os indivíduos com a vida economicamente instável, tendem a adoecer e morrer mais. A quantidade de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior à de homens, sabendo que, as mulheres acabam gastando em média metade do tempo,



Debates Interdisciplinares em Saúde

exercendo atividades não remuneradas, o que diminui a inserção no mercado de trabalho e seus bens sociais (Brasil, 2004). O Sistema Único de Saúde (SUS), aborda princípios, traz na equidade, a justiça e a igualdade social, mas, essa igualdade só será concretizada de fato, quando os obstáculos da discriminação e da desigualdade forem quebrados (Brasil, 2008).

A Mulher, tanto tem interesse em procurar atendimento de saúde para si, como também busca atendimento para seus filhos e/ou membros da família, preocupando-se, assim, com o bem-estar de todos (Cofen, 2020). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, 17,3 milhões (10,7%) de indivíduos que procuraram atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), 69,9% dessas pessoas, eram mulheres (Cofen, 2020).

A Atenção Básica (AB) entra como fator primordial ao atendimento as mulheres, sendo a “porta de entrada” preferencial. É de suma importância, oferecer o atendimento com responsabilidade, cuidando de cada mulher com respeito e com atenção as suas singularidades. A AB, contempla atendimentos desde o pré-natal, puerpério, aleitamento materno, planejamento familiar, climatério, atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica, bem como, orientação e prevenção dos cânceres (Brasil, 2016).

A enfermagem é muito importante na atenção à saúde da população feminina, na equipe de Saúde da Família (eSF), pois disponibiliza atendimento com a promoção, prevenção e proteção em saúde. A prática assistencial e de educação em saúde é necessária para a realização da assistência adequada, eficaz e humanizada (Coren, 2019). A equipe de enfermagem trabalha sistematizando suas atividades, com foco no planejamento das ações. O Processo de Enfermagem é o meio por onde a assistência deve se nortear. A sistematização é desenvolvida por cinco fases: histórico de enfermagem; diagnósticos de enfermagem; planejamento; implementação e evolução. (Coren, 2019).



Integrando ainda na forma como a enfermagem atua, está o olhar de integralidade para cada usuário. É evidente o protagonismo do enfermeiro ao tratar o ser de forma holística, realizando práticas voltadas para a autonomia de cada usuário e incentivando o autocuidado. Mas, faz-se necessário o conhecimento em detrimento da cultura, realidade da população, fatores sociais, ambientais, psicológicos e econômicos (Zocche et al. 2017).

Por fim, a comunicação é a ferramenta indispensável para se alcançar métodos cada vez menos tecnicistas e biologicistas. Quando se parte do ponto que o diálogo leva a entender processos culturais, históricos e comportamentais através de experiências compartilhadas. Torna-se mais fácil o entendimento por parte do profissional e do usuário para adequação de novos estilos de vida e mudanças comportamentais (Zocche et al. 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda, podemos encontrar com frequência, planos de cuidado de enfermagem biologicistas e tecnicistas, devido à alta demanda de produtividade e responsabilidade atribuída ao enfermeiro na Atenção Básica. Bem como, também é notável sua importância para o incentivo ao autoconhecimento, empoderamento e autocuidado nos ciclos da mulher.

Sendo definitivamente a porta de entrada da AB, a sua atuação tem importância desde a forma de acolher, criação de vínculo, educação em saúde e olhar holístico para o ser. De forma notória, o cenário supracitado já vem sofrendo mudanças, com isso a enfermagem está levantando cada vez mais abordagens humanistas para o fortalecimento da cultura da desmedicalização e aumento de estratégias de cuidado cada vez mais multidisciplinar.

A informação é o que tira o indivíduo da subserviência, sendo esta a ferramenta necessária



para inúmeras mulheres conseguirem se livrar de amarras históricas e sociais reagindo a imposições alheias. E a enfermagem realmente preparada e atenta a esses aspectos e multifacetadas de abordagem, pode fazer cada vez mais diferença na vida de cada mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes”. (2004). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. “Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres”. (2016). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. “Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes” (2004).
- Coelho, EAC., et al. “Integralidade do cuidado à saúde da mulher”. (2009). Esc Anna Nery Rev Enferm. jan-mar; 13 (1): 154-160.
- Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Como o movimento de mulheres contribuiu para construção do sus. 13 de novembro de 2020.
- Coren. São Paulo. “Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Módulo 1: Saúde da Mulher”. (2019). São Paulo.
- Mattos, JGR. et al. A enfermagem no âmbito da saúde da mulher: uma revisão integrativa. Revista Acta Científica, vol. 8, 2017.
- Mendes, CRA. “Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites”. (2016). Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde. v.20, n.2, p. 65-72.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. “Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa”. (2008). Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Unasus/UFMA. “Saúde da mulher/Paula Trindade Garcia (Org.)”. (2013). - São Luís.
- Zocche, DAA de et al. “Percepções de enfermeiros acerca da integralidade da atenção à saúde feminina”. (2017). Rev. enferm. UFPE on line, p. 4758-4766.



Capítulo

12

ACOLHIMENTO E ESCUTA INICIAL QUALI-

FICADA: PERCEPÇÕES MULTIPROFISSIO-

NAIS



**ACOLHIMENTO E ESCUTA INICIAL QUALIFICADA: PERCEPÇÕES
MULTIPROFISSIONAIS
QUALIFIED INITIAL WELCOME AND LISTENING: MULTIPROFESSIO-
NAL PERCEPTIONS**

Nayana da Rocha Oliveira¹

Dhébora Rhanny Ribeiro Escorel Barros²

Vinícius André Gouveia de Sousa³

Anna Laura Maciel de Melo⁴

Rafael Lima Marinho Paiva⁵

Maria Carolina Salustino dos Santos⁶

Maria Beatriz Viana Silva⁷

Resumo: Introdução: O acolhimento é uma importante estratégia de qualificação do sistema de saúde, pois viabiliza acesso a uma assistência integral, resolutiva, acessível e justa. Objetivo: relatar a experiência de residentes multiprofissionais no processo de acolhimento e escuta qualificada no âmbito da APS. Metodologia: Esta pesquisa se trata de um estudo descritivo, na forma de relato de experiência, com abordagem qualitativa. Foi realizada a partir das vivências da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade num município do estado da Paraíba, no ano de 2021.

Resultados: Todos os residentes do estudo participaram do acolhimento e escuta qualificada tanto no

- 1 UFPB e Faculdade Ciências Médicas
- 2 UFPB e Faculdade Ciências Médicas
- 3 UFPB e Faculdade Ciências Médicas
- 4 UFPB e Faculdade Ciências Médicas
- 5 UFPB e Faculdade Ciências Médicas
- 6 UFPB e Faculdade Ciências Médicas
- 7 Enfermeira. Ufpb e Faculdades ciências Médicas



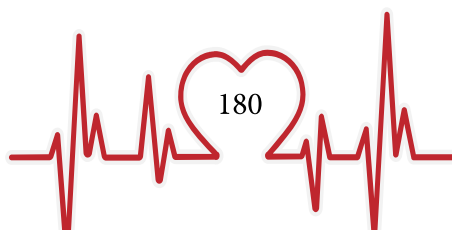
turno da manhã quanto à tarde. Desse modo, as pessoas que procuravam o serviço eram ouvidas, os casos que dispensam cuidado que não eram resolvidos no primeiro contato eram direcionados para o atendimento que fosse resolutivo às demandas do usuário na unidade. Considerações Finais: A experiência trouxe em evidencia, a importância do acolhimento, na percepção dos residentes multiprofissionais, que possuem uma atenção qualificada no contexto de Saúde da Família.

Palavras Chaves: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Integralidade. Multiprofissional.

Abstract: Introduction: User embracement is an important strategy for qualifying the health system, as it enables access to comprehensive, resolute, accessible and fair assistance. Objective: to report the experience of multiprofessional residents in the process of welcoming and qualified listening in the context of PHC. Methodology: This research is a descriptive study, in the form of an experience report, with a qualitative approach. It was carried out from the experiences of the multiprofessional residency in family and community health in a municipality in the state of Paraíba, in the year 2021. Results: All residents of the study participated in the reception and qualified listening both in the morning and in the afternoon. In this way, the people who sought the service were heard, the cases that provide care that were not resolved in the first contact were directed to the service that was resolving the user's demands in the unit. Final Considerations: The experience highlighted the importance of welcoming, in the perception of multiprofessional residents, who have qualified care in the context of Family Health.

Keywords: Reception. Primary Health Care. Comprehensiveness. Multi-professional.

INTRODUÇÃO



Debates Interdisciplinares em Saúde

A implementação do acesso à saúde, como direito universal, pode ser analisada desde dimensões políticas, econômicas, sociais, organizacionais, tecnológicas e até simbólicas (Camargo; Castanheira, 2020). Em função das complexidades dos serviços de saúde, é preciso que os profissionais desenvolvam a capacidade de escuta, para lidar com as necessidades dos usuários, sendo necessários dispositivos que permitam a qualificação do cuidado, e um desses dispositivos é o acolhimento (Rodrigues; Ibanhes, 2017).

Primordial no processo de reorganização da assistência à saúde, o acolhimento surgiu sob a ótica da reorientação da atenção à saúde, visando modificar o modelo tecno-assistencial (Coutinho; Barbieri; Santos, 2015). Além disso, é uma importante estratégia de qualificação do sistema de saúde, pois viabiliza acesso a uma assistência integral, resolutiva, acessível e justa que atendam às necessidades dos usuários. Gomide et al., 2017 trás a compreensão, de que o acolhimento, é entendido como uma tecnologia leve, que o profissional despende durante o atendimento e que também está relacionada à satisfação do usuário.

De forma semelhante, Clementino et al., 2017 corrobora que o acolhimento é uma prática presente nas relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, recepção, escuta das pessoas e nos modos de construção de vínculos por meio da escuta qualificada, avaliação das queixas dos usuários e identificação das necessidades, sejam individuais ou coletivas, funcionando como uma ferramenta de facilitação do acesso. Embora não exista um método específico de acolhimento, é compreensível que o comportamento de receber os usuários do serviço de saúde com escuta qualificada faça com que, além das questões técnicas puramente diagnósticas, seja necessário criar um espaço de possibilidades de cuidado entre os profissionais da saúde e usuários (Knoll; Santos; Bedin, 2020).



A Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003, propôs a diretriz do acolhimento como forma de ampliar este acesso a partir da qualificação da escuta e da reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde (Amorim, 2020). No cotidiano dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), torna-se cada vez mais importante propor medidas que visam reorganizar as ações e viabilizar o acesso ampliando a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população (Nascimento; Santos; Andrade, 2020).

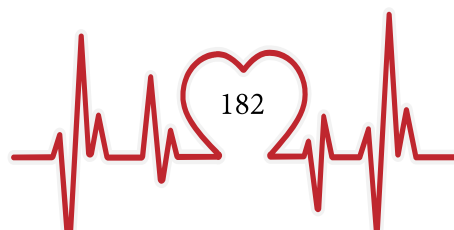
Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de residentes multiprofissionais no processo de acolhimento e escuta qualificada no âmbito da APS. Essa análise pode trazer questões que permitam seu aprimoramento e auxiliem na ampliação do acesso ao cuidado.

MÉTODO

Esta pesquisa se trata de um estudo descritivo, na forma de relato de experiência, com abordagem qualitativa. Foi realizada a partir das vivências da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade num município do estado da Paraíba. Constituem-se, na residência, profissionais das seguintes áreas: psicologia, farmácia, fisioterapia e enfermagem.

A experiência foi desenvolvida na unidade de saúde da família pelos residentes junto às quatro equipes de Saúde da Família da unidade. Dentre os serviços oferecidos à população, destacam-se: consultas médicas, atendimentos odontológicos, farmácia, cuidados de enfermagem como curativos, vacinação, aplicação de medicamentos, aferição de pressão arterial, coleta de exames entre outros cuidados. Além disso, devido à pandemia de novo coronavírus, realiza teste rápido, RT-PCR e atendimento às síndromes gripais.

Todos os residentes do estudo participaram do acolhimento e escuta qualificada tanto no



turno da manhã quanto à tarde. Desse modo, as pessoas que procuravam o serviço eram ouvidas, os casos que dispensam cuidado que não eram resolvidos no primeiro contato eram direcionados para o atendimento que fosse resolutivo às demandas do usuário na unidade.

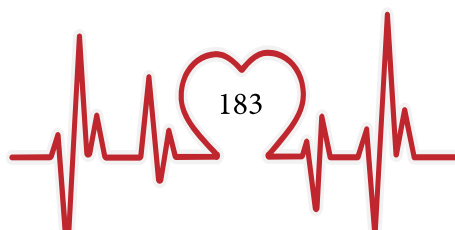
Foram utilizados como recursos metodológicos: reunião de equipe para planejamento dos locais e organização do fluxo com os ACS e funcionários da recepção, sinalização dos espaços de acolhimento e escuta qualificada. Dessa forma, as informações deste relato foram construídas em grupo, com todos os residentes, mediante experiências individuais e coletivas seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da experiência: o acolhimento

O acolhimento como um processo contínuo, tem início na recepção do usuário e perpassa todas as interações com esse sujeito. Os profissionais envolvidos nesse processo são tanto de nível médio quanto de nível superior. Inicialmente na recepção dos usuários, são organizadas fichas com seus dados pessoais e motivo do comparecimento à unidade, de forma que os profissionais envolvidos nessa etapa encontrem seus prontuários com mais facilidade, organizem por ordem de chegada e direcionem os mesmos de acordo com suas demandas. Além disso, é necessário que haja organização e mobilização dos profissionais envolvidos nessa etapa, pois, é preciso identificar usuários de demanda espontânea, consultas agendadas, sintomáticos gripais, realização de testes rápidos e urgências.

Após a escuta inicial das suas necessidades, os usuários são encaminhados para uma escuta qualificada, geralmente com profissionais de nível superior, sendo eles residentes multiprofissionais, enfermeiros, médicos e dentistas de todas as equipes. A partir dessa etapa, os usuários são ouvidos



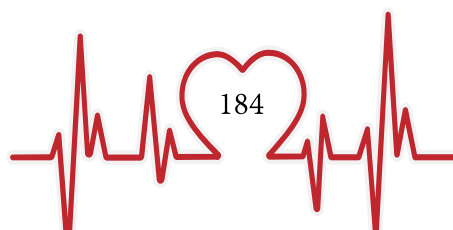
de maneira mais detalhada e direcionada, onde são identificadas prioridades, necessidades, riscos e vulnerabilidades dos usuários, e de acordo com as demandas exigidas são prescritos medicamentos, feitos encaminhamentos, solicitados exames e orientações necessárias em tempo oportuno.

O acolhimento é um processo dinâmico e contínuo, sendo assim, necessário que haja um processo de avaliação e reorientação constantes. Desse modo, trata-se de um desafio permanente para os gestores e equipes de saúde, pois devem realizar ajustes constantes nesse processo para que impacte positivamente na saúde (Silva, 2015). As prioridades do acolhimento são definidas a partir da pactuação entre as equipes por meio de reuniões, assim, os fluxos assistenciais são utilizados pelas equipes para a organização.

No entanto, devido à crise sanitária estabelecida pela pandemia, alguns obstáculos para o desenvolvimento efetivo do acolhimento e escuta qualificada foram intensificados: aumento da demanda, falta de privacidade visto que a maioria das consultas são realizadas em ambiente aberto (corredores), dificuldade de acesso a exames e às consultas especializadas, a ausência de mecanismo de comunicação e integração da APS com os demais níveis de complexidade do SUS, o despreparo de alguns profissionais para realizar trabalho em equipe, suspensão das atividades coletivas e visitas domiciliares (este último, salvo em casos de urgência).

Uma potencialidade identificada, que merece destaque, é a atuação da equipe multiprofissional, onde todos buscam se responsabilizar no cuidado à saúde dos usuários. Uma vez que o cuidado à saúde envolve múltiplos saberes e fazeres, e que tal disposição do cuidado pode contribuir para a integralidade em saúde (Lopes et al., 2014).

Escuta Qualificada



Debates Interdisciplinares em Saúde

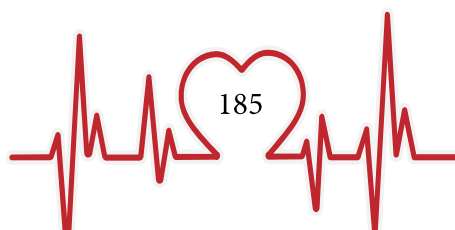
A escuta qualificada ocorre de segunda a sexta das 7h às 8h e de 12h às 13h, e é realizada por profissionais de nível superior: residentes multiprofissionais, médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Já que se trata de uma unidade de saúde integrada por quatro equipes, quatro profissionais realizam os acolhimentos dos usuários do seu território.

Assim, o acolhimento inicial é de suma importância para a resolução das demandas e no seu direcionamento. Em sua maioria, são demandas por atendimento médico, todavia muitas delas são atendidas e resolvidas pela equipe da enfermagem. Ademais, também é nesse momento que usuários trazem suas receitas para renovação.

Nesse contexto, quando o enfermeiro ou médico está no ambiente de acolhimento e identifica um medicamento prescrito por ele, realiza-se a renovação pelo mesmo. Paralelamente, os agendamentos de atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem são feitos, assim como a solicitação de exames, bem como os de outros profissionais de saúde como nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentre outros profissionais no âmbito do acolhimento integral à demanda do usuário de saúde.

O termo integral aplicado anteriormente não é à toa. É preciso sensibilidade da equipe para que o acolhimento não se torne um procedimento técnico como a triagem. É neste sentido que a escuta qualificada vem como elemento presente no acolhimento. Tal escuta não é especialidade de um profissional específico, mas de toda a equipe, como esclarece o caderno de atenção básica n. 28 (Brasil, 2013).

Isto se explica pelo fato de não ser a escuta, nem o acolhimento, um procedimento técnico, mas sim uma mudança de atitude na forma de receber o usuário. Olha-se antes para o sujeito em sua integralidade e necessidades biopsicossociais, antes de se olhar para uma doença, documento de en-



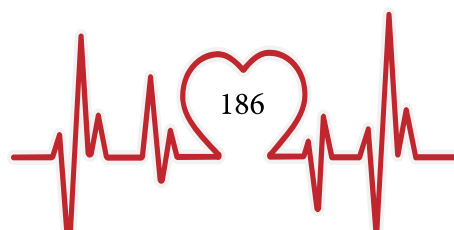
caminhamento, receita medicamentosa e etc. Por ser uma mudança de atitude, entra em contato direto com as visões de mundo e de sujeito da equipe, a forma como ela mesma percebe o serviço de saúde no qual trabalha e a posição social que esse serviço têm (Duarte et al, 2017).

O processo de humanização no SUS não tem apenas um cunho ideológico, mas também científico, por já ter conhecimento global, de que o processo saúde-doença não ocorre somente da dimensão biológica. A saúde da população brasileira está diretamente ligada à sua vulnerabilidade psicossocial (Pitombeira; Oliveira, 2020). O profissional de saúde deve estar atento a como estas questões estão afetando a saúde do usuário, na forma como ele procura ou não o serviço, como traz a sua demanda e como se relaciona com o serviço e a comunidade, para que possa entender como a saúde desse sujeito estão sendo prejudicada ou promovida pela dimensão social e subjetiva. Caso contrário, estaremos fragmentando este sujeito e, conseqüentemente, o potencial da atenção básica em promover a saúde de forma integral (Sousa et al, 2019).

