Intellectus

REVISTA ACADÊMICA DIGITAL

Volume Especial de Enfermagem

N.º 44 Janeiro/Março 2018

ISSN 1679-8902

4 EDITORIAL
Prof.ª Dr.ª Daniella Yamada Baragatti

ARTIGOS:

5 DESCRIÇÃO DO PERFIL DA ENFERMAGEM NO ESTADO DE SÃO PAULO
GOES, Claudia Costa

23 EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CORDEIRO, Jéssica Silva

33 QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE HEMOFILIA A EM UM HEMOCENTRO NA REGIÃO AMAZÔNICA
SOUSA, Jarrier Gonçalves

46 AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PUÉRPERAS
GURJÃO, André Ozório de Oliveira

60 GRUPO DE PROMOÇÃO A SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA: Relato de Experiência
COLOSSO, Marcela Borsato

70 PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA POR PUÉRPERAS
CEZAR, Gisele Freitas

83 UMA RELEITURA DA OBESIDADE NO PAÍS
BARBOSA, Brigitte Tiene

96 AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA POR CUIDADORAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO INTERIOR DE SÃO PAULO
SOUZA, Aline Gabriele

106 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE ADULTO EM SITUAÇÃO DE PCR NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR NO CONTEXTO BRASILEIRO
DIAS, Aline Piccolomini

EXERCÍCIOS DE ESCRITA DA DISCIPLINA DE *METODOLOGIA DE PESQUISA* DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM:

124 ESCRITA CIENTÍFICA E BUSCA QUALIFICADA EM BASE DE DADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA E ANÁLISE DOS RESULTADOS
AUDI, Celene Aparecida Ferrari

128 FATORES DE RISCO QUE INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE
CUSTODIO, Suelem Aparecida

145 TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS COMO CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
SILVA, João Pedro Gonçalves

154 CAUSAS DE RECUSA FAMILIAR NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
ANACLETO, Amanda Mandato

167 MÉTODOS UTILIZADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA AVALIAR E INTERVIR NA DOR NEONATAL EM UMA UTI
FERREIRA, Natália dos Santos

Áreas de publicação:
Ciências Exatas e Tecnológicas
Ciências Sociais Aplicadas
Educação, Cultura e Sociedade
Saúde

unifaj Centro Universitário de Jaguariúna

FACULDADE MAX PLANCK

ISSN 1679-8902

Intellectus Revista Acadêmica Digital. Revista científica das seguintes instituições: Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ e Faculdade Max Planck.
Eletrônica
Trimestral
Inclui Bibliografia

Editora Chefe:
Prof.ª Dr.ª Ana Maria Girotti Sperandio
Assessora Acadêmica do Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Faculdade Max Planck.

Equipe Técnica
Patrick Pereira
Maria Virginia Rosa
Janini de Oliveira Dias da Silva

Equipe de Tecnologia da Informação Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Faculdade Max Planck.
Equipe de Marketing Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Faculdade Max Planck.

EDITORIAL

A enfermagem é uma ciência que tem o cuidado ao ser humano como seu principal objeto, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde. Trata-se da profissão da área da saúde com o maior número de profissionais em exercício, sendo importante sua inserção no sistema de saúde brasileiro. Afinal, qual o papel dos profissionais de saúde e enfermagem nos cuidados à população? Quais ações estão sendo desenvolvidas nos diversos espaços brasileiros? O que podemos aprender e melhorar com as publicações recentes?

Este volume especial reflete a amplitude desta ciência e arte de cuidar. Apresenta artigos sobre o perfil dos profissionais de enfermagem do estado de São Paulo e discussões sobre os cuidados de saúde em diversos ambientes, seja em domicílio, na Atenção Primária à Saúde ou no hospital. Provoca reflexões a respeito de epidemias mundiais, como a obesidade, e aponta questionamentos importantes quanto ao aleitamento materno e a promoção da saúde no climatério e menopausa.

Em tempos de crise e perdas de direitos, assim como a fragilização progressiva que observamos no sistema de saúde brasileiro - o Sistema Único de Saúde (SUS)- faz-se fundamental discutirmos, por meio de artigos científicos publicados em uma revista séria como a Intellectus, questões relacionadas à saúde e de direito ao acesso universal previsto na Constituição brasileira.

O leitor poderá também, prestigiar o desenvolvimento da aplicabilidade de metodologias ativas na disciplina Seminário Científico I e II na perspectiva da produção da escrita científica.

Convidamos o leitor para leitura e reflexão, buscando responder a seguinte pergunta: quais cuidados de saúde queremos para nós?

Prof.ª Dr.ª Daniella Yamada Baragatti

DESCRIÇÃO DO PERFIL DA ENFERMAGEM NO ESTADO DE SÃO PAULO[1]

Description of the Nursing profile in the state of São Paulo

GOES, Claudia Costa
Universidade Cruzeiro do Sul

MELO, Márcio Cristiano de
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp

ROLIM, Ana Carine Arruda
Universidade Estadual do Ceará

JACOB, Lia Maristela da Silva
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem/Unicamp

CABRAL, Elizabeth Regina de Melo
Faculdade São Leopoldo Mandic de Campinas

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil dos profissionais de enfermagem no estado de São Paulo. Trata-se de um estudo ecológico e descritivo com dados da Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil". Observa-se maior concentração de profissionais do sexo feminino, a predominância de jovens adultos, a concentração de profissionais na capital, a influência da linhagem familiar na escolha da profissão, a baixa escolaridade de profissionais de enfermagem de nível médio e a tendência da equipe em se especializar na área. Dentre os aspectos influenciados pela atual situação do mercado de trabalho, destaca-se a carga excessiva de trabalho, acesso a tecnologias da informação para adquirir conhecimento e maior concentração de profissionais em instituições empregadoras públicas. Conclui-se que é necessário conhecer de forma sistemática, ampla e detalhada essa profissão essencial ao setor saúde, que traz consigo o maior contingente técnico do conjunto da força de trabalho em saúde do Brasil.