Neste sentido, que o acolhimento é uma atitude e uma disposição, um exercício contínuo presente, não só em um horário específico, mas durante todo o caminhar do profissional na saúde pública (Duarte et al, 2017). Dessa forma é necessário que haja sempre um diálogo entre os profissionais, numa educação permanente, onde ação e reflexão da ação estão em constante debate. No âmbito acadêmico, a troca de informações, casos e situações de diferentes profissionais, serve como fonte de dados para a investigação de como se tem realizado os serviços de saúde em comparação a como este serviço está idealizado em sua criação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência trouxe em evidencia, a importância do acolhimento, na percepção dos residen-



tes multiprofissionais, que possuem uma atenção qualificada no contexto de Saúde da Família. O acolhimento merece o cuidado dos profissionais de saúde, e além disso, a valorização que este momento traz consigo, quando realizado junto com a escuta qualificada no ambiente de saúde.

Dessa forma, é pertinente novos estudos sobre o tema, visando ampliar o conhecimento relacionado ao assunto e estimular os profissionais a crescer profissionalmente, e idealizar novas práticas para acolher e ouvir a sua comunidade.

O desejo dos residentes, é que esta pesquisa auxilie na transformação de práticas na atenção primária à saúde, ressignificando as realidades e fazendo com que os profissionais possam pensar em suas atividades de forma diferenciada, objetivando sempre o melhor atendimento aos usuários.

REFERÊNCIAS

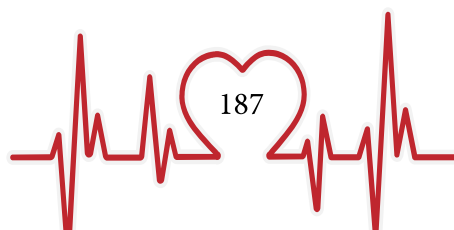
Amorim, Annibal Coelho (2020), “A Política Nacional de Humanização no SUS: a palavra como ‘dádiva’ na subjetivação da atenção e gestão em saúde”. *Research, Society and Development*, 9(12). Consultado a 06.04.2021, em <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11370>.

Brasil; Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde (2013), “Acolhimento à demanda espontânea”, *Caderno de atenção básica*, 3(28). Consultado a 06.04.2021, em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

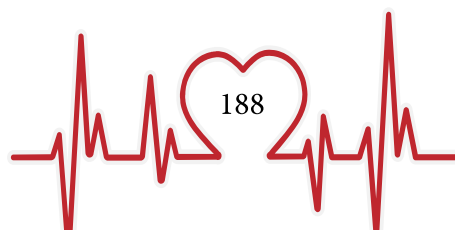
Camargo, Diângeli Soares; Castanheira, Elen Rose Lodeiro (2020), “Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS)”. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24. Consultado a 06.04.2021, em <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190600/pt/>

Clementino, Francisco de Sales et al. (2017), “Acolhimento na perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”. *Rev. bras. ciênc. saúde*, 21(4), 323-332. Consultado a 06.04.2021, em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006990>.

Gomide, Mariana Figueiredo Souza et al. (2017), “A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento”. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 387-



398. Consultado a 06.04.2021, em <https://www.scielosp.org/article/icse/2018.v22n65/387-398/pt/>.
- Duarte, L. P. A. et al. (2017), “Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária”, *Rev. Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília*, 8(3), 414-429. Consultado a 06.04.2021, em <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/31802>.
- Nascimento, Gisele Joana Leite Paiva; Santos, Marilza de Paiva Ramos; Silva Andrade, Erci Gaspar (2020), “A Importância Da Humanização No Atendimento Ao Idoso Na Atenção Básica: Revisão Bibliográfica”. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 3(2), 472-82. Consultado a 06.04.2021, em <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/304>.
- Pitombeira, Delane Felinto; Oliveira, Lucia Conde de (2020), “Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1699-1708. Consultado a 06.04.2021, em <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>.
- Knoll, Suéle Andressa; Santos, Raphaela de Moura dos; Bedin, Simone Caldas (2020), “Acolhimento Humanizado dos Pacientes em Meio a Pandemia”. *Mostra de Extensão, Ciência e Tecnologia da Unisc*, 248. Consultado a 06.04.2021, em <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/mostraxtensaounisc/article/view/20649>.
- Rodrigues, Juliana Bonelli; Ibanhes, Lauro Cesar (2019), “Caminhos e contornos: o acolhimento na atenção básica em São Bernardo do Campo–SP”. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 20(1), 67-73. Consultado a 06.04.2021, em <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n5/e2019468/>.
- Sousa, Izautina Vasconcelos de et al. (2019), “Enfrentamento de problemas que impactam na saúde de uma comunidade socialmente vulnerável sob a ótica dos moradores”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5). Consultado a 06.04.2021, em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04392019>.
- Coutinho, L. R. P.; Barbieri, A. R.; Santos, M. L. de M. dos (2015), “Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa”. *Saúde debate*, 39(105), 514-524. Consultado a 06.04.2021, em <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.
- Lopes, G. V. D. O. et al. (2014), “Acolhimento: quando o usuário bate à porta”. *Rev. bras. enferm.*, 67(1), 104-110. Consultado a 06.04.2021, em <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140014>.
- Silva, J. A. da. (2015), “Reorganizar e humanizar o processo de trabalho através do acolhimento: relato de experiência”. *Rev. baiana de saúde pública*, 39(1), 174-181. Consultado a 06.04.2021, em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-764914>.



Capítulo 13



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM SUSPEITA DE FEBRE PELO VÍRUS

ZIKA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM SUSPEITA DE FEBRE PELO VÍRUS ZIKA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN PREGNANT WOMEN WITH SUSPECTED OF FEVER BY ZIKA VIRUS

Danyla Medeiros Araújo¹

Renata Valéria Nóbrega²

Aline Franco da Silva³

Séfora Luana Evangelista de Andrade⁴

Perla Figueredo Carreiro Soares⁵

Janielly Cláudia de Brito Trigueiro Silva⁶

Resumo: Introdução: A febre pelo vírus Zika é uma doença febril aguda causada pelo arbovírus do gênero Flavivírus da família Flaviviridae, transmitido pela fêmea do mosquito *Aedes Aegypti*, o mesmo vetor da dengue, chikungunya e a febre amarela. Objetivo: descrever o perfil epidemiológico de

1 Enfermeira pela faculdade UNINASSAU, João Pessoa-PB. Pós-graduanda em urgência e UTI pela FESVIP, João Pessoa. Enfermeira emergencista do SAMU, Itabaiana-PB. Enfermeira emergencista do SAMU, Juripiranga-PB. Enfermeira do Pronto Atendimento, São José dos Ramos-PB

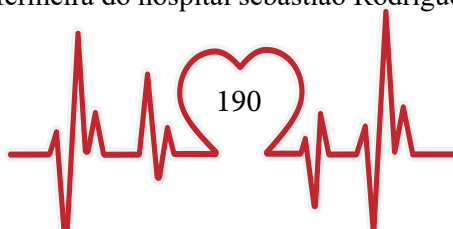
2 doutoranda no Programa de Pós Graduação da Rede Nordeste de Biotecnologia/Universidade Federal da Paraíba. Possui mestrado pela Universidade Federal da Paraíba, especialização em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás (2011) e bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente, estou Secretária Executiva da Secretaria de Estado da Saúde - PB e Professora do curso de Farmácia da Faculdade Nova Esperança (FACENE-PB) . Experiência na área de Saúde Pública e Epidemiologia

3 Faculdade Uninassau, Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Enfermeira e Mestre em Enfermagem. Experiência na Estratégia Saúde da Família e Urgência/Emergência

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem -UFPB

5 Enfermeira. Mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento pela UFPB. Especialista em enfermagem obstétrica. Chefe do Núcleo de Serviços Diagnósticos da Secretaria de Estado da Saúde - PB

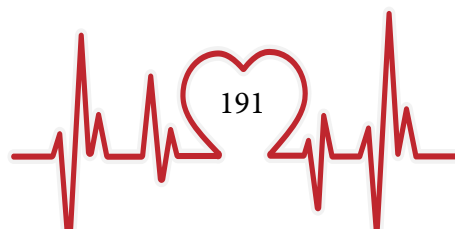
6 Enfermeira graduada pela faculdade UNINASSAU, João Pessoa-PB. Pós graduada em emergência e UTI pela FESVIP, João Pessoa-PB. Enfermeira do hospital Sebastião Rodrigues de Melo, Itabaiana-PB



gestantes com suspeitas da febre pelo vírus zika, no Estado da Paraíba. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo quantitativo, realizado através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba entre março de 2016 e março de 2017. Resultados: obtiveram-se 329 casos suspeitos, notificados em 49 municípios, dos quais Gurjão obteve maior incidência. A faixa etária esteve entre 20 a 30 anos (n=170) e maioria das mulheres pardas (n=220), apresentando 124 casos no segundo trimestre de gestação. Dos 329 casos suspeitos, foram confirmados 233 e descartados 96 casos. Do total, 127 obtiveram cura, 1 óbito e 201 casos sem informação. Considerações Finais: este estudo traz a importância das notificações dos casos do vírus zika no Estado da Paraíba, possibilitando o diagnóstico precoce e assistência adequada.

Palavras Chaves: Infecção por arbovirus. Zika vírus. Gestantes. Epidemiologia.

Abstract: Introduction: Zika virus fever is an acute febrile disease caused by the arbovirus of the genus *Flavivirus* of the family *Flaviviridae*, transmitted by the female mosquito *Aedes Aegypti*, the same vector of dengue, chikungunya and yellow fever. Objective: to describe the epidemiological profile of pregnant women with suspected Zika virus fever, in the State of Paraíba. Methodology: this is a descriptive quantitative study, carried out through the Information System for Notifiable Diseases, of the Health Department of the State of Paraíba between March 2016 and March 2017. Results: 329 suspected cases were obtained, reported in 49 municipalities, of which Gurjão had the highest incidence. The age group was between 20 and 30 years old (n = 170) and the majority of brown women (n = 220), presenting 124 cases in the second trimester of pregnancy. Of the 329 suspected cases, 233 were confirmed and 96 cases were discarded. Of the total, 127 were cured, 1 died and 201 cases without information. Final Considerations: this study highlights the importance of notifications



of cases of the Zika virus in the State of Paraíba, enabling early diagnosis and adequate assistance.

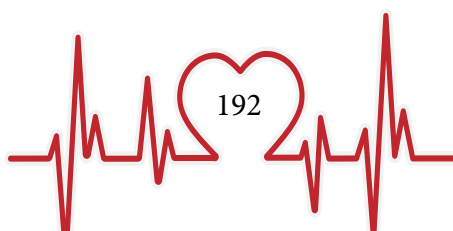
Keywords: Arbovirus infection. Zika virus. Pregnant women. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Entre o segundo semestre de 2014 e o ano de 2015, a saúde materna e infantil no Brasil começou a conviver e enfrentar o surgimento de uma nova doença febril a qual cursa com manifestações clínicas discordantes das doenças exantemáticas clássicas, como o sarampo, a rubéola, a escarlatina ou exantema súbito. Inicialmente foi registrada em algumas cidades do Nordeste brasileiro, especificamente nos Estados de Rio Grande do Norte e Bahia. Em 2015, foi confirmado pelo Ministério da Saúde a circulação de um novo vírus no Brasil, proveniente do continente Africano, o qual ficou conhecido como o vírus da zika (Brasil, 2016).

A febre pelo vírus Zika é uma doença febril aguda causada pelo arbovírus do gênero Flavivírus da família Flaviviridae, transmitido pela fêmea do mosquito *Aedes Aegypti*, o mesmo vetor da dengue, chikungunya e a febre amarela (Rodrigues, 2015; Luz et al., 2015; Brasil, 2007). O arbovírus foi originalmente identificado em macacos na floresta do Zika Uganda.

O primeiro caso confirmado em humanos ocorreu no ano de 1952, na Ilha de Yap, localizada no continente africano. Em 2007, foram identificados casos em regiões perto da Micronésia e em 2013, na Polinésia Francesa. No Brasil, suspeita-se que o vírus da Zika se propagou através dos vários turistas estrangeiros que desembarcaram no País para prestigiar a copa do mundo no ano de 2014. No entanto, o primeiro caso só foi confirmado no mês de abril de 2015, com valores significativos na Bahia, apresentando 62.635 casos notificados da infecção pelo vírus zika (Luz et al., 2015; Zanluca, 2015; SBI, 2015).

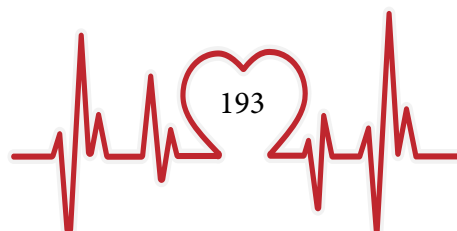


A febre pelo zika vírus é uma doença de notificação compulsória de doenças e agravos a saúde e eventos de saúde pública, conforme a portaria nº204, de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da saúde, onde as notificações são realizadas através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Vasconcelos, 2015).

Toda população é susceptível a infecção pelo vírus da zika, a qual cursa com um quadro febril agudo e benigno, similar a apresentação clínica das arboviroses dengue e a chikungunya. Os sinais e sintomas mais frequentes são: mal estar, prurido, cefaleia, rash cutâneo, hiperemia, conjuntivite, febre baixa; os menos comuns são edema, alterações gastrointestinais e vômitos, podendo apresentar quadros mais graves como a meningite, síndrome de Guillain-Barré e a microcefalia. Existem várias formas de transmissão da doença, dentre elas a transmissão pela picada do vetor *Aedes aegypt* infectado, transmissão vertical de mãe para filho, transfusões sanguíneas e transmissão sexual (Zamnluca, 2015; Musso et al., 2015; Brasil, 2016).

O diagnóstico é realizado a partir de exames clínicos e sorológico IgM, IgG e isolamento ou reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) em busca de anticorpos específicos do vírus da zika, o qual recomenda-se que seja feito após o 5º dia do aparecimento dos sinais e sintomas. Recentemente foi desenvolvido pela Fundação Bahiafarma o teste rápido para o vírus da zika, aprovado em 2016. O teste rápido veio permitir diagnosticar os casos positivos do vírus em todas as etapas da doença com capacidade também de identificar infecções anteriores em um intervalo de 20 minutos, a partir dos anticorpos IgM e IgG, com prioridades de diagnóstico a gestantes e crianças 1, 2, 3, 9, 10, 11,12. (Rodrigues, 2015; Luz et al., 2015; Brasil, 2007; Bahia, 2016; Rodrigues, 2015; Brasil, 2016; João Pessoa, 2017).

Ainda não existe tratamento específico para a febre pelo vírus da zika, nem vacinas e me-

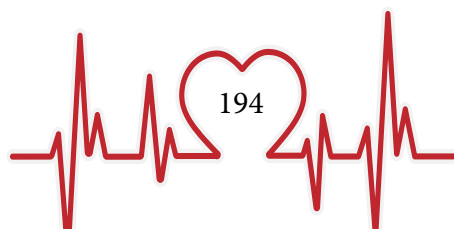


dicamentos antivirais. O tratamento é sintomático, direcionado para o manejo da dor, com o uso de paracetamol ou dipirona, e de reações alérgicas locais com uso de anti-histamínicos. Os anti-inflamatórios e o uso do ácido acetilsalicílico não são recomendados, pois estudos comprovam que o uso desses medicamentos inibe as funções plaquetárias aumentando o risco de hemorragias. O uso excessivo desses medicamentos pode trazer danos como hepatopatias, alergias e nefropatia (Brasil, 2016; Pinto Júnior, 2015).

Paralelo à chegada da febre pelo Vírus da zika ocorreu o aumento dos registros de microcefalia, sendo confirmada a relação de gestantes que apresentaram Febre pelo Vírus Zika com respectivos filhos que nasceram com Microcefalia. Dessa forma, o Estado da Paraíba, decretou Emergência de Saúde Pública com objetivo de traçar estratégias para atenção integral às gestantes, crianças e puérperas (João Pessoa, 2015; João Pessoa, 2015).

Quando ocorre a infecção pelo vírus da zika, as células de defesa neutralizam o invasor não conseguindo eliminá-lo, e deste modo, as células que levam o vírus da zika podem percorrer todo o corpo da gestante, inclusive atravessar a placenta, provocando infecção no sistema nervoso central do feto e posteriormente impedindo o crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Um dos desfechos associados a isso é a microcefalia, uma má formação congênita multifatorial a qual resulta em danos irreversíveis a saúde da criança (Rodrigues, 2015; Bahia, 2016).

Portanto, crianças nascidas a partir de 1º de agosto de 2015 com perímetro cefálico inferior a 33cm, conforme estabelece o protocolo clínico do Ministério da Saúde, também devem ser investigadas. Gestantes com possibilidade de ter contraído o vírus da zika, serão suspeitas para transmissão vertical e deverão ser investigadas independente de apresentar ou não sinais e sintomas da doença. Aquelas com suspeita de doença exantemática realizarão seu acolhimento na unidade básica de Saúde



Debates Interdisciplinares em Saúde

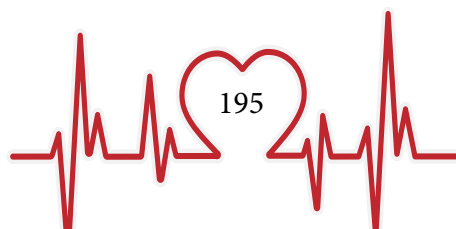
da família seguindo o fluxograma do caderno de atenção básica nº32, sendo notificadas no SINAN como caso suspeito pela infecção do vírus da zika para investigação, obtenção dos casos confirmados ou descartados (Bahia, 2016; Vitória, 2016).

Além dos exames de rotina a gestante deverá realizar alguns outros para o rastreamento da doença exantemática, como, sorologia para dengue, chikungunya, Parvovírus B19, toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, com PCR para Dengue, Chikungunya e Zika vírus além de uma ultrassonografia obstétrica para cada trimestre da gestação. Os casos confirmados na ultrassonografia com desvio menor que 2cm na circunferência craniana e nos exames sorológicos serão encaminhados para os centros de referência, sendo caracterizada gestação de alto risco (Bahia, 2016; Vitória, 2016).

No Estado da Paraíba os centros de referências estão localizados na cidade de João Pessoa, nas maternidades Frei Damião, Cândida Vargas, Hospital Universitário Lauro Wanderley e na cidade de Campina Grande no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida, Hospital Municipal Pedro I e na Maternidade Peregrino Filho (João Pessoa, 2015).

De acordo com o exposto, menciona-se a atenção que o profissional de enfermagem precisa para acompanhar o cenário epidemiológico e do pré-natal, para identificar a doença precocemente. Estudos epidemiológicos são necessários para se conhecer a distribuição de doenças numa realidade espacial e com esse conhecimento gerar novas hipóteses, contribuir para o diagnóstico e tratamento precoce, bem como para subsidiar a definição de políticas públicas de saúde direcionadas a população vulnerável.

Considerando que a febre pelo Zika vírus e sua associação com os casos de microcefalia são novos no cenário paraibano, é imperativo o perfil epidemiológico dessa arbovirose para direcionar as ações que possibilitem o diagnóstico precoce e assistência adequada no pré-natal, parto e puerpério.



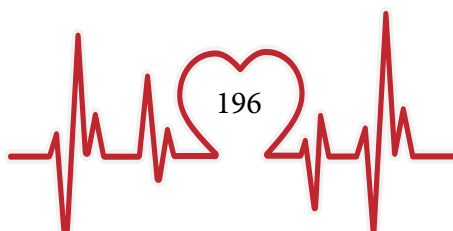
O presente estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: Qual o perfil epidemiológico das gestantes com suspeita da febre pelo vírus zika no estado da Paraíba? Por sua vez, este estudo tem a finalidade de identificar a incidência do vírus Zika em gestantes no Estado da Paraíba visando ampliar o conhecimento contribuindo para o diagnóstico precoce e assistência adequada no pré-natal e puerpério. E tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico de gestantes com suspeita da febre pelo Zika vírus, no Estado da Paraíba, de março de 2016 a março de 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET), da base de dados da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, acessado em 07 de agosto de 2017.

Até 2016, a notificação dos casos era realizada nas unidades sentinelas, mas com as mudanças no padrão de ocorrência de microcefalia e no aumento dos casos de síndrome de Guillain-Barré, a doença aguda denominada pela Febre pelo Vírus da Zika passou a ser de notificação compulsória sendo instituída pela portaria 204. De acordo com a referida portaria é considerado caso suspeito: Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartralgia ou edema periarticular. Considerou-se caso confirmado, todo caso que atenda a definição de suspeito e que possua algum teste positivo/reagente específico de vírus Zika (isolamento viral, detecção de RNA viral por reação da transcriptase reversa RT-PCR, sorologia IgM) ou tenha sido confirmado por critério clínico-epidemiológico (João Pessoa, 2017).

Foram incluídos na análise desse estudo 329 casos suspeitos de gestantes notificadas no SI-



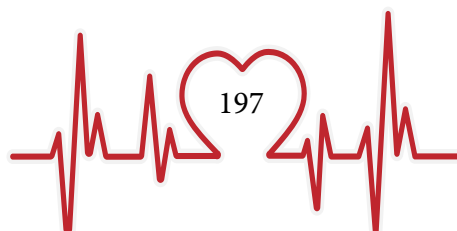
NAN no período de março de 2016 a março de 2017. Segundo a Secretária de Saúde do Estado não houve nenhum caso excluído e todos atenderam a definição do caso suspeito. Considerou-se para análise as seguintes variáveis extraídas das Fichas de Notificação Individual: UF de notificação, idade, idade gestacional, raça/cor, classificação final, critério de confirmação/descarte, local provável de infecção, doença relacionada ao trabalho e evolução dos casos.

Os dados extraídos foram digitados em uma planilha eletrônica da Microsoft Excel®, e avaliados individualmente e conjuntamente por meio de estatística descritiva simples, com construção de gráficos, figuras e tabelas. O projeto de pesquisa seguiu os trâmites legais que determinam a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Foi submetido à apreciação ética e recebeu parecer favorável ao seu desenvolvimento, mediante CAAE: 69675417.8.0000.5188 e parecer nº: 2.143.379.

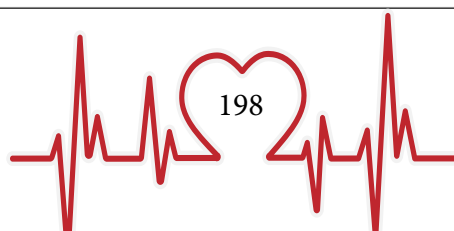
RESULTADOS

Entre março de 2016 e março de 2017, foram registrados 329 casos suspeitos da febre pelo vírus da Zika em gestantes acima de 14 anos de idade no Estado da Paraíba, distribuídos em 49 municípios. Os municípios com maior incidência por 100.000 habitantes foram Gurjão (n=118,52), Cubati (n= 111,20) e Malta (n= 105,82), conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição dos casos notificados da febre pelo vírus Zika, segundo município de residência. Paraíba, Brasil, 2016 e 2017.



MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	Nº CASOS	INCIDÊNCIA 100.000hab
ALAGOA GRANDE	28.650	14	48,8
ALCANTIL	5.451	1	18,32
ALHANDRA	19.241	1	5,20
ARARUNA	20.053	1	4,99
AREIA	23.109	4	17,31
AROEIRA	19.202	1	5,21
BANANEIRAS	21.232	1	4,71
BAYEUX	96.141	24	24,96
BOA VISTA	6.884	1	14,53
BOQUEIRÃO	17.667	1	5,66
CAJAZEIRAS	61.429	14	22,79
CAMPINA GRANDE	405.702	6	1,48
CATOLÉ DO ROCHA	30.179	3	9,94
CONDE	23.975	5	20,86
CUBATI	7.194	8	111,20
ESPERANÇA	32.785	32	97,61
FAGUNDES	11.378	1	8,79
GURINHÉM	14.116	6	42,50
GURJÃO	3.375	4	118,52
INGÁ	18.044	3	16,63
JERICÓ	7.717	2	25,92
JOÃO PESSOA	791.436	144	18,19
JOCA CLAUDINO	2.683	1	37,27
JOAREZ TÁVORA	7.850	2	25,48
JUAZEIRINHO	17.900	3	16,76
LAGOA	4.686	1	21,34
LAGOA SECA	27.345	1	3,67
MALTA	5.670	6	105,82
MAMANGUAPE	44.371	1	2,25
MASSARANDUBA	13.660	1	7,32
NOVA FLORESTA	10.646	1	9,39
PATOS	106.313	3	2,82
PEDRAS DE FOGO	28.287	2	7,07
PILAR	11.788	1	8,48
POCINHOS	18.270	5	27,37
POMBAL	32.714	1	3,06
QUEIMADAS	43.666	3	6,87
REMÍGIO	19.145	3	15,67
RIO TINTO	24.023	1	4,16
SANTA LUZIA	15.273	1	6,55

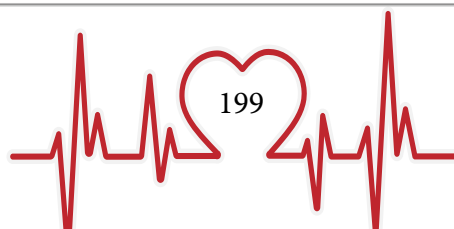
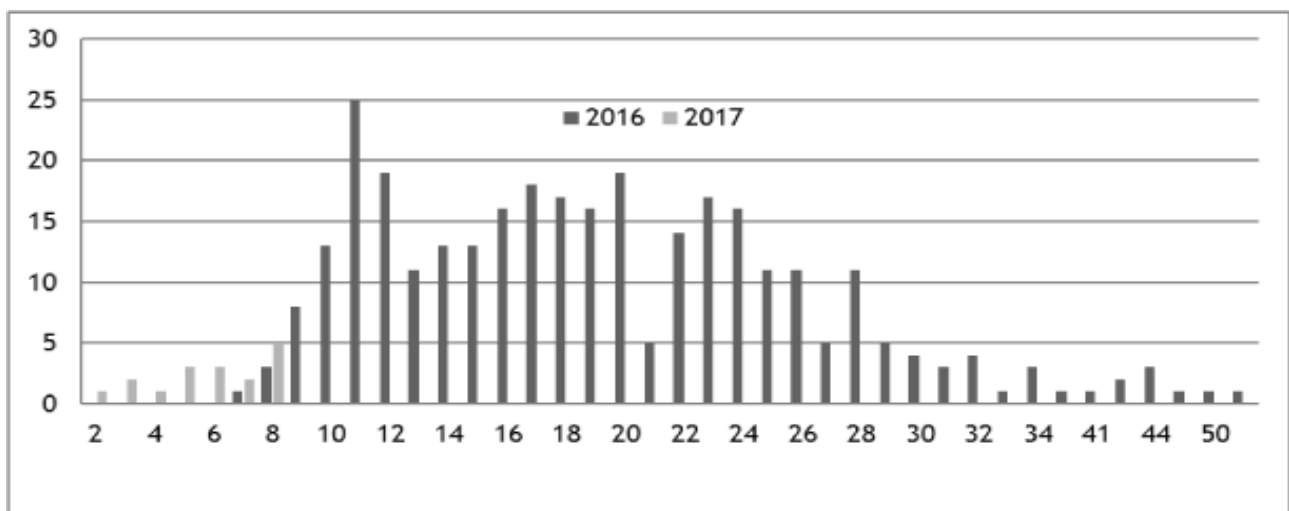


SANTO ANDRÉ	2.539	1	39,39
SÃO BENTINHO	4.451	1	22,47
SÃO BENTO	33.463	1	2,99
SÃO JOSÉ DE PIRANHAS	19.953	1	5,01
SAPÉ	52.219	1	1,92
SERTÃOZINHO	4.892	1	20,44
SOUSA	68.819	7	10,17
TEIXEIRA	14.975	1	6,68
UMBUZEIRO	9.891	1	10,11

Fonte: Sinan/SES-PB, 2017.

Constatou-se que no ano de 2016 houve concentração do número de casos notificados de março a dezembro, com 280 casos (85%) notificados em gestantes. Em 2017, de janeiro a março foram notificados 49 (15%) casos suspeitos pela febre do vírus da Zika, apresentando maiores números de casos notificados na semana epidemiológica (SE) 11, com 25 casos (7%), seguido das SE 12 e 20, apresentando 19 (6%) registros equivalentes aos meses de março e maio do ano de 2016, conforme a figura 1.

FIGURA 1 - Distribuição dos casos notificados da febre pelo vírus Zika, segundo Semana Epidemiológica do início dos sintomas. Paraíba, Brasil, 2016 -2017.

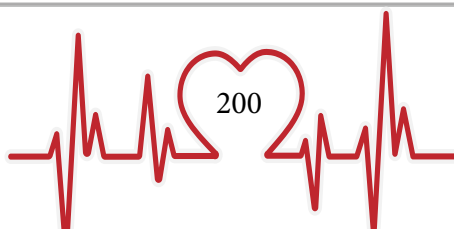
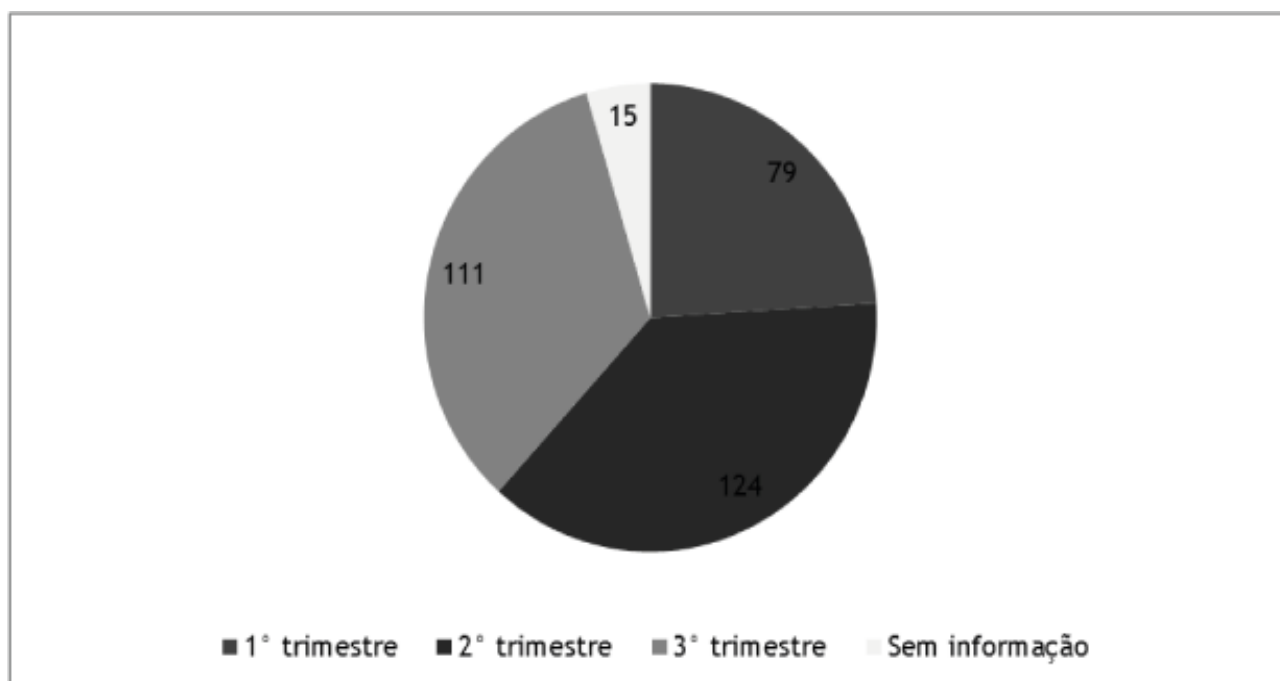


Fonte: Sinan/SES-PB, 2017.

Quanto às características demográficas, os casos suspeitos de febre pelo vírus Zika se concentraram na faixa etária de 20 a 30 anos, com 170 casos (51,6%), seguida daquelas na faixa etária de 30 a 40 anos (n=89, 27%), entre a faixa 14-20 anos (n=56, 17%), em mulheres de 40-50 anos (n=10, 3%), apresentando (n=1 0,4%) em gestantes acima de 50 anos, além de casos (n=3 1%) sem informação.

Constatou-se que o período gestacional que concentrou maior número de casos suspeitos foi o 2º trimestre de gestação, com 124 casos (38%), seguido do 3º trimestre com 111 casos (34%). O 1º trimestre foi a fase menos acometida pela infecção do vírus zika nas gestantes, obtendo 79 casos (24%). Também foram notificados neste período 15 casos (4%) S/I (Figura 2).

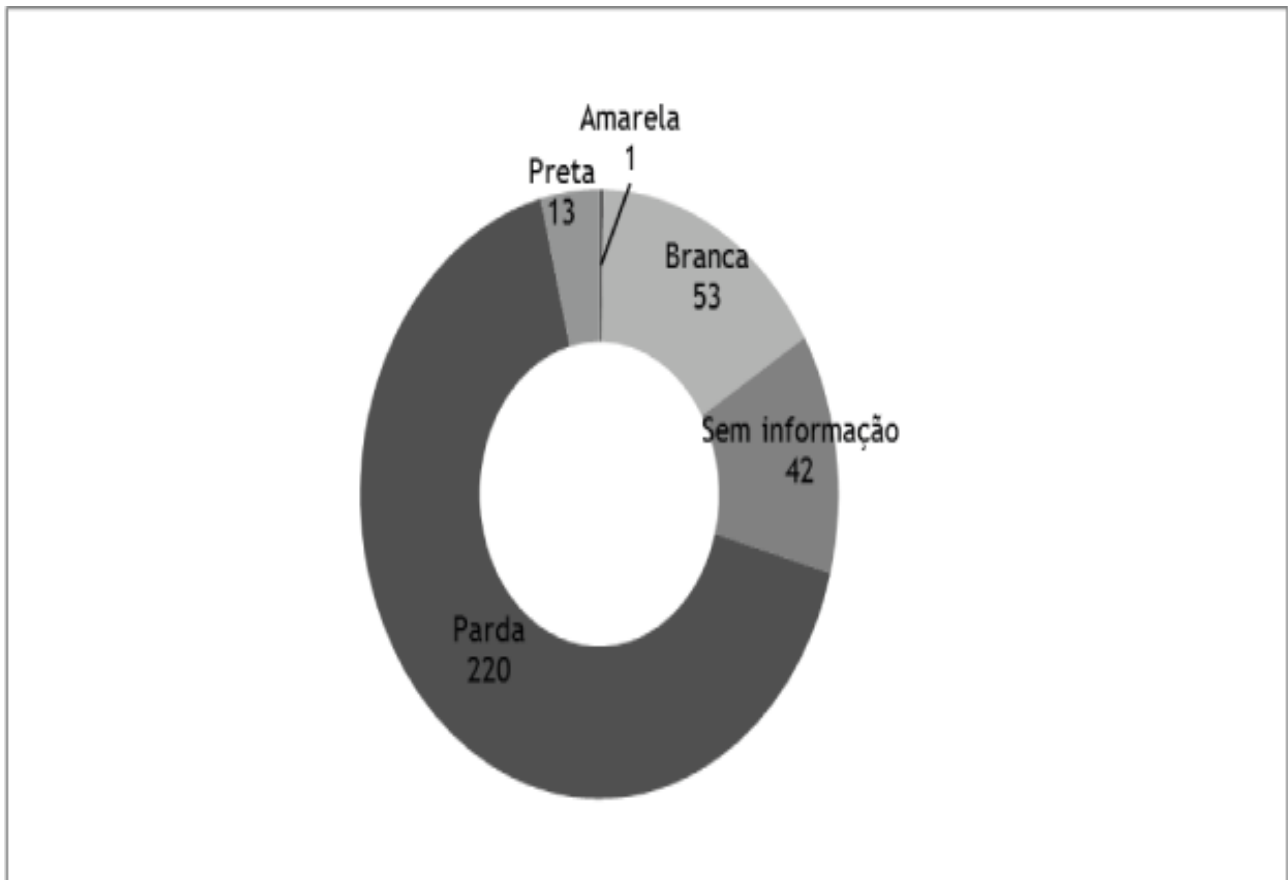
FIGURA 2- Distribuição dos casos notificados da febre pelo vírus Zika, segundo período gestacional. Paraíba, Brasil, 2016 - 2017.



Fonte: Sinan/SES-PB, 2017.

Na representação da distribuição de casos notificados pela infecção pelo vírus Zika em gestantes de acordo com a raça/cor houve maior predominância da cor parda, representando 220 casos (67%). Notou-se que 42 casos notificados (13%) tiveram o registro dessa variável ignorado (Figura 3).

FIGURA 3 - Distribuição dos casos notificados da febre pelo vírus Zika, segundo raça/cor Paraíba, Brasil, 2016-2017



Fonte: Sinan/SES-PB,2017.

A distribuição dos casos com critério de confirmação/descarte e evolução dos casos foram evidenciados no âmbito laboratorial com 97 (29%) casos, 136 (41%) casos clínicos epidemiológicos, além de 96 (29%) casos S/I. No que se diz respeito à evolução dos casos, dos 329 casos suspeitos evidenciados, 127 gestantes obtiveram cura (39%), apresentado 1 (0%) caso de óbito por outras causas e 201 (61%) casos S/I (Tabela 2).

TABELA 2: Distribuição dos casos notificados da febre pelo vírus Zika, segundo critério de confirmação/descarte e evolução do caso. Paraíba, Brasil, 2016- 2017

Critério de Confirmação/Descarte	Evolução dos casos			
	Cura	Sem informação	Óbito por outras causas	Total
Ignorado	3	93	0	96
Clinico-epidemiológico	58	77	1	136
Laboratorial	66	31	0	97
Total	127	201	1	329

DISCUSSÃO

Os casos suspeitos de febre pelo vírus Zika em gestantes registrados na Paraíba entre março de 2016 e março de 2017 foram mais incidentes nos municípios de Gurjão, Cubati e Malta. A faixa etária predominante foi de 20 a 30 anos de idade, com maior frequência em mulheres pardas, no segundo trimestre da gestação.