Palavras-chaves: Enfermagem; Profissionais de Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Análise de Dados

ABSTRACT: This study aims to describe the profile of nursing professionals in the state of São Paulo. This is an ecological and descriptive study with data from the survey "Profile of Nursing in Brazil". There is greater concentration of female professionals, the predominance of young adults, the concentration of professionals in the capital, the influence of family lineage in the profession choice, the low education of mid-level nursing professionals and the tendency of staff to specialize in

[1] Artigo extraído do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde do Trabalho intitulado "Descrição do resultado parcial da pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil", no âmbito do Estado de São Paulo" da Universidade Cruzeiro do Sul, Polo Santos-SP.

area. Among the aspects that are influenced by the current labor market situation, we can highlight the excessive workload, access to information technologies to acquire knowledge and greater concentration of professionals in public employment institutions. We conclude that it is necessary to know in a systematic, comprehensive and detailed this essential profession to the health sector, which brings with it the biggest technical contingent of the whole workforce in health in Brazil.

Key-words: Nursing; Nurse Practitioners; Nursing Staff; Nursing, Team; Data Analysis

INTRODUÇÃO

Dentre os vários tipos de atividades profissionais exercidas pelo homem, o trabalho da Enfermagem foi eleito como foco de atenção do estudo ora realizado. Considerando que os profissionais de enfermagem consistem na maior força de trabalho inserida na área da saúde, sobretudo na assistência de nível hospitalar (MACHADO et al, 2012).

O setor saúde é um ramo importante na economia brasileira, ela representa 4,3% dos 90,9 milhões de postos de trabalho ocupados no país, gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal e em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho. Algumas tendências do setor analisadas por estudiosos nos anos de 1980 e 1990 mostraram uma configuração específica da área: a grande concentração geográfica e social nas grandes capitais; crescente participação das mulheres na composição da força de trabalho; a hegemonia dos médicos e da enfermagem na equipe na composição da força de trabalho da saúde; os baixos salários no setor; o assalariamento e a perda das condições de trabalho na saúde, degradando a qualidade de vida do trabalhador da saúde. Esses estudiosos já apontavam, à época, mudanças importantes para o setor (DONNANGELO, 1975; MÉDICI et al., 1992).

A pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem, realizada em aproximadamente 50% dos municípios brasileiros e em todos os 27 estados da Federação, inclui desde profissionais no começo da carreira (auxiliares e técnicos, que iniciam com 18 anos; e enfermeiros, com 22) até os aposentados (pessoas de até 80 anos) (FIOCRUZ, 2016).

O Brasil conta com mais de 1,8 milhão de profissionais de enfermagem. Dentre estes 18,69% são enfermeiros e 80,52% são auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (COFEN, 2011). O estado de São Paulo concentra cerca de 1/4

(497.490) dos profissionais de enfermagem do país, com 119.411 enfermeiros inscritos e 377.671 auxiliares e/ou técnicos em 2017 (COREN-SP, 2016).

Lançada em 2012, a pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil", realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com o apoio técnico, financeiro e político do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), da Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), entrevistou profissionais em todo o território nacional, focalizando as características, as tendências e a importância significativa da equipe de enfermagem na organização e no desenvolvimento das atividades de saúde, seja no âmbito hospitalar ou na rede ambulatorial (MACHADO et al., 2012).

Vale destacar que, historicamente, dispomos de um primeiro estudo de abrangência nacional, de 1956/1958, ou seja, o Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem (ABEN, 1980). O segundo estudo sobre a enfermagem brasileira (COFEN, 1985), realizado por iniciativa do COFEN e da ABEN. Durante anos, esse estudo se manteve como fonte de referência imprescindível nos estudos, análises, e na compreensão da enfermagem brasileira. Contudo, para os dias atuais, não corresponde à realidade da sua situação no cenário nacional.

Estudo realizado em 2006 também constitui referência na análise da enfermagem brasileira comparada com a enfermagem dos demais países do Mercosul, no que tange recursos humanos, formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos profissionais de enfermagem utilizando dados da Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil", no âmbito do Estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico e descritivo, cujo desenvolvimento apoiou-se na análise documental. Para Gil (1999), a análise documental diz respeito a uma técnica em que as fontes utilizadas, os documentos, ainda não sofreram tratamento analítico (chamados documentos de primeira mão, que são: documentos oficiais, relatórios, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, entre

outros). Ou ainda aqueles documentos que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Essa técnica se difere da pesquisa bibliográfica somente pela natureza das fontes.

A Pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” buscou caracterizar, por meio de um levantamento amostral, o contingente de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em atividade no país focando os aspectos sociodemográficos, formação profissional e acesso à informação técnico-científica, o mundo do trabalho e aspectos político-ideológicos. Para isso, se baseou nos dados de todas as unidades da federação, e posteriormente, de cada região brasileira, para então traçar o Perfil da Enfermagem no Brasil. A pesquisa abordou Grupos Temáticos (GT), os quais estão em processo de construção, cujos produtos serão apresentados pelos pesquisadores e órgãos responsáveis divididos em: GT 1 - Conformação da profissão de Enfermagem; GT 2 - Regulação do Trabalho em Saúde - Enfermagem; GT 3 - Formação e Educação profissional; GT 4 - Mercado de trabalho e a Enfermagem; GT 5 - Migração, MERCOSUL e Integração Regional; GT 6 - Promoção e Saúde do trabalhador de Enfermagem; GT 7 - Organizações corporativas; e GT 8 - Enfermagem nas grandes instituições empregadoras (FIOCRUZ, 2012).

A análise do presente estudo refere-se ao GT 1, que teve a divulgação parcial dos dados obtidos, os quais não foram enviados em sua totalidade, mesmo após solicitação formal. Ante o exposto, serão trabalhados apenas os dados divulgados pelo COREN-SP.