Debates Interdisciplinares em Saúde

No Brasil, entre 3 de janeiro 2016 a 13 de agosto de 2016, foram registrados 196.976 casos suspeitos de febre do vírus zika, com uma incidência de 96,3/100 mil habitantes, distribuídos em 2.777 municípios. A maior incidência de casos foi constatada no Estado do Mato Grosso, com 925,9 casos/ 100mil habitantes, seguido do Rio de Janeiro com 471 casos por 100 mil habitantes e no Estado da Bahia apresentando 449,6 casos por 100 mil habitantes. Em outro estudo realizado na Bahia em 2015 foram notificados 66.203 casos suspeitos de Zika com uma incidência 437,67 casos por 100 mil habitantes distribuídos em 298 municípios, os municípios com maior incidência foram Monte Santo 3.278, Senhor do Bonfim 2.896 e Camaçari 2.626 por 100 mil habitantes (Brasil, 2016; Bahia, 2016).

Em uma pesquisa realizada em João Pessoa, no ano de 2015 foram registrados 371 casos suspeitos, distribuídos em 64 municípios, com destaque para João Pessoa (184 casos), Alhandra (12 casos) e Bayeux (11 casos) (João Pessoa, 2015). Esses achados são congruentes aos achados desse estudo, onde os municípios de João Pessoa e Bayeux apresentaram 144 e 24 notificações de casos suspeitos, respectivamente.

Ao analisar a faixa etária das gestantes com suspeitas pela infecção do vírus da zika no período de maio de 2015 nas cidades de Natal-RN, Barra da corda, São Luís - MA e João Pessoa - PB, foi visto que entre os 60 casos houve uma divergência em relação ao presente estudo, onde obteve maior incidência de casos na faixa etária entre 40 a 59 anos na cidade de João pessoa apresentando 10 casos (16,6%), seguido da Barra da Corda e São Luis-MA na faixa de 40-59 com 9(15%), na cidade de Natal houve uma semelhança em relação a faixa etária, onde obteve 8 (13,3%) casos entre 20 a 39 anos (Monteiro, 2015).

Indo ao encontro dos achados desta pesquisa, estudo realizado na Bahia até a Semana Epidemiológica (SE) 27 do ano de 2016 foram notificados 66.203 casos suspeitos de Zika distribuídos



em 348 municípios com maior incidência de casos na faixa etária entre 20 a 39 (36,4%) anos. Outro estudo, a nível nacional, foi realizado até a SE 32 do ano de 2016, constatando 196.976 notificações de casos suspeitos de infecção pelo vírus zika e destes, 16.264 foram em gestantes, corroborando com esta pesquisa, que apresentou 44,7% dos casos na faixa de 20 a 39 anos (Musso et al., 2015; Monteiro, 2015).

Corroborando com os dados da pesquisa também foi analisada a variável raça/cor no Brasil no ano de 2016 dos 16.264 foram notificados 7.042 (55,8%) casos nas gestantes com predominância da cor parda, apresentando para maioria das notificações S/I (Musso et al., 2015). Ao analisar um estudo realizado no Estado da Paraíba no ano de 2015, até a SE 49 foram notificados 371 casos suspeitos pela infecção do vírus zika em gestantes, apresentando 19 casos confirmados, 322 em investigação e 30 casos descartados (Vitória, 2016). Ao avaliar o estudo supracitado observou-se que os números de casos foram similares ao desta pesquisa, porém, os casos confirmados não chegaram a 6% do valor total, apresentando um número elevado dos casos em investigação, com 87%.

Em Vitória - ES, no ano de 2016 foram notificados 1.075 casos suspeitos pela infecção do vírus zika em gestantes, com 10 casos confirmados em laboratório, 809 casos clínicos epidemiológicos, 252 casos em investigação, com 35 casos confirmados de bebês com microcefalia (Vitória, 2016). Já no Estado do Espírito Santo os números de casos confirmados superaram os deste estudo, com o número equivalente a 87% dos casos, com 2,7% dos casos em investigação e 0,3% casos confirmados de crianças apresentando malformações relacionadas ao vírus zika.

Em estudo no Rio Grande do Norte com 348 amostras de casos suspeitos pela infecção do vírus da zika entre o período de julho de 2014 a e maio de 2015, foi constatado 73 casos confirmados, cerca de (20,98%), e apenas 2 casos S/I, não chegando a 1%, distribuídos em 16 municípios,



com maior incidência de casos em Natal com 22 (30,14%), seguido de Parnamirim 14 notificações (19,18%), Guamaré 10 registros (13,70%) e Nova Cruz 7 (9,59%) (Bahia, 2016). Os dados supracitados foram menores que os encontrados neste estudo.

Em 2015 e 2016 foram registrados 10.232 casos prováveis de infecções no Estado do Pernambuco, sendo 2.205 casos confirmados, apresentando 39 casos com suspeita de microcefalia relacionada à transmissão vertical, com maiores números de casos em Recife, Caruaru e Vitória de Santo Antão (Pernambuco, 2016; Pernambuco, 2016).

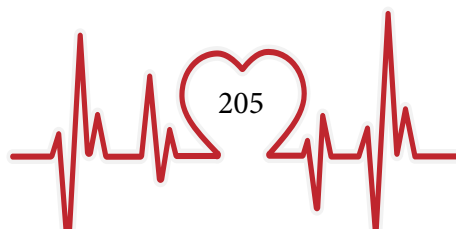
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, traçar o perfil epidemiológico demonstra a importância do fortalecimento das ações em saúde contínuas a fim de mapear e investigar a situação epidemiológica de cada território, avaliando os pontos que mais necessitam de solução imediata.

Para os casos suspeitos pela infecção do vírus zika em gestantes a investigação é primordial, desde o rastreamento da infecção à possível relação da microcefalia com o vírus zika, com o objetivo de se realizar um diagnóstico precoce e oferecer uma assistência adequada no pré-natal, parto e puerpério. A partir disso, medidas de prevenção são essenciais para diminuir possíveis replicações do vírus zika e potencial infecção, como orientação às gestantes sobre tais medidas como o uso de repelentes, roupas longas, proteção em telas e janelas, além do combate aos focos do *Aedes Aegypti*.

REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bahia. Governo do Estado da Bahia. Secretária de Saúde do Estado. “Bahiafarma lança primeiro teste rápido nacional para Zika Vírus”. (2016). Bahia.



Bahia. Governo do Estado da Bahia. Secretária de Saúde do Estado. "Situação epidemiológica das arboviroses". (2016). Bahia.

Bahia. Secretária de Saúde do Estado. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em serviços. "Protocolo de Atenção à Gestante com Suspeita de Zika e à Criança com Microcefalia". (2016). Bahia.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Portaria n°- 204, de 17 de Fevereiro de 2016. "Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências". (2016). Brasília- DF. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N°466, de 12 de Dezembro de 2012: "Regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos". (2012). Brasília-DF. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Saúde do Estado. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. "Boletim Epidemiológico, Zika Vírus: Perfil Epidemiológico em Mulheres". (2016). Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em serviços. "Ministério da Saúde vai distribuir Teste de Zika". (2016). Brasília-DF. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. "Sistema de Informação de Agravos de notificação (SINAN)". (2007). 2° Ed. Brasília-DF. Ministério da Saúde.

Fantinato, FFST et al. "Descrição dos Primeiros Casos de Febre pelo Vírus da Zika Investigados em Municípios da Região Nordeste". (2015). Epidemiol. Serv. Saúde.

João Pessoa. Secretária de Saúde do Estado. Conselho de Secretárias Municipais de Saúde da Paraíba. "Nota informativa conjunto N° 002 de 2017 SES-PB e COSEMS-PB. Distribuição e utilização do teste rápido de Zika IgG/IgG combo Bahia Farma". (2017). João Pessoa.

João Pessoa. Secretária de Saúde do Estado. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. Centro de Vigilância Estratégica de Vigilância em Saúde. "Boletim Epidemiológico, Monitoramento dos Casos de Microcefalia da Paraíba". (2015). João Pessoa.



João Pessoa. Secretária de Saúde do Estado. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. Centro de Vigilância Estratégica de Vigilância em Saúde. Diário Oficial do Estado da Paraíba. “Decreto nº 36.426 de 04 de dezembro de 2015”. (2015). João Pessoa.

João Pessoa. Secretária de Saúde do Estado. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. Centro de Vigilância Estratégica de Vigilância em Saúde. “Protocolo para investigação e acompanhamento dos casos de microcefalia no Estado da Paraíba”. João Pessoa, 2015.

Luz, KG. et al. “Febre pelo vírus Zika. Epidemiol”. (2015). Serv. Saúde, vol. 24, n. 4, p. 785-788, Brasília dez.

Monteiro, JD. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Biociências. Departamento de Microbiologia e parasitologia. “Epidemiologia Molecular dos Vírus Dengue e Zika no Estado do Rio Grande do Norte no Período de Junho de 2014 a maio de 2015”. (2015).

Musso, D. et al. “Zika virus: following the path of dengue and chikungunya?” (2015). Lancet. vol. 386, n. 9990, p243-4, Jul 2015.

Pernambuco. Secretária de Saúde do Estado. Secretária de Vigilância em Saúde. Superintendência em comunicação. “Diário Oficial do Pernambuco, Jornal do Comercio”. (2016).

Pernambuco. Secretária de Saúde do Estado. Secretária de Vigilância em Saúde. Superintendência em comunicação. “Diário Oficial do Pernambuco”. (2016).

Pinto Junior, V. L. et al. “Revisão para clínicos”. (2015). Revista Eletrônica Acta MedPort, 2015.

Rodrigues, MC. “Novovírus transmitido pelo mosquito da dengue chega no Brasil. Departamento de Hematologia”. (2015).

Rodrigues, MC. “Relação entre: Zika Vírus, Síndrome de Guillain-Barré e Microcefalia”. (2015). Departamento de Hematologia.

Sociedade Brasileira De Infectologia. “Boletim da SBI, Uma publicação da Sociedade Brasileira de Infectologia” (2015).

Vasconcelos, PFC. “Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas?” (2015). RevPan-AmazSaude, Ananindeua, v. 6, n. 2, p. 9-10, jun.

Vitória. Secretária de Saúde do Estado. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. “Protocolo de Assistência a Gestantes com Suspeitas de Zika Vírus e Bebês com Microcefalia”. (2016). Vitória-ES.



Zanluca, C et al. “Firstreport of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz” (2015). vol.110 n°.4. Rio de Janeiro.



Capítulo

14



**SEGUIMENTO DOS CASOS SUSPEITOS E AL-
TERADOS DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

**SEGUIMENTO DOS CASOS SUSPEITOS E ALTERADOS DE CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**
**FOLLOW-UP OF SUSPECTED AND CHANGED CASES OF CERVICAL
CANCER IN THE MUNICIPALITY OF JOÃO PESSOA**

Jéssica Andrezza Silva e Araújo¹

Séfora Evangelista de Andrade²

Milena Kaline da Costa Silva³

Elisangela da Costa Farias⁴

Ranny Bery Radamez de Souza Silva⁵

Perla Figueredo Carreiro Soares⁶

Resumo: Introdução: Rastrear a população feminina significa analisar, buscar mulheres que não tiveram contato com o vírus e observar o momento exato mediante o adoecimento. Sobretudo no acompanhamento da evolução dessas mulheres com base no tratamento. Objetivo: Analisar o seguimento dos casos alterados e suspeitos de câncer do colo de útero em mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo com aborda-

1 Enfermeira pela Faculdade Uninassau-João Pessoa-PB. Pós-graduanda em Emergência e UTI pela Fesvip, João Pessoa-PB

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem -UFPB

3 Enfermeira pela Uninassau-João Pessoa-PB. Pós-graduanda em ginecologista e obstetrícia pela Fesvip-João Pessoa-PB. Diretora de Imunização da Secretaria de Saúde e Bayeux-PB

4 Biomédica pela Uninassau-João Pessoa-PB. Pós-graduanda em Citologia Clínica pela CCE cursos-Recife-PE

5 Enfermeiro pela Uninassau-João Pessoa-PB. Pós-graduado em UTI e Urgência e emergência pela Fesvip- João Pessoa. Coordenador da UTI geral e UTI Covid do Complexo hospitalar de doenças infecto contagiosas Dr. Clementino Fraga, João Pessoa-PB

6 Enfermeira. Mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento. Especialista em enfermagem obstétrica. Chefe do Núcleo de Serviços Diagnósticos da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba



Debates Interdisciplinares em Saúde

gem quantitativo, que utilizou os dados secundários do SISCAN através da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, do ano de 2015. Participaram do estudo dados de mulheres com alterações suspeitas e confirmadas de CCU. Foram excluídos os casos com resultados benignos e estejam com dados incompletos no SISCAN. Resultados: Foram analisadas 471 mulheres, de 15 a maior de 64 anos. Dentre essas, 63,90% realizaram o exame Citopatológico e 36,10% o Histopatológico. Dentre as alterações, 46,28% apresentaram LSIL como maior causa. 30,14% repetiram o Citopatológico e 34,18 realizou a colposcopia. Apenas 1,06 realizaram a CAF e 1,06 apresentou Histerectomia como tratamento. Considerações Finais: O SISCAN deve ser visualizado como sistema de grande relevância para monitoramento desses casos suspeitos e confirmados, com objetivo de nortear as ações de maneira preventiva. O estudo possibilitou analisar o perfil dos seguimentos do CCU das mulheres do município de João Pessoa, podendo auxiliar a gestão municipal no planejamento de ações visando à melhoria da saúde dessa população.

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero; Programa de Rastreamento; Epidemiologia.

Abstract: Introduction: Tracking the female population means analyzing, looking for women who have not had contact with the virus and observing the exact moment through illness. Especially in monitoring the evolution of these women based on treatment. Objective: To analyze the follow-up of abnormal and suspected cases of cervical cancer in women treated at Family Health Units in the city of João Pessoa-PB. Methods: This is a descriptive study with a quantitative approach, which used secondary data from SISCAN through the Municipal Health Secretariat of João Pessoa-PB, in the year 2015. Data from women with suspected and confirmed UCC changes participated in the study. . Cases with benign results and incomplete data in SISCAN were excluded. Results: 471 women were



analyzed, from 15 to over 64 years old. Among these, 63.90% underwent the Cytopathological exam and 36.10% the Histopathological exam. Among the changes, 46.28% had LSIL as the main cause. 30.14% repeated the cytopathology and 34.18 performed the colposcopy. Only 1.06 underwent CAF and 1.06 underwent Hysterectomy as treatment. Final Considerations: SISCAN should be viewed as a system of great relevance for monitoring these suspected and confirmed cases, with the objective of guiding preventive actions. The study made it possible to analyze the profile of the CCU follow-ups of women in the city of João Pessoa, being able to assist the municipal management in planning actions aimed at improving the health of this population.

Keywords: Cervical Cancer; Tracking Program; Epidemiology

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) configura-se como o terceiro tipo de câncer mais incidente entre mulheres, com grande impacto na saúde pública (Inca, 2015). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca) (2016), o CCU evolui a partir de lesões intraepiteliais, e em decorrência do seu progresso podem tornar-se neoplasias malignas, sendo possível a cura quando detectadas em estágios iniciais.

O CCU vem se caracterizando como a quarta causa de óbitos entre as mulheres (Brasil, 2013). Há estimativas que para o ano de 2016 apresente 16.340 casos de câncer do colo do útero no Brasil, com um aumento do risco em 15,85 a cada 100.000 habitantes, sendo esperados 19,39 casos a cada 100.000 para o município de João Pessoa-PB (Inca, 2015).

Vários fatores são citados como associados ao aumento no risco de desenvolvimento do CCU, dentre eles a infecção pelo HPV (Vírus do papiloma humano), podendo ser acentuado ainda por outras condições, como: multiparidade, baixo fator econômico, multiplicidade de parceiros sexuais e,



consequentemente, exposição ao vírus e não adesão aos cuidados de saúde como a não realização do exame citopatológico (Botega et al., 2016).

É provável que as mulheres apresentem a infecção pelo HPV em algum período da vida e que possam desenvolver algum dos subtipos mais incidentes, são eles: 06, 11, 16 e 18. Considerado os riscos para desenvolver o HPV, a infecção de modo isolado não é suficiente para o desenvolvimento do CCU, no entanto a exposição ao vírus e associação com outros fatores aumenta o risco para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia (Inca, 2016).

Atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e aplicando a integralidade em todos os níveis de atenção, de modo a atender o indivíduo de acordo com suas necessidades, é possível uma diversificação no que diz respeito ao rastreamento dessas lesões precursoras. Dentre as estratégias implementadas com base na atenção primária à saúde para o rastreamento e detecção precoce do CCU, podemos citar o exame citopatológico como principal medida de controle dessa neoplasia (Thuller; Bergmann; Casado, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza o rastreamento do CCU através do exame citopatológico (preventivo ou exame de Papanicolau, diferentes nomenclaturas utilizadas) a partir dos 25 anos de idade até os 64 anos, entre aquelas mulheres que já iniciaram e/ou que mantem uma vida sexualmente ativa (Inca, 2015). O CCU geralmente acomete mulheres a partir dos 30 anos e tem o seu pico aumentado em mulheres acima de 50 anos de idade (Brasil, 2013).

O resultado do exame citológico é obtido através de uma técnica de coleta de material citológico na parte externa e interna do colo do útero. O êxito no diagnóstico e tratamento depende dessa coleta do material, da análise e do encaminhamento aos serviços adequados (Coren, 2014).

No Brasil, o diagnóstico do CCU ocorre tardiamente, estando relacionados com diversas



questões sejam elas biológicas, socioeconômicas e/ou estruturais do próprio serviços. Evidencia-se que apesar de haver uma relação mínima, as condições socioeconômicas estão associadas ao estágio avançado da doença (Thuler et al., 2014).

No cenário brasileiro, o perfil das mulheres acometidas pelo CCU em estágios avançados, são as de raça negra e parda, com idade superior a 50 anos, sem companheiro e com baixa escolaridade (Thuler et al., 2012; Thuler et al, 2014).

Portando, rastrear essa população é crucial para monitorar e diagnosticar precocemente os casos de CCU e, sobretudo, no acompanhamento da resposta das mulheres diagnosticadas após o tratamento. O gerenciamento desse seguimento é realizado, principalmente, pelos profissionais de saúde da Atenção Básica, que acompanham a situação das usuárias que apresentam alguma alteração ou são vulneráveis a fatores de risco importantes e desse modo podem intervir em momento oportuno para iniciar o tratamento (Brasil, 2013).

Com objetivo de gerar mais suporte aos programas de rastreamento para detecção precoce do CCU priorizando ações e estratégias para controle e redução nas taxas de morbimortalidade, no ano de 1998, através da portaria GM/MS nº 3040/98 foi criado o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, formulando ações e diretrizes para maior abrangência no diagnóstico precoce. Com base nos serviços da atenção primaria é implantada ações na avaliação de saúde para a redução dos índices de mortalidade em mulheres acometidas por cânceres (Inca, 2011).

Em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o INCA desenvolveu um sistema de informações que gerencia e fornece dados sobre a população de mulheres monitorada, resultados de exames, entre outras informações (Inca, 2011).

Dentre esses sistemas formados, foram desenvolvidos o Sistema de Informação do Controle



do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) inserido por volta do ano 1999, através da portaria nº 408 de 30/08/1999. Sistema criado com o objetivo de fornecer informações para obter detecção precoce (Brasil, 2013).

No ano de 2011, foi exposto um plano de ações que visam diagnosticar, tratar e prevenir essa neoplasia. Para sistematizar as informações e medidas de prevenções do câncer, foi desenvolvido um novo sistema de informação, o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Sistema esse, que passou a suprir o SISCOLO (Inca, 2013).

Para melhor abrangência do rastreamento, o novo sistema dispõe de mudanças, permite a identificação das usuárias e seus respectivos exames. O SISCAN tem a função de monitorar os casos suspeitos e diagnosticados positivos, avaliando a qualidade das informações inseridas, elaborando o histórico da usuária e permitindo monitoramento pelos profissionais sobre situação de segmento/tratamento da usuária. Assim, pode manter subsídios para os serviços efetuando métodos adequados para o rastreamento do câncer do colo do útero, por dispor de conduta em prol da melhoria da assistência, sobre tudo no acompanhamento da situação de saúde da mulher (Inca, 2013).

Percebendo que o SISCAN é um importante sistema que possibilita emitir informações mais precisas sobre o rastreamento do câncer de colo do útero e sendo essa neoplasia uma preocupação para a saúde pública, este estudo analisou como ocorre o seguimento do câncer do colo útero de mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB?

Nesse sentido, o estudo possibilitou, a partir dos dados apresentados sobre as características do rastreamento do câncer de colo de útero na população feminina da cidade estudada a construção de novas estratégias para o programa de saúde da mulher, pois conhecendo a população que vem adoecendo com essa neoplasia torna-se mais fácil direcionar ações de prevenção e de cuidado mediante



o adoecimento pelo CCU.

Assim, o objetivo desse estudo foi analisar o seguimento dos casos alterados e suspeitos de câncer do colo uterino em mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa-PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, que utilizou os dados secundários do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, do ano de 2015.

O estudo foi realizado na cidade de João Pessoa (PB), a qual possui aproximadamente 791.438 mil habitantes segundo dados do IBGE (2015). A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro, no SISCAN da Secretária Municipal de Saúde. Com objetivo de analisar como vem ocorrendo o rastreamento do CCU na população feminina da capital, atendidas nas Unidades de Saúde da Família. A rede de atenção básica é composta atualmente por 192 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 05 distritos sanitários de saúde.

Participaram do estudo dados de mulheres com alterações suspeitas e confirmadas de câncer de útero e que residem no município de João Pessoa-PB com informações registradas no SISCAN no ano de 2015. Foram excluídos os casos com resultados benignos e/ou com dados incompletos no SISCAN.

A coleta de dados foi realizada através da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, no SISCAN, a qual dispôs do apoio de um profissional capacitado da secretaria, que auxiliou na extração dos dados necessários para o estudo como: número de casos diagnosticados; idade das mulheres; exa-



mes realizados e diferentes resultados dos exames e as formas de tratamentos indicadas.

Os dados coletados do SISCAN foram analisados por meio de estatísticas simples, utilizando programa Microsoft Excel versão 2010, sendo os dados expostos em tabelas, e discutidos com auxílio da literatura atual disponível sobre a temática.

O estudo atendeu todos os aspectos éticos e legais que envolvem as pesquisas com seres humanos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). A pesquisa foi encaminhada a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa para aprovação e liberação do termo de anuência da pesquisa, a qual foi enviada à Plataforma Brasil para avaliação de um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

O pesquisador e o profissional da secretaria de saúde (instituição coparticipante), que trabalha diretamente com o sistema, assinaram o termo de consentimento para o uso de dados (APÊNDICE A).

Os dados foram utilizados apenas para análise, interpretação e divulgação de informações em saúde através de artigos dentre outras publicações científicas desta pesquisa, não oferecendo riscos para as mulheres investigadas.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 475 mulheres que apresentaram resultados alterados no SISCAN, foram excluídas 04 usuárias, pois não apresentaram conclusão dos resultados no sistema. De acordo com a tabela 1, a faixa etária das mulheres com alterações diagnósticas no colo do útero, variou entre 15 a maiores de 64 anos de idade. Apresentando maior número de casos na faixa etária de 25 a 64 anos (82,59%). Já na faixa etária de 15 a 24 anos representou 13,1% dos casos e os maiores de 64 anos



apresentou menor número dos casos, com (4,24%) das alterações. Entre as mulheres que apresentaram alterações, observou-se um maior número de casos alterados nas idades de 29 e 34 anos, com 20 casos cada. Fora da faixa etária proposta, a idade que mais apresentou alterações foi aos 19 anos, com 12 casos alterados. Em relação ao número de alterações em mulheres com mais de 64 anos, observou-se 04 casos em mulheres com 71 anos.

TABELA 1 – Casos com alterações uterinas em mulheres no município de João Pessoa no ano de 2015. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Faixa etária	N	%
15-24	62	13,1
25-64	389	82,59
>64	20	4,24
Total	471	(100%)

Na tabela 2, observam-se os exames solicitados na suspeita do CCU, com relação aos mais solicitados, pode destacar o Citopatológico (63,90%), seguido do Histopatológico (36,09%). De acordo com as faixas etárias, o maior número de realização desses exames foi entre 25 a 64 anos de idade, com um total de 389 exames realizados. Sendo (62,21%) citológico e (37,79%) histológico.

TABELA 2- Exames solicitados na suspeição e diagnóstico do câncer de útero nas faixas etárias entre mulheres João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Exames	Faixas etárias (anos)			Total n (%)
	15 - 24 n (%)	25 - 64 n (%)	> 64 n (%)	
Citológico	51(82,25)	242(62,21)	8(40)	301(63,90)
Histológico	11(17,75)	147(37,79)	12(60)	170(36,10)
Total	62(100%)	389(100%)	20(100%)	471(100%)



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Analisando os dados estratificados na tabela 3, destaca-se às lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau (LSIL), que representaram 46,28% dos resultados alterados, já as lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau (HSIL) apresentaram 29,93%. Em seguida, as células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US) com 16,98% e as células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau (ASC- H) constituíram 3,6% dos resultados.

Em relação à faixa etária, observou-se que a que mais apresentou casos alterados foi de 25 a 64 anos, com 389 casos, sendo 45,75% LSIL e 31,10% HSIL. De acordo com o tipo de câncer, nessa faixa etária destaca-se o carcinoma epidermoide que representou o maior número de casos com 07 (1,79%). O carcinoma invasor e o adenocarcinoma apresentaram poucos casos dentro dessa faixa, e fora dessa faixa não apresentou nenhum caso.

TABELA 3 - Descrição dos os achados dos exames solicitados na suspeição do câncer de colo de útero de acordo com as faixas etárias João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Variável Alteração	Faixas etárias (anos)			Total n (%)
	15 - 24 n (%)	25 - 64 n (%)	> 64 n (%)	
ASC – US	12 (19,35)	65 (16,70)	3 (15)	80 (16,98)
ASC- H	1(1,61)	15(4)	1(5)	17(3,60)
LSIL	39(62,90)	178(45,75)	1(5)	218(46,28)
HSIL	10(16,13)	121(31,10)	10(50)	141(29,93)
Carcinoma invasor	0	1(0,25)	0	1(0,21)
Adenocarcinoma	0	2(0,51)	0	2(0,42)
Epidermoide	0	7(1,79)	5(25)	12(2,54)
Total	62(100%)	389(100%)	20(100%)	471(100%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



Legenda: ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico ASC-H: células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau LSIL: lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau HSIL: lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau.

Os tratamentos do câncer de útero (Tabela 4), sendo que (1,06%) apresentou como tratamento a Cirurgia de Alta Frequência e (1,06%) apresentou Histerectomia. Mas 461 mulheres não apresentaram registro do tratamento inserido no sistema.

TABELA 4 – Tratamento do câncer de colo de útero, registrados no SICAN, em mulheres João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Exames	Faixas etárias (anos)			Total n (%)
	15 – 24 n (%)	25 – 64 n (%)	> 64 n (%)	
CAF	0	4(50)	1(50)	5(1,06)
Histerectomia	0	4(50)	1(50)	5(1,06)
Total	0	8(100%)	2(100%)	471(100%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Legenda: CAF: cirurgia de alta frequência.

De acordo com os dados das mulheres descritas na tabela 5, (30,14%) delas repetiram o citopatológico e (34,18%) realizaram a colposcopia. Sendo que a maioria (35,66%) não teve o tipo do seu seguimento inserido no sistema.

TABELA 5 – Usuárias que apresentaram seguimento inserido no sistema, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.



Exames	Faixas etárias (anos)			Total n (%)
	15 – 24 n (%)	25 - 64 n (%)	> 64 n (%)	
Repetiu Cito	18(29,03)	118(30,33)	6(31,57)	142(30,14)
Colposcopia	9(14,51)	145(37,27)	7(36,84)	161(34,18)
Sem informação	35(56,45)	126(32,39)	7(36,84)	168(35,66)
Total	62(100%)	389(100%)	19(100%)	471(100%)

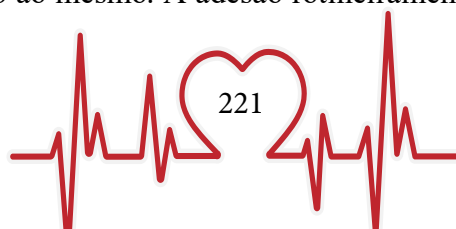
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO

Esse estudo avaliou como ocorre o rastreamento da suspeição do câncer do colo do útero no município de João Pessoa. Observamos que as medidas do Ministério da Saúde para rastreio dessas lesões precursoras se apresentaram de maneira ativa. Visto que a faixa etária mais acometida, foi a de 25 a 64 anos. Isso se objetivou pelo fato de que as faixas etárias que apresentaram maior suspeição de câncer, foram 29 e 34 anos que estão dentro da proposta para rastreio do Ministério da Saúde. É importante destacar que essas mulheres estão em idade reprodutiva e segundo Ministério da Saúde (2013), com o aumento da idade associada a presença dos fatores de riscos, podem levar essas lesões precursoras ou malignas originadas pelo agente causal a posteriormente desenvolver os carcinomas.

Estudo conduzido por Speck et al. (2015), avaliou a realização do rastreamento do CCU por mulheres no Xingu, e a maioria dessas estavam na faixa etária de 12 a 24 anos, indo de encontro aos resultados obtidos nesse estudo que apontaram que a realização do rastreamento foi predominante na idade de 25 a 64 anos.

Entre os exames o mais solicitado foi o citopatológico, o que era esperado visto que este é a principal estratégia no âmbito da atenção básica para rastreamento e controle do CCU devido à alta especificidade e fácil acesso ao mesmo. A adesão rotineiramente das mulheres a realização do cito-



palógico deve ser reforçada para garantir uma maior cobertura dos programas, além de fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde (Inca, 2016).

Augusto et al. (2014), contempla que a infecção viral foi menos frequente entre as mulheres submetidas regularmente ao teste de Papanicolau, mas a realização do exame preventivo, pelo menos uma vez ao longo da vida, não influenciou a citologia. Apesar disso, é importante notar que a realização regular do Papanicolau diminuiu a frequência do vírus.

De acordo com os resultados dos exames alterados, o estudo evidenciou que às lesões intra-epiteliais de baixo grau (LSIL) foram as mais incidentes, representando (46,28%) dos resultados alterados. Segundo Ministério da Saúde (2010) essas lesões são distinguidas por acometerem as camadas mais profundas do epitélio. Estudo conduzido por Gonçalves et al. (2016) apresentou de um total de (401) casos, a prevalência de 141 casos para 58 (14,5%) de LSIL e 83 (20,7%) HSIL, variáveis bem contraditórias em relação a nossa casuística.

Em relação à variável faixa etária, observou-se que a faixa etária que mais apresentou casos alterados foi de 25 a 64 anos, com 389 casos, sendo (45,75%) LSIL e (31,10%) HSIL. Sabe-se que essa é a faixa etária que deve ser investigada segundo o Ministério da Saúde, revelando que as ações nos municípios estão sendo efetivas para a investigação nessa população alvo.

Sobre o tipo de câncer, na faixa etária preconizada destaca-se o carcinoma epidermoide que representou o maior número de câncer com 07 (1,79%). Esse carcinoma é decorrente de progressões de lesões, migrando por todos os estágios e acometendo todas as camadas do epitélio atingindo a malignidade. Backes. et al. (2016), em seu estudo a faixa etária (35 a 65) foi semelhante ao presente levantamento por classificações compatíveis com os casos de Carcinoma Epidermoide. Ressaltando a análise para, quanto mais jovem, maior a chance de detecção prévia de atipias, levando ou não a



progressões de lesões. Classificando assim, os casos de Carcinomas para as idades mais avançadas.

Carneiro et al. (2016), no seu estudo sobre adesão ao exame Papanicolau, no qual destaca fator preocupante em relação ao total de 249 mulheres analisadas, 12(6,9%) eram mulheres de 30 a 49 que nunca realizaram o exame Citopatológico, já 74 (42,5%) realizou apenas 1 exame em 3 anos. Portanto, Cordeiro et al. (2015), sugere que sejam elaboradas novas recomendações para atrair espontaneamente o público feminino para as USF. Santos et al. (2016), corroboram que esse pensamento, sobretudo em oferecer capacitações aos profissionais que integram essa rede para melhor atender essa demanda e, assim, disseminar as informações.

As orientações acerca do CCU, devem também ser oferecidas por meio de palestras, com ações de grupos ou individuais, além da concretização com o exame realizado rotineiramente. Ressaltando quanto à importância do acompanhamento dessas mulheres através da visita domiciliar, os autores concluem que essas intervenções deveriam contribuir efetivamente para a adesão, pois a prevenção é mais satisfatória que o tratamento (Oliveira et al., 2015).

Com relação ao registro do seguimento dos casos suspeitos no SISCAN, o presente estudo expôs que de um total de 471 mulheres, 168 (35,66%) das usuárias estavam sem seguimento e 461 sem tratamento inserido no sistema. Resultado semelhante a esse levantamento, conduzido por Araújo et al. (2014), no estado de Goiás, revelou que de um total de 900 mulheres com exames alterados, 551 (61,22%) apresentaram seu seguimento ignorado.

No entanto, não se pode afirmar que as mulheres não realizam exames de seguimento da doença, pode-se afirmar falhas no registro dessas informações no SISCAN, seja por parte dos profissionais de saúde da atenção básica e demais serviços por não enviarem os formulários que apresentam essas informações, ou até mesmo no momento do registro no sistema, ocasionando as subnotifica-



ções. Ressalvando que o SISCAN só fornece informações dos exames realizados pelo SUS. Portanto, exames realizados na rede complementar não estão incluídos no SISCAN, tais informações só serão alcançadas por meio da busca ativa.

Farias et al. (2016), no seu estudo sobre seguimento do CCU aponta que a ausência do manuseio com manuais pode se relacionar à baixa eficiência no que diz respeito aos profissionais. Todavia, (60,6%) dos que integram a rede, referem não ter recebido treinamento prévio. Logo, de sete coordenadores da área da saúde da mulher que realizam monitoramento, apenas um recebe o resultado e insere no sistema para, posteriormente, conduzi-lo a unidade de saúde referente e ter o acompanhamento mais fidedigno do seguimento.

Paradoxalmente, Sartori et al. (2016), na sua análise sobre o sistema de informação do Câncer do CCU, menciona a falta de conhecimento (87%) dos profissionais para manuseio do SISCAN. Ignorando a inserção do tipo de seguimento, impossibilitando análise adequada. Completa ainda, que o sistema excede mais de uma semana sem operacionalização.

Portanto é necessário aplicar a devida conduta para cada tipo de caso, tanto na inclusão dos dados quanto no encaminhando corretamente das mulheres para realização exata do seu seguimento, evitando uma multiplicidade de exames e procedimentos de forma desnecessária causando retardo no diagnóstico e consecutivamente no tratamento, além dos altos custos em saúde decorrente dessa desorganização do fluxo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O seguimento na suspeição do câncer de útero no município de João Pessoa revelou que a incidência de casos alterados ocorreu em mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério,



mulheres de 25 á 64 anos, com a realização do citopatológico como método para esse rastreamento. Das alterações encontradas nos exames, destaca-se a lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL), que representa um risco mínimo de malignidade, e assim pode-se ressaltar que esse rastreamento pode está sendo realizada de forma precoce favorecendo mais controle e cuidado a saúde dessas mulheres.

O SISCAN deve ser visualizado como sistema de grande relevância para monitoramento desses casos suspeitos e confirmados de câncer de útero, com objetivo de auxiliar nessas intervenções, norteando as ações de maneira preventiva mediante o adoecimento dessa população. Logo, observa-se a necessidade de fortalecer as ações junto aos profissionais da atenção básica sobre a importância do registro e envio de informações, bem como qualificar ainda mais os profissionais que gerenciam esse sistema.

O estudo possibilitou analisar o perfil dos seguimentos do câncer de útero das mulheres do município de João Pessoa, podendo auxiliar a gestão municipal no planejamento de ações visando à melhoria da saúde dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, ES. “Avaliação dos Indicadores da Qualidade dos Exames Citopatológicos do Colo do Útero de Laboratórios Privados do Estado de Goiás Credenciados pelo Sistema Único de Saúde, 2012: Estudo Transversal”. (2014). Revista Brasileira de Cancerologia. v. 60, n.1, p. 7-13.

Augusto, FE; et al. “Detecção do papilomavírus humano em citologias cervicais de mulheres atendidas no Programa Saúde da Família: Estudo transversal”. (2014). Revista Latino-Am. Enfermagem. v 22, n 1, p 1-8.

Backes, HTL. et al. “População feminina atendida no sus e prevalência de alterações citológicas no colo do útero: Estudo Transversal”. (2016). Revista Eletrônica de Extensão. v 13, n 22, p 56.



Botega, GCN. et al. “A extensão universitária na prevenção do câncer de colo do útero em comunidades ribeirinhas no estado do Pará: Estudo Descritivo”. (2016). Revista. Ciências em Extensão. v.12, n.3, p.22-36.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. “Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: regulamenta as pesquisas envolvendo seres Humanos”. (2012). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). “Manual preliminar para apoio à implantação: Sistema de Informação do Câncer”. (2013). Rio de Janeiro, 7 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). “Manual preliminar para apoio à implantação: Sistema de Informação do Câncer”. (2013). Rio de Janeiro, 107 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. “Controle dos cânceres do colo do útero e de mama: Linha de cuidado para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama”. (2013). Brasília, 26 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama: Câncer do Colo do Útero”. (2013). Brasília, 42 p.

Carneiro, SR. et al. “Exame Papanicolaou: adesão das usuárias das Unidades Básicas de Saúde de um município de pequeno porte de Minas Gerais: Estudo Transversal”. (2016). Revista Norte Mineira de Enfermagem. v 5, n 1, p 41-56.

Cordeiro, GD. “Melhoria no programa de prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero e de Mama na USF das Quintas, em Natal/RN”. (2015). Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

Farias, BCA; Barbieri, RA. “Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde: Estudo transversal”. (2016). Esc. Anna Nery. v 20, n 4.