A população de análise foi constituída por todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, denominados Equipe de Enfermagem (EE). Adotou-se como descritor do universo o cadastro desses profissionais inscritos em todos os Conselhos Regionais de Enfermagem, totalizando 1.449.569 profissionais de enfermagem em âmbito nacional, na época do lançamento do projeto. Destaca-se, no entanto, que foram excluídos os 7.056 registros que estavam em branco, o que resultou em 1.442.513 profissionais pesquisados (MACHADO; STIEBLER; OLIVEIRA, 2012).

Salienta-se que as parteiras, obstetrizes e atendentes de enfermagem também constituem profissionais de enfermagem, sendo desconhecido o motivo de não terem sido contemplados na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”.

Atualmente, estão cadastrados no COREN-SP, 220 obstetrizes e 188 atendentes de enfermagem (COREN-SP, 2017).

A seleção da amostra foi pelo método de amostragem estratificada. A população foi dividida em 54 estratos constituídos pela combinação entre as 27 unidades da federação e as duas categorias profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). A amostra é constituída pelas seguintes variáveis: sexo, idade, localização geográfica (capital/interior) e a proporção de profissionais por estados (MACHADO; STIEBLER; OLIVEIRA, 2012).

Os dados da pesquisa foram coletados através de um questionário específico enviado pelo COFEN aos sujeitos selecionados na amostra, considerando as três categorias de enfermagem. O instrumento contém questões abertas, semiabertas e fechadas com código de respostas, e está dividido em 7 blocos: bloco 1 - identificação socioeconômica; bloco 2 - formação profissional (enfermeiros); bloco 3 - formação profissional (auxiliares e técnicos de enfermagem); bloco 4 - acesso à informação técnico-científica; bloco 5 - mercado de trabalho; bloco 6 - satisfação no trabalho e relacionamento; e bloco 7 - participação sócio-política (MACHADO; STIEBLER; OLIVEIRA, 2012). Para o desenvolvimento deste, analisamos os dados divulgados nos blocos 1, 2, 3,4 e 5.

A participação dos sujeitos no preenchimento do questionário foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e garantia do anonimato. O questionário foi disponibilizado para ser respondido através de envio por correio sem custo ao participante, e nos sites das Instituições (Fiocruz, Cofen, ABEn e FNE), nos níveis nacional e regionais (MACHADO; STIEBLER; OLIVEIRA, 2012).

Os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas podem servir de base a uma outra análise disposta em torno de novas dimensões teóricas, ou praticadas graças a técnicas diferentes (SAMARA & TUPY, 2007). Os dados foram descritos em tabelas construídas com o auxílio do software Excel 2013 para Windows. A comparação de proporcionalidade entre as categorias profissionais baseou-se nos testes qui-quadrado e Exato de Fisher (para categorias com $n \leq 5$) com nível de significância de 0,05.

O presente trabalho não necessitou de apreciação em Comitê de Ética por se tratar de uma pesquisa retrospectiva com uso de dados secundários e de livre acesso.

RESULTADOS

Nos resultados parciais divulgados em maio de 2015, a Região Sudeste representa mais da metade (55,6%) da amostra, seguido de 17,6% da Região Nordeste, 13,2% da Região Sul, 7,7% do Norte e 6,3% do Centro-Oeste do país.

Participaram da pesquisa um total de 453.665 profissionais no estado de São Paulo, sendo 23,2% (n = 105.438) enfermeiros e 76,8% (n = 348.227) auxiliares/técnicos de enfermagem (Tabela 1).

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Dos profissionais de enfermagem entrevistados, 98,5% (n = 448.830) possuem nacionalidade brasileira, sendo 83,3% (n = 377.903) profissionais declarados do sexo feminino. É importante ressaltar, no entanto, que mesmo tratando-se de uma categoria prioritariamente feminina, registra-se a presença de 15,7% (n = 71.225) de homens, valor acima da média nacional de 14,4% (Tabela 1).

Verifica-se na Tabela 1, uma prevalência de jovens adultos até 40 anos de idade, representando 64,4% (n = 292.160) da população total de estudo. 12,3% dos enfermeiros (n = 12.969) e 9,2% (n = 32.037) dos auxiliares/técnicos estão em desaceleração da vida profissional, ou seja, com 51 a 60 anos de idade. Profissionais totais iniciando a vida profissional (até 25 anos de idade) representam 6,2% da amostra (n = 28.127) e 1,5% (n = 6.805) estão em fase de aposentadoria, com mais de 61 anos.

Dentre os entrevistados, 73,5% (n = 77.497) dos enfermeiros e 62,8% (n = 218.687) dos auxiliares/técnicos de enfermagem são naturais de São Paulo. Os profissionais migraram, em sua maioria, de Minas Gerais, Bahia, Paraná e Pernambuco. Mais da metade da equipe de enfermagem, 62,4% (n = 283.087) se concentra na Capital. Quanto à etnia, 71,1% (n = 74.966) dos enfermeiros e 49,8% (n = 173.417) dos auxiliares/técnicos de se declararam brancos, e verifica-se diferença de proporção entre as categorias pelo teste estatístico ($p < 0,05$) (Tabela 1). A parcela dos entrevistados com linhagem de enfermagem na família é representada por 49,2% (n = 51.728) de enfermeiros e 47,5% (n = 165.408) de auxiliares/técnicos.

BLOCO 2: FORMAÇÃO PROFISSIONAL (ENFERMEIROS)

A maioria dos enfermeiros, 68% (n = 71.698) declarou ter se graduado em instituições privadas, sendo 29,6% (n = 31.210) com menos de cinco anos de formado. Com relação à região brasileira de formação, 93,4% (n = 98.479) se graduaram na Região Sudeste, dos quais 90,4% (n = 95.316) no estado de São Paulo. Os cursos com modalidade integral foram responsáveis pela formação de 36% (n = 37.958) dos profissionais graduados, seguido de 35,7% (n = 37.641) em cursos diurnos (Tabela 2). Ao serem questionados sobre ter cursado outra graduação, 8,4% (n = 8.857) dos entrevistados disseram que sim, sendo 22,7% (n = 2.010) nas áreas de Direito e Administração, e, 42,7% (n = 45.022) realizaram o curso de Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, dos quais 90,2% (n = 40.609) haviam exercido esta profissão antes da graduação.

Grande parte dos enfermeiros, 80,8% (n = 85.194) cursaram pós-graduação, dos quais 78,6% (n = 66.962) na modalidade *lato sensu*, e 21,4% (n = 18.232) *stricto sensu* (quase metade em Mestrado Acadêmico) (Tabela1). Do total de enfermeiros Pós-Graduados, 46,5% (n = 49.029) têm título de especialista.

BLOCO 3: FORMAÇÃO PROFISSIONAL (AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)

Com relação ao nível de escolaridade, 91,7% (n =319.324) possui ensino médio completo, destes 27,6% (n = 96.111) com ensino superior incompleto e 10,3% (n = 35.867) com ensino superior completo. Os formados em instituições privadas de ensino técnico representam 75,6% (n = 263.260) dos entrevistados, e cerca de 35% (n = 121.879) possui mais de 10 anos de formado, e, 6,3% (n = 21.938) já atuam na área a mais de 21 anos (Tabela 2).

Observa-se na Tabela 2 que os auxiliares/técnicos formados na Região Sudeste representam 92,5% do total (n = 322.110), sendo 91,1% (n = 317.235) no Estado de São Paulo. A maioria, 49,2% (n = 171.328) estudou no período noturno, e 33,7% (n = 117.352) cursou capacitação profissional. Dentre estes, 49,6% (n = 58.207) cursaram algum tipo de atualização realizada ao exercício profissional, 30,2% (n = 35.440) aperfeiçoamento, e 20,2% (n = 23.705) uma especialização.

Do total de auxiliares/técnicos entrevistados no Estado de São Paulo, 30,9% (n = 107.602) cursaram nível superior, dos quais 80% (n = 86.082) em Enfermagem. A respeito da pretensão de continuar os estudos, 79% (n = 275.099) dos

auxiliares/técnicos de enfermagem afirmaram que pretendem dar continuidade aos estudos, indicando uma forte tendência à especialização e atualização na área.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem segundo variáveis socioeconômicas, São Paulo, Brasil, 2016.

		Enfermeiro (N = 105438)		Auxiliar/Técnico (N = 348227)		p-valor*	Total** (N = 453665)	
		Freq	%	Freq	%		Freq	%
Sexo	Masculino	13496	12,8	57457	16,5		70954	15,7
	Feminino	91309	86,6	286591	82,3	0,305	377900	83,3
	Sem informação	633	0,6	4179	1,2		4811	1,0
Faixa etária em anos	até 40	65688	62,3	226696	65,1		292384	64,4
	25 - 35	42492	40,3	142077	40,8	0,906	184568	40,6
	36 - 50	41648	39,5	142773	41,0		184421	40,7
	≥ 51	2109	2,0	4527	1,3		6636	1,5
Nacionalidade	Brasileira	104067	98,7	342655	98,4		446723	98,5
	Estrangeira	527	0,5	-	-	0,976	527	0,1
	Sem informação	844	0,8	5572	1,6		6415	1,4
Município de origem	Capital	37009	35,1	132326	38,0		169335	37,3
	Interior	45127	42,8	115960	33,3		161087	35,5
	Sem informação	23302	22,1	99941	28,7	0,087	123243	27,2
Naturalidade	São Paulo	77497	73,5	218687	62,8		296183	65,3
	Minas Gerais	4956	4,7	20894	6,0		25849	5,7
	Bahia	3058	2,9	12884	3,7		15942	3,5
	Paraná	2425	2,3	7313	2,1	0,681	9738	2,1
	Pernambuco	-	-	6965	2,0		6965	1,5
	Sem informação	17503	16,6	81485	23,4		98988	21,8
Estado civil	Solteiro	37009	35,1	113870	32,7		150879	33,3
	Casado	49240	46,7	147648	42,4		196888	43,4
	União Estável	8013	7,6	31689	9,1	0,622	39702	8,8
	Divorciado	7275	6,9	34474	9,9		41750	9,2
	Sem informação	3901	3,7	20545	5,9		24447	5,3
Local de residência	Capital	63474	60,2	219731	63,1		283205	62,4
	Interior	40594	38,5	119790	34,4	0,430	160384	35,4
	Sem informação	1371	1,3	8706	2,5		10076	2,2
Raça/Cor referida	Branca	74966	71,1	173417	49,8		248383	54,8
	Preta	19928	18,9	129889	37,3		149816	33,1
	Parda	5905	5,6	32733	9,4	0,000	38638	8,6
	Indígena	211	0,2	1045	0,3		1256	0,3
	Sem informação	4428	4,2	11143	3,2		15572	3,2
Total		105438	100,0	348227	100,0		453665	100,0

Fonte: Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil" - 2013. FIOCRUZ/COFEN.
*A estatística de qui-quadrado e exato de Fisher é significativa no nível 0,05 na comparação entre as distribuições de enfermeiros e auxiliares/técnicos. **Todas as porcentagens são referentes aos valores totais por coluna de categoria profissional e total.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem segundo variáveis de formação profissional, São Paulo, Brasil, 2016.