Gonçalves, JA; Carvalho, UCA. “Integralidade do cuidado na assistência secundária das lesões precursoras de câncer de colo do útero: Estudo Descritivo”. (2016). (Trabalho de Conclusão de Curso)- Universidade Tiradentes, Sergipe.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). “Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil” Rio de Ja-



neiro: INCA; 2011.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). “Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero: Fatores de risco”. (2011). Rio de Janeiro.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). “Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero: Histórico das ações” (2011). Rio de Janeiro: INCA.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação-Geral de Ações Estratégicas. “Histórico da prevenção do câncer do colo do útero no Brasil”. (2011). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro.p 17.

Lira, EM. “Protocolo do enfermeiro na estratégia da saúde da família do estado da Paraíba”. (2014). João Pessoa: 48 p.

Oliveira, JT. “Intervenções do enfermeiro na atenção primária a saúde para prevenção do câncer de colo de útero”. (2015). Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Faculdade Federal de Juiz de Fora.

Santos, JC. “Indicadores de saúde da mulher na estratégia de saúde da família: concepção do enfermeiro (A)” (2016). Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Maria Milza, Bahia.

Sartori, MCS. et al. “Avaliação da Qualidade do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO/SISCAN): Estudo Transversal” (2016). (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita filho”. Botucatu.

Silva, DSM da. et al . “Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão” (2014). Brasil. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1163-1170.

Souza, AF; Costa, LHR. “Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem 2013-2014: Estudo Amostral”. (2015). Revista Brasileira de Cancerologia. v. 61, n. 4, p. 343-350.

Speck, NMG. “Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil: Estudo Descritivo”. (2015). v 13, n 1, p 52-7.

Thuler LCS. et al. “Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil” 2000-2009: Estudo de Base Secundária. (2012). Revista Brasileira de Cancerologia v. 58, n. 3, p. 351-357, 2012.



*Debates Interdisciplinares
em Saúde*

Thuler, LCS. et al. “Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil”. (2014). Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 36, n. 6, p. 237-243



Capítulo 15



RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

BREAST CANCER TRACKING IN THE CITY OF JOÃO PESSOA

Bruna Katarina da Costa Gomes¹

Joalison Pereira de Araújo²

Karoline de Medeiros Lourenço³

Elisangela da Costa Farias⁴

Josefa Danielma Lopes Ferreira⁵

Séfora Luana Evangelista de Andrade⁶

Resumo: Introdução: O câncer em geral, mais especificamente o de mama, entre o sexo feminino, é considerado um grande problema de saúde pública, por causa do aumento da ocorrência de casos mundialmente. Objetivo: analisar rastreamento do câncer de mama em mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família de João Pessoa. Metodologia: estudo descritivo com abordagem quantitativa, por coleta de dados secundários do Sistema de Informação de Câncer no município de João Pessoa de 2015. Resultados: Foram incluídas mulheres de todas as faixas etárias, com exame de mamografia alterado e excluídos casos com dados incompletos no Sistema de informação, casos em pacientes do

sexo masculino e casos benignos registrados. Foram encontrados registros de 144 mulheres com re-

1 Enfermeira pela Faculdade Uninassau-João Pessoa-PB

2 Enfermeiro pela Uninassau-João Pessoa-PB. Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva da Maternidade Frei Damião, João Pessoa-PB

3 Enfermeira pela Uninassau-João Pessoa-PB. Doula e Auriculoterapeuta

4 Biomédica pela Uninassau-João Pessoa-PB. Pós-graduanda em Citologia Clínica pela CCE cursos-Recife-PE

5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem -UFPB

6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem -UFPB



sultados alterados de mamografia e suspeita de câncer de mama no SISCAN, com idade entre 27 e 91 anos. Considerações Finais: A análise do rastreamento do câncer de mama em mulheres no município estudado revelou suspeição na faixa etária 50 a 69 anos de idade, que corrobora com o indicado pelo Ministério da Saúde; resultados de BI-RADS 4 e 5 na maioria dos casos registrados.

Palavras Chaves: Câncer de mama; Programas de Rastreamento; Mamografia.

Abstract: Introduction: Cancer in general, more specifically breast cancer, among women, is considered a major public health problem, due to the increase in the occurrence of cases worldwide. Objective: to analyze breast cancer screening in women treated at the Family Health Units of João Pessoa. Methodology: a descriptive study with a quantitative approach, by collecting secondary data from the Cancer Information System in the city of João Pessoa, 2015. Results: Women of all age groups were included, with altered mammography exam and cases with incomplete data were excluded in the study. Information system, cases in male patients and benign cases registered. Records were found of 144 women with altered mammography results and suspected breast cancer at SISCAN, aged between 27 and 91 years. Final Considerations: The analysis of breast cancer screening in women in the studied municipality revealed suspicion in the age group 50 to 69 years of age, which corroborates with that indicated by the Ministry of Health; BI-RADS results 4 and 5 in most cases recorded.

Keywords: Breast cancer; Tracking Programs; Mammography.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, representando 25% dos tipos de câncer, sendo considerada a quinta causa de morte mais frequente na população feminina (Who,



2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Agência Internacional para pesquisa do câncer, estima-se que nas duas próximas décadas ocorra mais de 22 milhões de novos casos de câncer em todo mundo (Vilela, 2014).

É uma patologia que se prolifera nos lóbulos e ductos mamários, podendo ser de tipos histológicos variados, sendo o carcinoma infiltrante um dos tipos mais comuns entre a população feminina, com 80% à 90% do total de casos. Estes tipos de neoplasias, em 80% dos casos, estão relacionados a alguns fatores de risco, como alcoolismo, tabagismo, uso de medicamentos, hábitos alimentares e sexuais, fatores ocupacionais e exposição à radiação (Inca, 2015).

Estudo mostra que o carcinoma ductal invasivo foi o mais predominante, acometendo 66,1% das mulheres, em uma pesquisa realizada com 58 mulheres, a maior parte das entrevistadas (34,5%), estavam no estadiamento II (Gonçalves et al., 2009).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que em 2016 sejam 57.960 novos casos da doença entre a população brasileira (Inca, 2015). No estado da Paraíba, o município João Pessoa, chega a uma média de 1.094 mil casos novos da doença, pesquisa realizada entre os anos de 2004 e 2008, sendo que a maioria das pacientes acometidas por essa patologia estão entre a faixa etária de 75 a 79 anos idade, com o total de 326 casos, segundo pesquisa realizada neste mesmo período.

As recomendações para mulheres com alto risco de desenvolver o câncer (CA) de mama, não são definidos de uma forma específica, mas o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia (MG), de acordo com o caso e a possibilidade de risco de cada mulher, são sugeridos a partir dos 35 anos de idade (Brasil, 2012). A mamografia contempla o corpo de exames para o diagnóstico precoce do câncer de mama, que pode ser solicitado pelo profissional de enfermagem ou medicina (Brasil, 2006).

A mamografia de rotina é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos e deve ser realizada a



cada dois anos. A mamografia nessa faixa etária é de periodicidade bienal e essa rotina é adotada na maioria dos países (Inca, 2015). O exame de MG é classificado de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), que utiliza categorias de 0 a 6 conforme os achados no exame radiológico (Inca, 2006).

Um estudo realizado na cidade de Uberaba, estado de Minas Gerais, revelou que as mulheres acometidas pelo câncer de mama possuíam mais de 40 anos de idade, cerca de 83,33% dos casos, sendo em 16,66% dos casos foram detectados em pacientes mais jovens, entre 30 à 38 anos de idade (Silva; Riul, 2011).

O relatório de recomendação do Ministério da Saúde de 2015 confirma esses dados, onde a maior parte das pacientes com neoplasia maligna mamária está na faixa etária com mais de 40 anos, pesquisa realizada entre outubro de 2013 a setembro de 2014, revelou um total de 28.965 mil casos dessa neoplasia entre pacientes com a faixa etária entre 40 a 59 anos de idade (Brasil, 2015).

O câncer em geral, mais especificamente o de mama, entre o sexo feminino, é considerado um grande problema de saúde pública, por causa do aumento da ocorrência de casos mundialmente, que afeta o Brasil de uma forma geral, em razão disto existe uma ampla motivação com discursos em torno de medidas para prevenção, diagnóstico precoce e o rastreamento do CA de mama (Pinheiro, 2014).

No Brasil existem programas para informação de dados do câncer de mama, que é um conjunto de elementos organizados que se inter-relacionam através de dados com o objetivo de estruturar, tratar e disseminar a informação (Brasil, 2013).

O sistema de informação do câncer de mama (SISMAMA) e o sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO) são responsáveis pelo fornecimento dos dados formatizados dos



procedimentos relacionados à detecção precoce e a confirmação diagnóstica dessas neoplasias na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), o SISMAMA foi criado no ano de 2008 por meio da portaria SAS/MS nº 779/08 e o SISCOLO no ano de 1998 através da Portaria GM/MS nº 3040/98 (Brasil, 2013).

Entretanto, no mês de março de 2011, estes sistemas foram substituídos pelo Sistema de Informação do câncer (SISCAN) com o objetivo de atender as necessidades de melhoria nas ações de rastreamento e, ainda, destinado a registrar a suspeita e a confirmação diagnóstica da doença (Brasil, 2013).

Diante desta problemática evidenciada, o estudo busca responder o seguinte questionamento: como está sendo realizado o rastreamento do câncer de mama em mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba? O estudo possibilitará a elaboração de novas estratégias pelos profissionais da USF e da gestão, uma vez que reconhecendo o perfil de adoecimento e as formas de diagnósticos dessa patologia pode-se direcionar ações mais efetivas a essa população. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar o rastreamento do câncer de mama no município de João Pessoa, no ano de 2015.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, que envolve a coleta de dados secundários no Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) do ano 2015, da Secretaria de Saúde do município de João Pessoa (PB). Participaram do estudo os dados de casos suspeitos de câncer de mama em mulheres de todas as faixas etárias, registrados em 2015 no SISCAN e residentes no município de João Pessoa-PB. Foram excluídos do estudo os casos cujos dados estivessem incompletos, casos em pacientes do sexo masculino e os casos benignos registrados.



A coleta dos dados foi realizada no mês de outubro de 2016, no SISCAN da Secretaria Municipal de Saúde, após devidas autorizações do referido serviço e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. A coleta teve o apoio de um profissional capacitado, da referida secretaria, que realizou a extração dos dados necessários para atender ao objetivo desse estudo. Os dados coletados se referem ao perfil das mulheres com suspeita de câncer de mama no município de João Pessoa, evidenciando também os tipos de neoplasias que mais são diagnosticadas, os exames solicitados e as formas de tratamentos. Esses dados foram analisados por meio de estatísticas simples, sendo expostos em tabelas, e discutidos com auxílio da literatura atual disponível sobre a temática.

O estudo atendeu todos os aspectos éticos e legais que envolvem as pesquisas com seres humanos respeitando a resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Maurício de Nassau- Campos Recife, conforme CAAE nº58848316.7.0000.5193.12 O termo de uso dos dados do SISCAN encontra-se assinado pela responsável pela Área de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde de João Pessoa.

RESULTADOS

Em 2015, foram encontrados registros de 144 mulheres com resultados alterados no exame de mamografia e suspeita de câncer de mama no SISCAN, com idades entre 27 a 91 anos, mas observa-se que as mulheres entre 50 a 69 foram as que mais tiveram resultados alterados através do exame de mamografia, com 79% dos casos e as que tiveram resultados alterados em menor quantidade encontram-se na faixa etária de até 30 anos com zero vírgula seis (0,6%).

Em relação à quantidade de mamografias realizadas em cada mama, Tabela 1, observa-se um total de 144 mamografias da mama direita e 143 da mama esquerda, uma vez que uma das mulheres



havia realizado mastectomia. Ainda na Tabela 1, observa-se a relação entre os resultados da mamografia em cada mama, pela classificação do BI-RADS.

TABELA 1. Resultados das mamografias pela classificação dos BI-RADS, na mama direita e esquerda. João Pessoa (PB), Brasil, 2016.

BI-RADS	Mama direita	Mama esquerda	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
0	8 (5,5)	10 (6,9)	18 (6,2)
1	17 (11,8)	21 (14,6)	38 (13,2)
2	42 (29,1)	40 (27,9)	82 (28,5)
3	0 (0)	1 (0,7)	1 (0,3)
4	65 (45,1)	57 (39,8)	122 (42,5)
5	12 (8,3)	14 (9,7)	26 (9,0)
Total	144 (100)	143 (100)	287 (100)

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Observa-se ainda que tiveram seus exames classificados como normais nas categorias do BI-RADS 0, 1 e 2 essas três categorias que totalizam 138 (47,9%) exames, apenas 1 caso (0,3%) classificado na categoria 3 e um total 122 (51,5%) classificados nas categorias 4 e 5, apresentando maior números de casos com o BI-RADS 4, na mama direita (45,1%) e na mama esquerda (39,8%), seguido pela categoria 2 com (29,1%) na mama direita e (27,9%) na mama esquerda.

Na tabela 2 foram avaliadas somente as categorias 4 e 5 das duas mamas, com um total de



148 casos suspeitos para malignidade, a tabela mostra um número maior que o total de mulheres por ter algumas que apresentam o BI-RADS 4 ou 5 nas duas mamas, ficando um total maior que o número de pacientes. O BI-RADS 4 apresenta-se com maior predominância chegando a 82,4%, enquanto o BI-RADS 5 em proporção menor com 17,6%.

TABELA 2. Classificação dos BI-RADS 4 e 5 nas duas mamas. João Pessoa (PB), Brasil, 2016.

Bi-rads	(n)	(%)
4	122	82,4
5	26	17,6
Total	148	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Nota-se que na Tabela 3 a quantidade que prevalece são as pacientes que não repetiram a mamografia para confirmar o diagnóstico com 73,6%, seguido das que repetiram tiveram o diagnóstico de exame normal com 12,5%, nove vírgula sete (9,7%) das que repetiram foi confirmado à alteração no exame de mamografia e cerca de quatro vírgula um (4,1%) tiveram o resultado inconclusivo.

TABELA 3. Repetição da mamografia por mulheres com registro no SISCAN. João Pessoa (PB), Brasil, 2016



Mamografia	N	(%)
Não repetiram	106	73,6
Repetiram	38	26,3
Total	144	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Dos 144 exames avaliados, somente 32 (22,2%) se submeteram ao exame de biópsia, 112 (77,7%) não tinham dados registrados no sistema que realizaram a biópsia para confirmar a suspeita de malignidade, 9 (6,2%) das que realizaram os resultados foram negativos para malignidade e 23 (16%) com resultados alterados.

TABELA 4. Descrição dos resultados das biópsias registradas no SISCAN. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Biópsia	N	(%)
Não realizaram	112	77,7
Resultados normais	9	6,2
Resultados alterados	23	16
Total	144	100



Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Foram avaliados os resultados alterados por mama, tendo um resultado um pouco maior na mama esquerda com 12 (52,1%) casos e a mama direita com 11 (47,9%), com um total de 23 casos alterados com suspeita para malignidade.

A Tabela 5 mostra a descrição dos achados histológicos de acordo com as faixas etárias de 30 a 49 anos, observa-se um total de 5 casos e a faixa etária acima de 50 anos que ficou com 18 casos, a tabela descrita ainda mostra que o tipo histológico mais predominante é o Carcinoma Ductal Infiltrante com 16 (69,5%), sendo 4 na faixa etária entre 30 a 49 anos e 12 na faixa etária acima de 50 anos e os outros tipos histológicos inseridos pelo SISCAN cada um com 1 caso registrado.

TABELA 5. Descrição dos os achados do histopatológico na suspeita do câncer de mama de acordo com as faixas etárias de 30 a 49 anos e acima de 50 anos, João Pessoa (PB), Brasil, 2016.

Alteração	Faixas Etárias	
	De 30 a 49 anos	Acima de 50 anos
Carcinoma Ductal Infiltrante	4 (80)	12 (66,6)
Hiperplasia lobular com atipias	**	1 (5,5)
Hiperplasia ductal com atipias	**	1 (5,5)
Carcinoma ductal	**	1 (5,5)
Carcinoma Mucinoso	1 (20)	**
Carcinoma Tubular	**	1 (5,5)
Carcinoma mamário com padrão de células em anel de sinete	**	1 (5,5)
Carcinoma Lobular Invasivo	**	1 (5,5)
Total	5 (100)	18 (100)



Fonte: dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO

A análise dos dados do SISCAN sobre as faixas etárias das mulheres registradas no período de 2015 revelou maior suspeição de câncer de mama nas mulheres com 50 a 69 anos de idade, a qual apresentou um percentual elevado na de 54,8% dos casos alterados, seguido de mulheres na faixa etária de 31 a 49 anos com 27,7% do total de casos, acima de 69 anos com 16,6% e em menor quantidade a faixa etária até 30 anos com zero vírgula seis (0,6%) dos casos. De acordo com o Ministério da Saúde, a faixa etária que predominou a suspeição e realização de exames nesse estudo é a mesma faixa etária recomendada para o rastreamento do câncer de mama, com a mamografia devendo ser realizada com periodicidade bienal (Inca, 2015).

De acordo com Ministério da Saúde (2007) o câncer de mama pode ser detectado pelo auto-exame das mamas e/ou pela realização de mamografia e/ou ultrassonografia, devendo ser confirmado por meio da biópsia da lesão. Atualmente a mamografia é considerada a técnica mais eficaz para a detecção precoce, podendo rastrear até 83% dos casos de câncer de mama (Inca, 2015). Em relação ao resultado mamográfico, a classificação dos resultados por categoria do BI-RADS realizada com as categorias de 0 á 5, apresentou maiores resultados com 42,5% dos casos categorizados com BI-RADS 4, em seguida 28,5% com a categoria 2, 13,2% categoria 1, nove (9%) a categoria 5, seis vírgula dois (6,2%) categoria 0 e zero vírgula três (0,3%) o BI-RADS 3.

Comparando com esses dados com achados de uma pesquisa realizada em 2010, no município de Goiânia, encontra-se divergência onde o maior percentual foi de 55,8% na categoria BI-RADS 1, 30,4% categoria 2, dois vírgula quatro (2,4%) categoria 3, um vírgula dois (1,2%) categoria 4 e



zero vírgula um (0,1%) categoria 5 (Rodrigues et al., 2013). Logo, por meio desses achados, dos casos registrados no SISCAN no município de João Pessoa nota-se que possui casos de mulheres com mais suspeita de câncer de mama, pois os resultados maiores foram na categoria BI-RADS 4, que se sugere um exame provavelmente maligno.

O BI-RADS 4 são achados suspeitos para malignidade e a classificação 5 são achados altamente sugestivos de malignidade, essas categorias baseiam-se na padronização do laudo mamográfico, através da categorização do Breast Imaging Reporting. As categorias 4 e 5 tem a recomendação de realizar o exame de biópsia e sugere as condutas clínicas (Brasil, 2010).

Os resultados de mamografia de mulheres que apresentaram BI-RADS 4 ou 5 são os resultados mais preocupantes, como mencionado anteriormente, em relação a esses resultados o BI-RADS 4 apresentou-se com maior predominância chegando a 82,4%, enquanto o BI-RADS 5 em proporção menor com 17,6%, mas nas duas categoriais sugere-se a realização da biópsia percutânea para confirmação de malignidade.