		Enfermeiro (N = 105438)		Auxiliar/Técnico (N = 348227)		p-valor*	Total**** (N = 453665)	
		Freq	%	Freq	%		Freq	%
Natureza da instituição formadora	Pública	26149	24,8	41787	12,0		67936	15,0
	Privada	71698	68,0	263260	75,6	0,000	334957	73,8
	Sem informação	7592	7,2	43180	12,4		50772	11,2
Tempo de formado em anos	0 - 5	31210	29,6	98548	28,3		129758	28,6
	6 - 10	29944	28,4	94718	27,2		124662	27,5
	11 - 21	13391	12,7	99941	28,7	0,026	113332	25,0
	≥ 21	5377	5,1	21938	6,3		27316	6,0
	Sem informação	25516	24,2	33082	9,5		58598	12,9
Região de formação	Sudeste	98479	93,4	322110	92,5		420589	92,7
	Sul	2425	2,3	3134	0,9		5559	1,2
	Nordeste	1160	1,1	4527	1,3	0,696	5687	1,3
	Norte	422	0,4	1393	0,4		1815	0,4
	Centro-Oeste	316	0,3	1045	0,3		1361	0,3
	Sem informação	2636	2,5	16018	4,6		18654	4,1
Modalidade do curso	Integral	37958	36,0	-	-		37958	8,4
	Diurno	37641	35,7	112477	32,3		150119	33,1
	Vespertino	-	-	43528	12,5	0,000	43528	9,6
	Noturno	20033	19	171328	49,2		191361	42,2
	Sem informação	9806	9,3	20894	6,0		30699	6,8
Pós-Graduação	Sim	85194	80,8	-	-		85194	80,8
	Não	20244	19,2	-	-		20244	19,2
						Total	**105438**	**100,0**
78,6% Lato Sensu (n = 66.962)**	Residência	4620	6,9	-	-		4620	6,9
	Especialização	62342	93,1	-	-		62342	93,1
						Total	**66962**	**100,0**
21,4% Strictu Sensu (n = 18.232)**	Ms. Acadêmico	9626	52,8	-	-		9626	52,8
	Ms. Profissional	2972	16,3	-	-		2972	16,3
	Doutorado	5032	27,6	-	-		5032	27,6
	Pós-Doutorado	602	3,3	-	-		602	3,3
						Total	**18232**	**100,0**
Escolaridade dos auxiliares/técnicos	1º grau incomp	-	-	696	0,2		696	0,2
	1º grau comp	-	-	6268	1,8		6268	1,8
	2º grau incomp	-	-	12536	3,6		12536	3,6
	2º grau comp	-	-	187346	53,8		187346	53,8
	Superior incomp	-	-	96111	27,6		96111	27,6
	Superior comp	-	-	35867	10,3		35867	10,3
	Sem informação	-	-	9403	2,7		9403	2,7
						Total	**348227**	**100,0**
Capacitação dos auxiliares/técnicos	Sim	-	-	117352	33,7		117352	33,7
	Não	-	-	230875	66,3		230875	66,3
								100,0
						Total	**348227**	
Modalidade do curso de capacitação***	Atualização	-	-	58207	49,6		58207	49,6
	Aperfeiçoamento	-	-	35440	30,2		35440	30,2
	Especialização	-	-	23705	20,2		23705	20,2
						Total	**117352**	**100,0**

Fonte: Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil" - 2013. FIOCRUZ/COFEN.
*A estatística de qui-quadrado e exato de Fisher é significativa no nível 0,05 na comparação entre as distribuições de enfermeiros e auxiliares/técnicos. **A frequência e a porcentagem foram calculadas baseadas no total de respostas "sim" para Pós-Graduação. ***A frequência e a porcentagem foram calculadas baseadas no total de respostas "sim" para Capacitação dos auxiliares/técnicos. ****Todas as porcentagens são referentes aos valores totais por coluna de categoria profissional e total, com exceção para variáveis específicas de cada modalidade profissional.

BLOCO 4: ACESSO À INFORMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

As modalidades de aprimoramento mais frequentemente empregadas pela equipe de enfermagem são: 98,7% realizam leitura de livros e revistas (n = 447.971), 88,9% realizam cursos (n = 403.190), 87,6% fazem pesquisas na *internet* (n = 397.510). As modalidades menos utilizadas são: 62,0% nunca utilizaram o Telessaúde (n = 281.456), 36,4% raramente participam de grupos de estudos e pesquisa (n = 165.088) e 32,3% eventualmente foram à eventos científicos na Área da Enfermagem (n = 146.476) (Tabela 3).

Destaca-se a leitura frequente de revistas nacionais de enfermagem por 67,1% dos entrevistados (n = 304.470) e o fato de que 65,2% (n = 295.991) nunca leram uma revista internacional da área (Tabela 3), as categorias profissionais possuem distribuição diferente dentre essas variáveis ($p < 0,05$). O acesso diário à internet é feito por 69,3% dos entrevistados (n = 314.390), sendo 59,6% (n = 187.376) em casa e 17,2% (n = 54.075) no trabalho.

Observa-se na Tabela 3 que cerca de 50,3% da equipe de enfermagem (n = 228.179) realizou algum aprimoramento profissional nos últimos 12 meses. Na categoria dos enfermeiros, o percentual aumenta para 66,8% (n = 70.433). A intenção de fazer uma qualificação profissional está presente em 86,3% (n = 391.500) dos profissionais da equipe de enfermagem. O principal motivo para não o fazer são as condições financeiras, afirmado por 23,5% dos entrevistados (n = 106.774). A falta de apoio institucional foi citada por 11,2% (n = 11.809) dos enfermeiros que desejam se qualificar. Importante ressaltar que 18,9% (n = 19.928) dos enfermeiros desejam fazer Mestrado e 18,1% (n = 19.084) almejam cursar uma Especialização. Por outro lado, 44,2% (n = 153.917) dos auxiliares/técnicos de enfermagem desejam cursar uma atualização ou aperfeiçoamento, 21% (n = 73.128) desejam fazer uma especialização e 12,7%, (n = 43.528) a Graduação de Enfermagem.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem segundo variáveis de acesso à informação técnico/científica, São Paulo, Brasil, 2016.

		Enfermeiro		Auxiliar/Técnico		p-valor*	Total**	
		Freq	%	Freq	%		Freq	%
Participação em eventos na área da Enfermagem	Frequentemente	75494	71,6	153916	44,2	0,000	229410	50,6
	Raramente	27730	26,3	118745	34,1		146476	32,3
	Sem informação	2214	2,1	75565	21,7		77779	17,1
Estágios em Instituições de Saúde	Raramente	35427	33,6	115263	33,1	0,097	150690	33,2
	Nunca	51559	48,9	134416	38,6		185975	41,0
	Sem informação	18452	17,5	98548	28,3		117000	25,8
Grupo de Estudos e Pesquisas	Frequentemente	52297	49,6	122924	35,3	0,055	175221	38,6
	Raramente	35216	33,4	-	-		35216	7,8
	Nunca	-	-	109692	31,5		109692	24,2
	Sem informação	17924	17,0	115611	33,2		133536	29,4
Visitas Técnicas/Observação	Frequentemente	36798	34,9	100638	28,9	0,039	137435	30,3
	Nunca	29628	28,1	135460	38,9		165088	36,4
	Sem informação	39012	37,0	112129	32,2		151141	33,3
Uso de Internet	Frequentemente	99428	94,3	298082	85,6		397510	87,6
	Sem informação	6010	5,7	50145	14,4		56155	12,4
Telessaúde	Frequentemente	25832	24,5	-	-	0,007	25832	5,7
	Nunca	47447	45,0	234009	67,2		281456	62,0
	Sem informação	32159	30,5	114218	32,8		146377	32,3
Cursos	Frequentemente	96054	91,1	307136	88,2		403190	88,9
	Sem informação	9384	8,9	41091	11,8		50475	11,1
Leitura de Livros e Revistas	Frequentemente	99744	94,6	348227	100,0		447971	98,7
	Sem informação	5694	5,4	-	-		5694	1,3
Iniciativas do Sistema COFEN/COREN	Frequentemente	84350	80,0	-	-		84350	18,6
	Sem informação	21088	20,0	-	-		21088	4,6
Livros científicos	Frequentemente	79079	75,0	172372	49,5	0,000	251451	55,4
	Raramente	-	-	130933	37,6		130833	28,8
	Sem informação	26360	25,0	44921	12,9		71281	15,7
Revistas nacionais de Enfermagem	Frequentemente	73596	69,8	230875	66,3	0,000	304470	67,1
	Raramente	-	-	107950	31,0		107950	23,8
	Sem informação	31842	30,2	9402	2,7		41244	9,1
Revistas internacionais de Enfermagem	Raramente	35216	33,4	-	-	0,000	35216	7,8
	Nunca	41437	39,3	254554	73,1		295991	65,2
	Sem informação	28785	27,3	93673	26,9		122458	27,0
Outras revistas técnico-científicas	Frequentemente	44600	42,3	-	-	0,000	44600	9,8
	Raramente	45971	43,6	151827	43,6		197798	43,6
	Nunca	-	-	108299	31,1		108299	23,9
	Sem informação	14867	14,1	88101	25,3		102968	22,7
Aprimoramento nos últimos 12 meses	Sim	70433	66,8	157747	45,3	0,000	228179	50,3
	Não	35005	33,2	190480	54,7		225486	49,7
Razões de não aprimoramento	Condição financ	19717	18,7	87057	25,0	0,395	106774	23,5
	Tempo/estímulo	17819	16,9	40743	11,7		58562	12,9
	Alto custo	19084	18,1	50841	14,6		69925	15,4
	Apoio Institucional	11809	11,2	35867	10,3		47676	10,5
	Dificuldad pessoais	11809	11,2	39698	11,4		51507	11,4
	Sem informação	25200	23,9	94021	27,0		119221	26,3
Desejo de fazer Qualificação	Sim	93418	88,6	298082	85,6	0,306	391500	86,3
	Não	12020	11,4	50145	14,4		62165	13,7

Tipo de Qualificação desejada	Atualização	17186	16,3	79048	22,7	0,000	96234	21,2
	Aperfeiçoamento	14234	13,5	74869	21,5		89103	19,6
	Especialização	19084	18,1	73128	21,0		92212	20,3
	Grad em Enferm	-	-	43528	12,5		43528	9,6
	Outra graduação	6432	6,1	21242	6,1		27674	6,1
	Mestrado	19928	18,9	14277	4,1		34205	7,5
	Doutorado	10017	9,5	10447	3,0		20463	4,5
	Pós-Doutorado	5588	5,3	6616	1,9		12205	2,7
	Estág/cursos no Ext	9595	9,1	14974	4,3		24569	5,4
	Estág em outra Inst	2741	2,6	10098	2,9		12839	2,8
	Sem informação	633	0,6	-	-		633	0,1
Total		105438	100,0	348227	100,0		453665	100,0

Fonte: Pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” - 2013. FIOCRUZ/COFEN.
*A estatística de qui-quadrado e exato de Fisher é significativa no nível 0,05 na comparação entre as distribuições de enfermeiros e auxiliares/técnicos. **Todas as porcentagens são referentes aos valores totais por coluna de categoria profissional e total.

BLOCO 5: MERCADO DE TRABALHO

Com relação à situação profissional, 90,1% (n = 95.000) dos enfermeiros e 93,7% (n = 326.289) dos auxiliares e técnicos estavam empregados no momento da coleta dos dados. 35% dos enfermeiros (n = 36.903) exerciam a profissão entre 11 e 20 anos, e, 27,3% (n = 95.066) dos auxiliares e técnicos entre seis e dez anos (Tabela 4).

De acordo com a Tabela 4, a maioria dos profissionais possui apenas um emprego na área de enfermagem, sendo 69,4% (n = 73.174) enfermeiros e 74,7% (n = 260.126) auxiliares e técnicos. Em contrapartida, 8,5% (n = 8.962) e 11,1 (n = 38.653), respectivamente, possuem outra atividade remunerada fora da área da enfermagem.