A pesquisa mostra que de um total 144 que apresentam suspeita de malignidade, apenas 23 (15,9%) realizaram a biópsia e 21 (14,5%) tiveram o resultado confirmado com câncer de mama, a mama esquerda foi a mais acometida com CA de mama. Não há, portanto, nenhuma menção na literatura de referência a alteração maior em alguma das mamas.

A escolha do método de biópsia vai depender da classificação radiológica, do tipo e da localização da lesão, da composição e do tamanho da mama da paciente, do material e dos equipamentos disponíveis, dos recursos humanos e das características de cada serviço (Brasil, 2013). Nas lesões não palpáveis da mama classificadas como Categoria 4 e 5 e, eventualmente, a obtenção de material para exame histopatológico pode ser feita por meio de biópsia cirúrgica e biópsia percutânea (Brasil, 2013).



É importante destacar que o câncer de mama não tem uma causa única, são diversos fatores relacionados à doença, tais como, fatores relacionados à exposição de radiação ionizante (que é proporcional à dose e à frequência), comportamentais (ingestão de álcool, tabagismo, obesidade, entre outros), o fator hereditário que corresponde a apenas 5% a 10% do total de casos, mas alguns fatores são mais predominantes em relação ao desenvolvimento desse tipo de neoplasia (Adami et al., 2008).

Dos casos alterados registrados no sistema somente 26,3% das mulheres tinham registro de repetição do exame de mamografia para confirmar o resultado do BI-RADS alterado, 12,5% após repetir a mamografia o resultado foi normal, nove vírgula sete (9,7%) continuou alterado e quatro vírgula um (4,1%) inconclusivo. Recomenda-se fazer dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual (Brasil, 2004). É importante destacar, que as mulheres podem ter repetido esse exame, mas pode ter ocorrido falha no envio da informação e/ou no registro dessas informações no SISCAN.

As biópsias foram realizadas por 32 (22,2%) mulheres, 9 (6,2%) com resultados normais, 23 (16%) com resultados alterados. A maioria dos casos 112 (77,7%), não realizaram ou os resultados não foram registrados no SISCAN no período estudado, que também pode ter ocorrido falha no envio da informação e/ou no próprio registro dessas informações no SISCAN. O percentual de achados provavelmente benignos após a biópsia foi de 2 casos (8,6%) e 21 (91%) confirmados como malignos, com o resultado histológico do Carcinoma Ductal Infiltrante (69,5%) o mais predominante.

No estudo de Badan et al (2013) também mostrou predominância do Carcinoma Ductal Infiltrante representado por 87 (67%), de um total de 130 positivos para malignidade dos casos histológicos citados no estudo (Bdam et al., 2013). Um total de 83,9% da população com diagnóstico histopatológico é do tipo Carcinoma Ductal Infiltrante mostra um estudo realizado no Rio de Janeiro



(Haddad et al., 2015).

Os dados que são inseridos no SISCAN são enviados pelos profissionais da rede municipal de saúde, principalmente das unidades de saúde da família, esse aspecto pode indicar fragilidade na avaliação da situação de saúde das mulheres em relação ao acometimento por câncer de mama, uma vez que dados de outros serviços podem não está sendo inserido no sistema.

Outro aspecto importante é a falta de completude dos dados que estão inseridos no SISCAN, observou-se que a maioria dos casos não apresenta registro dos segmentos, o que também dificultou a fiel avaliação desse rastreamento do câncer de mama em mulheres do município de João Pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do rastreamento do câncer de mama em mulheres no município estudado, revelou suspeição da doença na faixa etária 50 a 69 anos de idade, que corrobora com o indicado pelo Ministério da Saúde; com resultados de BI-RADS 4 e 5 na maioria dos casos registrados, podendo indicar maior probabilidade de câncer de mama nessas mulheres. O tipo de câncer mais diagnosticado foi Carcinoma Ductal Infiltrante através do exame histológico da biópsia.

Assim, aponta-se que os profissionais estão fazendo suspeição de câncer em mulheres conforme preconiza o Ministério da Saúde, mas identificou-se fragilidade na completude das informações no SISCAN, que pode está relacionado ao não envio dessas informações pelos profissionais de saúde, logo, sugere-se mais ações de orientação sobre a importância do registro das informações no SISCAN.

O estudo, apesar das falhas na completude dos dados, possibilitou analisar o perfil de adoecimento e investigação do câncer de mama na população feminina do município de João Pessoa,



podendo auxiliar a gestão municipal na tomada de decisão e na avaliação dessa situação de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adami H. et al. “Manual de Epidemiologia do Câncer”. (2008). 2. ed. Oxford: Oxford University Press.

Badan GM et al. “Positive predictive values of Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®) categories 3, 4 and 5 in breast lesions submitted to percutaneous biopsy”. (2013). Radiol Bras. 46(4):209-13. Consultado a: 27.05.2015, em:<http://www.scielo.br/pdf/rb/v46n4/0100-3984-rb-46-04-209.pdf>

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. “Resolução nº 466/2012, aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (12/12/12)”. (2013). Brasília: Diário Oficial da União. Consultado a: 23.04.2015, em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. “Estimativa 2016: incidência do Câncer no Brasil”. Rio de Janeiro: INCA, (2015). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. Resumo. Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer. Uma perspectiva global. Tradução de Athayde Handson. Rio de Janeiro, 2007, 12p. Consultado a: 29.06.2015, em:<http://www.inca.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. “Relatório de Recomendação: Mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69 anos e com mais de 70 anos”. (2015). Brasília.

Brasil. Ministério Da Saúde. “Temático: saúde da mulher”. (2006). Brasília.

Brasil. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional De Câncer. “Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil”. (2010). Rio de Janeiro.

Brasil. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. “Controle do câncer de mama: documento de consenso”. (2004). Revista Brasileira de Cancerologia; 50(2): 77-90. Consultado a: 05.05.2015, em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf



Debates Interdisciplinares em Saúde

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama”. (2013). 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Gonçalves LLC et al. “Mulheres Portadoras de Câncer de Mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce”. (2009). Rev. enferm. UERJ .17(3):362-7. 2009. Consultado a: 14.04.2015, em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf>

Haddad NC, Carvalho ACA, Novaes CO. “Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama”. (2015). Revista HUPE. 14(1):28-35. Consultado a: 27.06.2015, em:: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=534

Instituto Nacional de Câncer (INCA). “Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer da Mama”. (2006). Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais. Rio de Janeiro: INCA.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. “Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil” (2015). Rio de Janeiro: INCA. Consultado a: 16.05.2015, em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf

Pinheiro CPO. “Detecção precoce do câncer de mama: atores profissionais da atenção básica neste processo”. (2014). Revista Interface. Consultado a: 17.05.2015, em:<http://conferencias.redeunida.org.br/>

Rodrigues DCN et al. “Avaliação do desempenho dos centros de diagnóstico na classificação dos laudos mamográficos em rastreamento oportunista do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (2013). Radiologia Brasileira; 46(3):149-55. Consultado a: 19.05.2015, em: http://www.scielo.br/pdf/rb/v46n3/pt_0100-3984-rb-46-03-149.pdf

Silva PA, Riul SS. “Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce”. (2011). Rev. bras. enferm. 64(6):1016-21.,2011. Consultado a: 03.04.2015, em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>.

Villela F. Agência Brasil. “Casos de câncer no mundo” (2014). Rio de Janeiro. Consultado a: 28.04.2015, em:<http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/02/casos-de-cancer-no-mundo-devem-crescer-57-em-20-anos-estima-oms>

World Health Organization. “International Agency for Research on Cancer. Globocan” (2012). Con-



sultado a: 22.04.2015, em: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>



Capítulo

16



PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM ESCLE-ROSE MÚLTIPLA: REVISÃO INTEGRATIVA

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: REVISÃO INTEGRATIVA
SCIENTIFIC PRODUCTION ON THE QUALITY OF LIFE OF THE PERSON WITH MULTIPLE SCLEROSIS: INTEGRATIVE REVIEW

Marília Roberta Oliveira¹

Fabiana Ângelo Ferreira²

Kátia Cristina Barbosa Ferreira³

Luciene de Souza Santos Albuquerque⁴

Wanessa de Araújo Evangelista⁵

Aline Pereira da Silva⁶

Resumo: Objetivo: Investigar a produção científica acerca da qualidade de vida das pessoas com Esclerose Múltipla. Métodos: O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em abril de 2018, acerca da qualidade de vida da pessoa com esclerose múltipla. A busca foi realizada nas bases de dados Cochrane Library, LILACS e Medline, sendo encontrados 3.472 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 40 artigos para participarem

1 Bacharelado em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa-UNIPE. E-mail: marilia_roberta@hotmail.com.

2 Bacharelado em Enfermagem. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe. e-mail: biana_biana@hotmail.com

3 Bacharelado em Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: katiacristferreira@gmail.com

4 Bacharelado em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa-UNIPE. E-mail: lucienealbuquerque14@hotmail.com

5 Bacharelado em Enfermagem. Faculdade São Vicente de Paula. E-mail: wanessa.a.evangelista@hotmail.com

6 Bacharelado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: alinep968@gmail.com



da pesquisa. Resultados: A QV dos portadores de EM vai depender do que o paciente entende por sua doença e como ela se processa, de maneira que realize ajustes na sua vida, voltados não somente para os aspectos fisiológicos da doença e suas limitações, mas também precisa enfrentar sua situação de forma mais positiva. Conclusão: Evidencia-se a necessidade de novas investigações a respeito dessa doença, no sentido de se obter um melhor controle da mesma e de suas complicações, e, assim, conservar e melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas com EM e seus familiares.

Palavras Chaves: Assistência à Saúde; Esclerose Múltipla; Tratamento.

Abstract: Objective: To investigate the scientific production about the quality of life of people with Multiple Sclerosis. Methods: The present study is an integrative review of the literature, carried out in April 2018, on the quality of life of people with multiple sclerosis. The search was performed in the Cochrane Library, LILACS and Medline databases, where 3,472 articles were found. After applying the inclusion and exclusion criteria, 40 articles were selected to participate in the research. Results: The QoL of MS patients will depend on what the patient understands about his illness and how it is processed, so that he makes adjustments in his life, focusing not only on the physiological aspects of the disease and its limitations, but also has to face situation more positively. Conclusion: There is a need for further research into this disease, in order to obtain better control of the disease and its complications, and thus conserve and improve the health and quality of life of people with MS and their relatives.

Keywords: Delivery of Health Care; Multiple Sclerosis; Treatment.



INTRODUÇÃO

A Esclerose múltipla (EM) é uma doença autoimune que ataca o sistema nervoso central (SNC), mais designadamente a substância branca, ocasionando desmielinização e inflamação. Afeta usualmente adultos na faixa de 18-55 anos de idade, mas episódios fora destes alcances têm acontecido. A taxa de prevalência no Brasil é de aproximadamente 15 casos por cada 100.000 habitantes(1).

As manifestações clínicas e a evolução da doença são diversas, o que dificulta o prognóstico dos pacientes. Os principais sintomas da doença são: comprometimentos motores (tremores, dores, paralisias, etc.), alterações emocionais (depressão, ansiedade e estresse) e comprometimento cognitivo (déficits de memória, velocidade de processamento, atenção, funções executivas, etc.)(2).

A EM possui um extenso conjunto de sintomas neurológicos bem como distúrbios sensoriais, especialmente no que se refere à visão, dificuldades de locomoção e déficit de equilíbrio, fraqueza muscular, parestesia e formigamento, desordens gastrointestinais e urinárias, alteração de tônus muscular, alteração das respostas emocionais, hiperreflexia, cefaleia, fadiga, disfunção sexual, disartria, tremor intencional e comprometimento da sensibilidade profunda(3).

A etiologia da EM ainda é pouco explanada, mas sabe-se que acomete indivíduos geneticamente predispostos sob a influência de fatores ambientais(4). A contribuição dos fatores genéticos provavelmente depende de uma combinação poligênica para que o indivíduo possa ser “geneticamente suscetível”. Estudos têm avançado para o reconhecimento dos genes que podem estar relacionados à esta predisposição(5-8).

Uma característica clínica importante na EM são os surtos neurológicos de atividade inflamatória da doença. Definidos como fase inflamatória ou de agudização despontada por exacerbações agudas transitórias dos sinais e sintomas neurológicos, que podem durar mais de 24 horas, podendo



alcançar seu pico em dias ou semanas, em eventos separados por um ou mais meses(9).

Fisiopatologicamente os surtos incidem em equivalentes clínicos pela falta da condutibilidade provocada por uma inflamação focal aguda, o que resulta na formação de placas axonais. Assim, a principal causa dos surtos é a falta de capacidade da transmissão dos impulsos nervosos por meio do local da lesão, decorrente tanto da inflamação aguda quanto da desmielinização. Estas lesões agudas podem afetar diferentes áreas anatômicas do SNC, motivo pelo qual resulta em diferentes manifestações clínicas(9-10).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), existem quatro formas de evolução clínica: a esclerose múltipla remitente-recorrente (EMRR), a esclerose múltipla primariamente progressiva (EM-PP), a esclerose múltipla primariamente progressiva com surto (EM-PP com surto) e a esclerose múltipla secundariamente progressiva (EM-SP). A forma mais corriqueira é a EM-RR, concebendo 85% de todos os casos no começo de sua apresentação. A forma EM-RR em 50% dos casos após 10 anos do diagnóstico sem tratamento naturalmente se desenvolve para a forma EM-SP. As formas EM-PP e EM-PP com surto preenchem 10%-15% de todos os casos(1).

Os critérios para diagnóstico são realizados com base nos Critérios de McDonald revisados e adaptados (Quadro 1). Exame de RM do encéfalo evidenciará lesões típicas de desmielinização; incluem a realização de alguns exames laboratoriais (anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de vitamina B12) no intuito de excluir outras doenças de aspecto semelhante à EM. Deficiência de vitamina B12, infecção pelo HIV (o vírus HIV pode acarretar uma encefalopatia com imagens à RM parecidas com as que ocorrem na EM) exibem quadros radiológicos semelhantes aos de EM, em determinados casos. Quando existir dúvida no diagnóstico é feito o exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR) que será realizado somente no sentido de descartar outras doenças como, por exemplo, suspeita de neuro-



lues, ou seja, VDRL positivo no sangue e manifestação neurológica. O Potencial Evocado Visual do mesmo modo será exigido exclusivamente quando houver suspeitas quanto ao envolvimento do nervo óptico pela doença(1).

O objetivo principal do tratamento da EM é retardar ou evitar que o sistema imunológico destrua progressivamente a bainha de mielina(11). O tratamento inclui um programa terapêutico individualizado com uso de imunomoduladores, que diminuem a velocidade de progressão da doença mediante a redução do desenvolvimento de novas lesões no sistema nervoso central (SNC), incapacidades físicas e cognitiva e número de surtos(1).

A EM é uma doença que influencia a qualidade de vida (QV) das pessoas pelo impacto a nível físico, psicológico e social, afeta negativamente o bem-estar do paciente e da sua família, uma vez que todos terão que aprender a gerir a nova situação de doença. Apresenta forte impacto nos projetos futuros, na educação, casamento, relações sociais, vida familiar e profissional, convertendo-se em uma doença familiar, afetando a QV não só do paciente e sim de toda família(12).

Viver com EM é viver num estado de insegurança constante. O desafio da adaptação é mais do que uma adequação ao processo de doença; para ajustar as condições impostas pela doença a pessoa vive experiências que requer múltiplas mudanças(13).

Nessas ocasiões, é necessário indicar uma mudança do estilo de vida que seja motivacional e compensatória. As intervenções são realizadas sistematicamente pelo profissional de saúde, na intenção de capacitar os pacientes a encarar suas dificuldades diárias e prosseguir com o tratamento numa esperança positiva(14).

A abordagem dos profissionais de saúde, leva em consideração as diferenças no planejamento das suas intervenções, como forma de melhorar o atendimento e a QV destas pessoas(15).



A assistência de enfermagem é de crucial importância para a promoção de melhorias na qualidade de vida de pacientes com EM. Embora se trate de uma mesma doença, diferentes sintomas, diagnósticos e intervenções podem ser identificados durante o Processo de Enfermagem. Essa percepção reforça a importância de o enfermeiro promover intervenções individualizadas, conforme o quadro apresentado por cada paciente visando sempre o seu bem-estar e propor intervenções pertinentes aos diagnósticos de enfermagem encontrados(16).

Nesse contexto, sendo a EM uma patologia de crescente incidência, agravada pelo fato de atingir adultos jovens causando grande impacto na vida desses pacientes, identificou-se a necessidade de conhecer melhor os seus efeitos sob a qualidade de vida dessas pessoas. Sendo assim, o objetivo geral do presente estudo é realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a produção científica acerca da qualidade de vida das pessoas com EM.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sobre a Produção Científica acerca da EM. A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE), e consiste na construção de uma análise ampla da literatura(17).

A revisão integrativa tem a finalidade de congrega e classifica os resultados de estudos a respeito de um certo tema ou questão, associando, ordenando, analisando e incorporando tais implicações como evidências de pesquisa. Ou seja, esse tipo de pesquisa tem o propósito de obter um entendimento maior a respeito de um determinado assunto, se baseando em estudos anteriores(17).

Para a realização desta revisão, foram estabelecidas e seguidas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca de artigos na literatura; coleta de dados; análise dos dados selecio-



nados; discussão dos resultados; e, apresentação da revisão integrativa.

Na abordagem do contexto que envolve o problema de pesquisa, foi elaborada a questão norteadora: Quais os cuidados de saúde prestados à pessoa com EM?

Para o levantamento dos estudos, a busca pela literatura foi feita a partir do acesso às Bases de Dados Cochrane Library (Databases of Systematic Reviews) LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram utilizados os seguintes descritores para a busca dos artigos: esclerose múltipla e qualidade de vida. Esta etapa resultou em um levantamento de 3.472 documentos.

Por conseguinte, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2008 a 2018, disponibilizados na íntegra gratuitamente, sem restrição de idioma. Quanto aos critérios de exclusão foram: livros, teses, dissertações, e artigos que não respondiam à questão norteadora. A seleção dos estudos foi realizada pelo operador booleanos and.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 158 artigos. Foram excluídos do estudo 21 artigos por duplicidade, e após a leitura dos resumos e íntegra foram selecionados 40 artigos para participarem desta revisão.

RESULTADOS

Os 40 artigos selecionados para participar da revisão foram caracterizados da seguinte forma: a principal língua de divulgação desses manuscritos foi o inglês (38 artigos), seguido pelo espanhol (2 artigos). As produções analisadas foram indexadas em três bases de dados sendo a Cochrane Library e a Medline as mais frequentes com 14 artigos cada.



Verificou-se que, das 40 publicações encontradas no período estudado, o maior número de publicações ocorreu no ano de 2015 (20%), seguido dos anos de 2016 (17,5%), 2014 e 2011 (12,5%) cada ano. As pesquisas sobre Esclerose Múltipla se concentraram no continente norte-americano (62,5%) e europeu (12,5%). O cenário brasileiro correspondeu a (5%) das publicações utilizadas.

Através da leitura detalhada dos artigos, foi possível traçar duas categorias temáticas que serão apresentadas nos quadros a seguir.