Ao serem questionados sobre a jornada de trabalho, 43,5% (n = 45.866) dos enfermeiros e 48,9% (n = 170.283) dos auxiliares e técnicos, respectivamente, trabalham entre 31 e 40 horas. Uma parcela pequena desses profissionais possui uma jornada semanal de trabalho com mais de 60 horas, sendo 9,2% (n = 9.700) e 10,2% (n = 35.519). Instituições empregadoras públicas empregavam 38,3% dos enfermeiros (n = 40.383) e 34,3% dos auxiliares e técnicos (n = 119.442), enquanto que as privadas 21,7% (n = 22.880) e 21,6% (n = 75.217) respectivamente (Tabela 4).

Apenas as variáveis “tempo de trabalho em anos” e “natureza da instituição empregadora” apresentaram proporções diferentes entre enfermeiros e auxiliares e técnicos de acordo com o teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem segundo perfil do mercado de trabalho, São Paulo, Brasil, 2016.

		Enfermeiro		Auxiliar/Técnico		p-valor*	Total	
		Freq	%	Freq	%		Freq	%
Situação profissional	Empregado	95000	90,1	326289	93,7	0,098	421288	92,9
	Desempregado	5799	5,5	9750	2,8		15549	3,4
	Sem informação	4639	4,4	12188	3,5		16827	3,7
Tempo de trabalho em anos	0 – 5	19190	18,2	115263	33,1	0,000	134453	29,6
	6 – 10	21298	20,2	95066	27,3		116364	25,6
	11 – 20	36903	35,0	89146	25,6		126049	27,8
	> 20	21720	20,6	28555	8,2		50275	11,1
	Sem informação	6326	6,0	20197	5,8		26523	5,8
Número de emprego (s) na área da enfermagem	Um	73174	69,4	260126	74,7	0,519	333300	73,5
	Dois	21720	20,6	60591	17,4		82312	18,1
	Três	1687	1,6	2438	0,7		4125	0,9
	Mais que três	738	0,7	3830	1,1		4569	1,0
	Sem informação	8119	7,7	21242	6,1		29361	6,5
Horas semanais trabalhadas	≤ 30	4850	4,6	14626	4,2	0,360	19476	4,3
	31 – 40	45866	43,5	170283	48,9		216149	47,6
	41 – 60	26149	24,8	63029	18,1		89178	19,7
	> 60	9700	9,2	35519	10,2		45219	10,0
	Sem informação	18873	17,9	64770	18,6		83644	18,4
Natureza da instituição empregadora	Pública	40383	38,3	119442	34,3	0,022	159825	35,2
	Privada	22880	21,7	75217	21,6		98097	21,6
	Ensino e pesquisa	11071	10,5	13929	4,0		25000	5,5
	Autônomos	2109	2,0	4875	1,4		6984	1,5
	Outras***	10544	10,0	39350	11,3		49893	11,0
	Sem informação	18452	17,5	95414	27,4		113866	25,1
Outras atividades fora da área da enfermagem	Sim	8962	8,5	38653	11,1	0,408	47615	10,5
	Não	96476	91,5	309574	88,9		406050	89,5
Total		105438	100,0	348227	100,0		453665	100,0

Fonte: Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil" - 2013. FIOCRUZ/COFEN.
*A estatística de qui-quadrado é significativa no nível 0,05 na comparação entre as distribuições de enfermeiros e auxiliares/técnicos. **Todas as porcentagens são referentes aos valores totais por coluna de categoria profissional e total. ***Foram consideradas outras naturezas das instituições empregadoras Cooperativas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Organizações Sociais (OS) e Fundações.

DISCUSSÃO

Segmentando o perfil dos 453.665 profissionais do Estado de São Paulo, diversos dados chamam atenção, como o aumento de profissionais do sexo masculino, como pode ser comparado com dados da pesquisa de Ortega *et al*. (2015) que analisou o perfil acadêmico de enfermeiros formados; a predominância de adultos jovens, uma vez que o perfil de formação dos estudantes de enfermagem tende a inseri-los no mercado de trabalho formal com essa faixa etária (SPINDOLA; MARTINS & FRANCISCO, 2008) e a concentração dos profissionais nas capitais.

A linhagem familiar na saúde e/ou na enfermagem se mostra presente, dado esse que mostra que os novos profissionais da área têm uma grande influência de pessoas próximas quando escolhem exercer a profissão, tal característica pode ser encontrada em estudo de nível nacional (MACHADO *et al.,* 2016).

A maioria dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem paulistas se auto declararam brancos, porém em pesquisa realizada com profissionais de todo o Brasil mostra que a maioria (53%) é negra ou parda (MACHADO *et al.,* 2016).

As diferenças sociais e econômicas são evidentes entre as categorias de enfermeiro (nível superior) e de auxiliar/técnico de enfermagem (nível médio), quando mais de 2/3 dos enfermeiros cursaram a Graduação em período integral e diurno, e quase metade dos auxiliares/técnicos estudou no período noturno, provavelmente porque precisavam trabalhar no período diurno (TEIXEIRA *et al*, 2013). Verifica-se ainda que em ambas as categorias, a maioria se forma em instituições privadas de ensino técnico ou superior, dado semelhante em pesquisa realizada no estado do Paraná (RODRIGUES & CALDEIRA, 2009; TEIXEIRA *et al*, 2006; 2013).

Percebemos que a oferta de cursos de enfermagem se concentra na região Sudeste e principalmente no estado de São Paulo. Isso nos mostra que os dados apresentados neste estudo reforçam os resultados apresentados em outras pesquisas (TEIXEIRA *et al*, 2006; 2013).

Existe uma tendência dos profissionais se especializarem cada vez mais para uma melhor inserção no mercado de trabalho, principalmente os enfermeiros que buscam por cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu*, em sua grande maioria, e *Stricto Sensu*. Tal sentimento de se pós-graduar já é observado nos estudantes, tanto de ensino técnico quanto no superior (COELNCI & BERTI, 2012; SILVA *et al,* 2013). Todavia, a maioria dos profissionais não se qualifica mais por falta de condições financeiras, de tempo, de excesso de trabalho e de falta de apoio institucional.