Quadro 1 - Categoria temática A: Qualidade de Vida da pessoa com EM.

Autores	Ano	Qualidade de Vida
Newland, Naismith, Ullione	2009	Diminuição da QV relacionada a dor, fadiga depressão e distúrbios do sono em mulheres com EM.
Vasconcelos et al.	2010	Indivíduos com EM apresentam níveis mais baixos de QV em comparação aos controles saudáveis, argumentando contra a hipótese do paradoxo da felicidade.



Lúcio et al.	2011	Melhora dos sintomas do trato urinário inferior teve um efeito positivo na QV de mulheres com esclerose múltipla que realizaram treinamento muscular do assoalho pélvico.
Jelinek et al.	2013	Melhora da QV, incapacidade e atividade da doença para pessoas com EM que consomem peixe e a suplementação de ômega 3.
Senders et al.	2014	Associação entre a atenção plena e a diminuição estresse percebida, com melhora no enfrentamento, resiliência e na QV em pessoas com EM.
Kopke et al.	2014	Fornecimento de informação para pessoas com EM aumenta o conhecimento sobre a doença, favorecendo a tomada de decisões e consequentemente a QV.
Schinzal et al.	2014	Diminuição da acuidade visual está relacionada com a diminuição da QV em pessoas com EM.



*Debates Interdisciplinares
em Saúde*

Veauthier et al.	2015	Distúrbios do sono podem reduzir a QVRS em pacientes com EM.
Block et al.	2015	Melhora dos sintomas de incontinência urinária e consequente melhora da QV em pacientes com EM submetidos a fisioterapia.
Jelinek et al.	2015	Associações significativas entre a suplementação com vitamina D e a melhora na QV de pessoas que vivem com EM.
Jelinek et al.	2015	Não houve associação consistente do uso de drogas modificadoras da doença com a melhora da QV em pacientes com EM.
Krysko, O'Connor	2016	Redução da função cognitiva em jovens com EM. Reduções não significativas na QVRS podem ser parcialmente atribuídas a incapacidade física e depressão.



Jun-O'Connell	2017	Distúrbio bipolar afeta negativamente a QV de pessoas com EM.
Kruger et al.	2017	Redução dos níveis da pressão arterial (PA) frente a prática da atividade física, viabilizando melhora na QV de pessoas com EM.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 2 - Categoria temática B: Tratamento da EM.

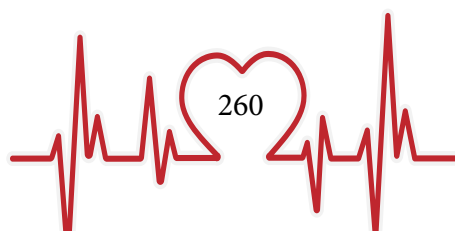
Autores	Ano	Tratamento da EM
Khan, Pallant, Turner-Stokes	2008	Ganhos adicionais em saúde no tratamento com a natalizumabe, além daqueles já alcançados com as terapias atuais.
Thompson et al.	2008	Efetividade do uso do GAS no tratamento para a reabilitação da pessoa com EM.
Castilho, Benavides	2009	Eficácia do uso dos canabinóides no tratamento da dor da pessoa com EM.



Maldonado, Pinzón, Martínez	2010	Redução significativa da dor neuropática do tipo central em pacientes com EM com a administração de canabinóides.
Wang et al.	2011	Inexistência de evidências convincentes para apoiar o uso de atorvastatina ou sinvastatina como terapêutica adjuvante na EM.
Rosti-Otajärvi, Hämäläinen	2011	Evidências de baixo nível para os efeitos positivos da reabilitação neuropsicológica na EM.
He et al.	2011	Não há evidências convincentes para apoiar a intervenção farmacológica como um tratamento eficaz para o distúrbio de memória em pacientes com EM.
Noyes et al.	2011	Eficácia da aplicação das terapias modificadoras da doença em comparação com a terapia de suporte básica para tratamento da EM.



Tejani et al.	2012	Evidências insuficientes da eficácia do uso carnitina para o tratamento da fadiga relacionada à EM.
Burton et al.	2012	Terapia oral com esteróides como alternativa prática e eficaz à terapia com esteróides intravenosos no tratamento de recaídas da EM.
Xiao, Wang, Luo	2012	Evidências limitadas para apoiar o citrato de sildenafil como um tratamento eficaz para disfunção erétil em pacientes com EM.
He at al.	2012	Evidências de baixo nível para o uso de teriunomida como uma terapia modificadora da doença para a EM.
He et al.	2013	Efeitos benéficos do rituximabe para a EMRR permanecem inconclusivos.
Karpatkin, Napolione, Siminovich-Block	2014	Uso extensivo da acupuntura e a sua eficácia no tratamento da EM.



La Mantia et al.	2014	Evidências insuficientes para uma comparação dos efeitos do tratamento da EMRR com Interferons-beta versus acetato de glatirâmero.
Khan et al.	2015	Existem poucas evidências sobre a eficácia da telerreabilitação em melhorar as atividades funcionais, a fadiga e a qualidade de vida de adultos com EM.
Pinõl. C	2015	Eficácia do uso do interferon na EM a partir de uma perspectiva social.
Xu et al.	2015	Não há dados de alta qualidade disponíveis para avaliar o benefício do uso do fumarato de dimetilo em pacientes com EM.
Talner et al.	2015	Atividade física e exercício têm benefícios consideráveis para a saúde dos pacientes com EM.
Riemann-Lorenz et al.	2016	Viabilidade de um programa de educação do paciente baseado em evidências sobre nutrição e EM.



Nair, Martin, Lincoln	2016	Não existem evidências que confirmem a efetividade na reabilitação da memória em pessoas com EM.
He et al.	2016	Qualidade dos dados disponíveis foi demasiadamente baixo para avaliar o benefício da teriflunomida como monoterapia versus IFN β -1a ou como terapia de combinação com IFN β .
Gold et al.	2016	Expectativas dos pacientes em relação aos resultados do tratamento, aconselhamento e integração do mesmo nas tomadas de decisão.
Riera, Porfírio, Torloni	2016	Qualidade da evidência baixa ou moderada para o uso do alemtuzumab no tratamento da EMRR



La Mantia et al.	2016	O tratamento com fingolimod em pacientes com EMRR é eficaz na redução da atividade da doença inflamatória, mas pode levar a pouca ou nenhuma diferença na prevenção do agravamento da incapacidade.
Rietberg et al.	2017	Não há evidências de que o treinamento respiratório muscular favorece o tratamento da EM.

DISCUSSÃO

A EM é uma doença que apresenta surtos e remissões, imprimindo no paciente uma falsa sensação de segurança e confiança na sua estabilização, levando-o a ponderar, por vezes, a possibilidade de poder vivenciar a cura. Esta incerteza provoca sofrimento nas pessoas e famílias que vivenciam essas experiências com a doença(18).

A QV dos portadores de EM vai depender do que o paciente entende por sua doença e como ela se processa, de maneira que realize ajustes na sua vida, voltados não somente para os aspectos fisiológicos da doença e suas limitações, mas também precisa enfrentar sua situação de forma mais positiva. Os profissionais da área de saúde atuam no sentido da prevenção dos agravos, reabilitação, promoção da saúde e vivência com QV(19).

Os pacientes precisam obter mais conhecimentos sobre a sua doença; além de suscitar uma



discussão maior sobre cuidados paliativos de pessoas com doenças crônicas, e estudos para aprofundar determinadas questões, como a qualidade de vida, grau de satisfação com o acompanhamento e seus anseios quanto às escolhas de terapêutica propriamente dito.

Os pacientes com de EM, sujeitos a graves sequelas neuromusculares precisam de um maior atendimento por parte dos profissionais de saúde, sendo eles os responsáveis por orientações a respeito da aceitação da doença, do autocuidado e de seus cuidadores, para assim favorecer a independência dos pacientes, que contribui para uma melhor qualidade de vida e evita o isolamento social. Para isto, faz-se necessário que os profissionais que cuidam desse tipo de paciente estejam sempre atualizados e capacitados, pois com um maior conhecimento científico eles terão condições de prestar um cuidado que seja realmente efetivo(20).

A atuação dos profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, deve oferecer auxílio integral, transformando de forma positiva a situação enfrentada com a EM, para alcançar a melhora da QV. A QV não representa liberdade total da doença, mas possibilita desenvolver potenciais desconhecidos dos pacientes, melhora a autoestima, e a interação com familiares, promovendo também o convívio e a interação com outras pessoas que encaram a mesma doença(21).

O tratamento da EM é focado nas manifestações clínicas e nos surtos apresentados na doença. Surtos são eventos de novos sintomas neurológicos focais ou agravamento de déficits anteriores sugestivos de um episódio inflamatório desmielinizante agudo do SNC. É considerado surto quando existe alteração neurológica com duração maior que 24 horas e antecedida por um período de estabilidade clínica de no mínimo 30 dias, com ausência de febre ou infecção(22).

Os surtos podem ser classificados como leves ou graves, sendo que os graves exibem alteração neurológica significativa com comprometimento funcional, e devem ser tratados com altas doses



de corticoide por um curto período para diminuir o processo inflamatório(22). A corticoterapia é benéfica em curto prazo tanto nos surtos como na primeira manifestação da doença, visando amortecer a intensidade e a duração dos sintomas, reduzindo as chances de sequelas persistentes, porém não há dados que confirmem a capacidade de prevenir novos surtos ou reduzir a progressão da incapacidade.

A plasmaférese é utilizada no tratamento de surtos graves no caso de resposta insatisfatória ao uso do corticoide. O tratamento é realizado em sete sessões, em dias alternados para diminuir o risco de hipotensão, e não deve ser indicada no tratamento de formas progressivas secundária e primária da EM(23).

Na década de 90 apareceu um tratamento modificador para a EM com a aprovação do primeiro interferon beta (IFN- β) pela FDA (Food and Drug Administration). Hoje em dia, as terapêuticas de primeira linha, aprovadas pela European Medicines Agency (EMA) para o tratamento de EMSR compreendem exposições farmacológicas distintas de interferons beta-1b (IFN- β -1b) (Betaferon/Extavia), interferon beta-1a (IFN- β -1a) (Avonex e Rebif) e acetato de glatirâmer (AG) (Copaxone) (24). Engloba o tratamento de segunda linha o fingolimod (Gilenya) e o natalizumab (Tysabri). Para o tratamento de terceira linha embora adjunta a efeitos secundários graves, a mitoxantrona (Novantrone) pode ser usada.

A alternativa inicial do tratamento da EM precisa ser discutida entre o doente e o neurologista, baseado na eficácia, na tolerabilidade, nos efeitos adversos, e na maneira de administração do medicamento(25).

Os canabinóides fazem parte do grupo de compostos químicos que produzem seus efeitos por meio da ativação dos receptores canabinóides no cérebro. É utilizada legalmente em países como Estados Unidos, Canadá, República Tcheca e Inglaterra, porém, no Brasil ainda enfrenta grande re-



sistência, sendo liberada apenas em alguns casos mediante ações judiciais(26). Seu uso é indicado no tratamento de dores crônicas de diversas etiologias, sendo as mais comuns as dores neuropáticas associadas a esclerose múltipla, fibromialgia, artrite reumatoide severa, dores pós-traumas, de origem oncológica, ou pós-cirúrgicas e neuropatias periféricas(27).

Em estudos realizados com o uso da vitamina D, foi possível constatar resultados positivos na suplementação, quando relacionado à prevenção de doenças autoimunes e diminuição de sintomas quando pré-existent(2).

A vitamina D tem a função de desviar a função imunológica no processo anti-inflamatório, onde a vitamina de forma ativa, passa a diminuir as citocinas inflamatórias e aumenta o Fator de Crescimento Tumoral (TGF) β 1 (anti-inflamatória) após um período mínimo de 6 meses de suplementação(28).

De acordo com a Academia Brasileira de Neurologia, ainda não está claro a dosagem correta para suplementação da vitamina d, porém a recomendação principal é que seja realizada dosagem sérica da 25(OH)D e realizar suplementação que não extrapole 100ng/ml para prevenir toxicidade(29).

CONCLUSÃO

Considerando a amplitude dos fatores que podem influenciar a QV das pessoas com EM, conclui-se que de uma forma geral a doença afeta a pessoa a nível comportamental, social, havendo um maior comprometimento no domínio físico. Além disso, pessoas com EM apresentam um importante impacto negativo em sua QV pelo fato da mesma ser uma doença à incapacidade, sendo necessário além do acompanhamento físico, atendimentos nos aspectos psicológicos e sociais.

O impacto negativo causado pela EM pode estar relacionado não apenas à incapacidade cau-



sada pela doença, mas também ao diagnóstico de uma doença neurológica crônica, evolutiva, de curso imprevisível, gradualmente incapacitante e, até ao momento, incurável. Sintomas que acompanham a doença como fadiga, dores, disfunção sexual e esfínteriana, déficit cognitivo, depressão podem também interferir significativamente na QV em pessoas com EM. Assim, estes aspetos podem naturalmente repercutir-se de forma negativa na QV dos doentes, mesmo nas fases iniciais.

Ainda existe uma grande falta de conhecimento em relação a esta patologia, a qual provoca sérias modificações fisiopatológicas nas pessoas com EM, sendo que seu tratamento atual é, ainda, pouco eficaz, causando muitos efeitos colaterais, já que não se conhece seu real agente etiológico. Contudo, tais fatos indicam a necessidade de se incrementar novas investigações a respeito dessa doença, no sentido de se obter um melhor controle da mesma e de suas complicações, e, assim, conservar e melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas com EM e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA CONJUNTA Nº 10, de 02 de abril de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Múltipla. Diário Oficial da União, Brasília, 2018.
- Alves B, Angeloni R, Azzalis L, Pereira E, Perazzo F, Rosa PC, Fonseca F. Esclerose múltipla: revisão dos principais tratamentos da doença. Saúde e Meio Ambiente: Revista interdisciplinar, São Paulo. 2014; 3(2):19-34.
- Fag C. Atuação fisioterapêutica na esclerose múltipla forma recorrente-remitente. Rev Movimenta. 2010;201(3):2.
- Belbasis L, Bellou V, Evangelou E, Ioannidis JP, Tzoulaki I. (2015). Environmental risk factors and multiple sclerosis: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. The Lancet Neurology. 2015;14(3):263-73.
- Shin J, Bourdon C, Bernard M, Wilson MD, Reischl E, Waldenberger M. Layered genetic control of



DNA methylation and gene expression: a locus of multiple sclerosis in healthy individuals. *Human molecular genetics*. 2015;24(20):5733-45.

Akkad DA, Lee DH, Bruch K, Haghikia A, Epplen JT, Hoffjan S, Linker RA. Multiple sclerosis in families: risk factors beyond known genetic polymorphisms. *Neurogenetics*. 2016;17(2):131-35.

Goodin DS. The nature of genetic susceptibility to multiple sclerosis: constraining the possibilities. *BMC neurology*. 2016;16(1):56.

Jiang T, Li L, Wang Y, Zhao C, Yang J, Ma D, Yang J. (2016). The association between genetic polymorphism rs703842 in CYP27B1 and multiple sclerosis: a meta-analysis. *Medicine*. 2016;95(19).

Kalincik T. Multiple sclerosis relapses: epidemiology, outcomes and management. A systematic review. *Neuroepidemiology*. 2015; 44(4):199-214.

Steinman L. Immunology of relapse and remission in multiple sclerosis. *Annual review of immunology*. 2014; 32:257-81.

Pereira AG. Evolução das funções cognitivas psíquicas e motoras dos pacientes portadores de esclerose múltipla. 2013.

Kouzoupis AB, Paparrigopoulos T, Soldatos M, Papadimitriou GN. (2010). The family of the multiple sclerosis patient: A psychosocial perspective. *International review of psychiatry*. 2010; 22(1):83-9.

Someter SC, Barre BG, Henkel JL, Chover KH. Brune & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Curso NAA, Gondim APS, D'Almeida, PCR, Albuquerque MGF. Sistematização da Assistência de Enfermagem para acompanhamento ambulatorial de pacientes com esclerose múltipla. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013; 47(3).

Neves CFDS, Rente JAPDS, Ferreira ACDS, Garrett ACM. Qualidade de vida da pessoa com esclerose múltipla e dos seus cuidadores. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017; (12): 85-96.

Lamperti GD, Paula AS. Assistência de enfermagem ao portador de esclerose múltipla. *anais simpac*. 2015; 5(1).

Mendes KDS, Silveira RCDCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*. 2008; 17(4):758-64.

Alschuler KN, Beier ML. Intolerance of uncertainty: shaping an agenda for research on coping with multiple sclerosis. *International journal of MS care*. 2015; 17(4):153-58.



- Costa RMA. Qualidade de vida na esclerose múltipla: casuística do Centro Hospitalar Cova da Beira (Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior). 2013.
- Cavalcante P, Monteiro MGS, Sampaio JD, Viana MC. A. Esclerose múltipla conhecer para melhor cuidar. 2009.
- Souza MHT, Toaldo GDCB. Atuação da enfermagem ao portador de esclerose múltipla: em busca da qualidade de vida. In: promovendo saúde na contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão. 2010.
- Ontaneda D; Rae-grant AD. Manejo das exacerbações agudas na esclerose múltipla. *Ann Indian Acad Neurol*. 2009.
- Repovic P, Lublin FD. Treatment of multiple sclerosis exacerbations. *Neurologic clinics*. 2011; 29(2):389-400.
- Río J, Comabella M, Montalban X. Multiple sclerosis: current treatment algorithms. *Current opinion in neurology*. 2011;24(3):230-37.
- Pelletier D, Hafler DA. Fingolimod for multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine*. 2012; 366(4): 339-47.
- Fine PG, Rosenfeld MJ. The endocannabinoid system, cannabinoids, and pain. *Rambam Maimonides medical journal*. 2013; 4(4).
- Ware MA, Wang T, Shapiro S, Robinson A, Ducruet T, Huynh T, Collet JP. Smoked cannabis for chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. *Cmaj*. 2010;182(14):694-701.
- Matias FGG. Vitamina D e Esclerose Múltipla, 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina)–Universidade de Coimbra, 2009.
- Boas RBV; Rocha MS. A importância da vitamina d na esclerose múltipla, 2014



Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português



e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceite ou aceite com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento



Índice Remissivo



A

Amamentação

página 157

Atendimento

página 37

página 213

D

Depressão

página 122

página 125

Desenvolvimento

página 14

E

Esclerose Múltipla

página 250

página 251

página 252



página 253

página 254

Enfermeiro

página 22

página 23

página 50

G

Gestão

página 13

Gerenciamento

página 24

P

Pandemia

página 40

R

Rastreamento

página 8

página 229

página 230

Recém-nascido



página 50

S

SUS

página 69

página 74



Este livro trata-se de um livro de artigos completos, objetivando debater em saúde, composto por diversas etapas de construção, que unificou conhecimentos teóricos, práticos e científicos em saúde, de forma interdisciplinar. É pertinente, que profissionais de saúde publiquem suas experiências, buscando o crescimento profissional coletivo. Desse modo, esta edição apresenta esses artigos como ponto de partida, para a melhoria do cuidado interdisciplinar, buscando qualificar as ações em saúde.

Maria Carolina Salustino dos Santos



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