O acesso à leitura e a cursos predomina pela gratuidade e disponibilidade de acesso, destacando o uso de revistas e jornais, internet e cursos de proficiência do Sistema COFEN/COREN. Por outro lado, o acesso à internet é mais comum entre os enfermeiros, e poucos têm acesso à internet no trabalho, o que limita, tecnologicamente, a atualização e o bom desempenho profissional. Em editorial lançado em 1997, o dinamismo do uso da internet para acesso a novas informações

de forma mais rápida já era discutido (CALIRI, 1997). Para Santos e Marques (2006), as principais utilizações da internet pela enfermagem eram a de educação em saúde, o que permite ao profissional se capacitar a distância e a de pesquisas na área, que com a facilidade da ferramenta se tornam mais popularizadas. Verifica-se então que a utilização da internet colabora satisfatoriamente para o desenvolvimento da profissão.

Em relação à jornada de trabalho, a pesquisa traz um dado alarmante: os participantes revelaram trabalhar acima de 31 horas semanais, situação que contraria a recomendação da Organização Internacional do Trabalho. Tal esforço semanal pode acarretar a reações fisiológicas de estresse e outras doenças nos profissionais (DARLI *et al,* 2014).

Contudo, as modalidades de contratação, bem como as diversas jornadas de trabalho mostram a complexidade dos vínculos. O setor comporta uma diversidade de jornadas de trabalho que vai desde 12 horas semanais, 20, 24, 32, 40 até 44 horas (MACHADO *et al.,* 2012).

No quesito mercado de trabalho, o setor público constitui o maior empregador do setor, mais especificamente, na esfera estadual. Contudo, não se pode desconsiderar a enorme relevância do setor privado na prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS, através dos convênios com a rede hospitalar (CAMPOS *et. al.,* 1995).

Mas, se não bastasse esse cenário complexo, o SUS enfrenta outro grave problema: a precarização do trabalho em áreas essenciais que deveriam estar estruturadas por profissionais qualificados e inseridos diretamente no Sistema Único de Saúde - SUS, através de concurso ou por seleção pública. Verifica-se hoje nas instituições de saúde, um considerável volume de contratações de serviços por terceirização (ABEN *et. al.,* 1985), através de OS, OSCIP e Fundações. Os contratos temporários são outros fatores que contribuem para a rotatividade e instabilidade no mercado de trabalho da Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma profissão de utilidade pública e valor social inquestionável. Daí a necessidade de conhecer de forma sistemática, ampla e detalhada essa profissão essencial ao setor saúde, que traz consigo o maior contingente técnico do conjunto da força de trabalho em saúde do Brasil.

O resultado parcial apresentado na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” fornece bons subsídios para retratar a realidade do mercado de trabalho para a Enfermagem no Estado de São Paulo, haja vista a significativa abrangência de 96,3% de profissionais entrevistados inscritos no COREN-SP.

É evidente que trabalhadores sobrecarregados não produzem resultados satisfatórios. Quando o resultado da produção é a assistência direta a seres humanos em estado de vulnerabilidade, as consequências podem ser graves ou até mesmo fatais.

Em complemento, traz à tona um completo "retrato" da situação da enfermagem no estado de São Paulo para pensar políticas públicas, com o intuito de se obter um avanço nos planejamentos e programações, organizando um futuro melhor para a área no país.

Por fim, espera-se que o presente estudo possa promover discussões entre os Gestores das três esferas de governo, no sentido de aproximá-los do tema e das variáveis que envolvem o complexo contexto em que a enfermagem está inserida, sem nunca esquecer a sua grande relevância social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEN. Associação Brasileira de Enfermagem. **Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil, 1956-1958**. Brasília (DF), 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de Trabalho Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. **Os Enfermeiros no Mercosul: Recursos Humanos, Regulação e Formação Profissional Comparada**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/96_enfermeiro1.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2016.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil:1982/1983**. Rio de Janeiro, 1985.

_____, _____. **Enfermagem em dados**, 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/planejamento-estrategico-2>. Acesso em: 26 mai. 2016.

COREN-SP, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Número de profissionais**, 2017. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/node/40194>. Acesso em: 26 mai. 2016.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 158-66, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a22.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. Livraria Pioneira Ed., 1975.

DARLI, R. C. M. B. et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n. 6, p. 959-65, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Perfil da Enfermagem no Brasil**, 2012. Disponível em: < http://andromeda.ensp.fiocruz.br/perfildaenfermagem/index.php>. Acesso em: 28 mai. 2016.

_____. _____. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**, 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 26 mai. 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, v. 5, 1999.

MACHADO, M. H. et al. Características da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. (ESP), p. 9-14, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

MACHADO, M. H.; STIEBLER, A. L.; OLIVEIRA, E. S. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.3, p. 119-22, 2012. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>. Acesso em: 14 dez. 2017.

MEDICI, A. C. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. In: O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura (Texto de Apoio). Rio de Janeiro. Escuela Nacional de Salud Pública, 1992.

ORTEGA, M. C. B. et al. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 404-10, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Formação na Graduação em Enfermagem no Estado do Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 417-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/13.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

SAMARA, E. M.; TUPY, I. S. S. T. **História & Documento e metodologia de pesquisa**. Belo Horizonte: Autêntica, v. 22010, 2007.

SILVA, K. L. et al. Expansão dos Cursos de Graduação em Enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1219-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1211.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

SPINDOLA, T.; MARTINS, R. C.; FRANCISCO, M. T. R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 164-9, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a04v61n2>. Acesso em: 14 dez. 2017.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. (esp), p. 102-10, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea14.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

TEIXEIRA, E. et al. Trajetória e tendências dos Cursos de Enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 479-87, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019620001/>. Acesso em: 14 dez. 2017.

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Experiences experienced by mothers of newborns in an Intensive Therapy Unit

CORDEIRO, Jéssica Silva
Faculdades Integradas do Tapajós

CAVALCANTE, Luiza Aguiar
Faculdades Integradas do Tapajós

DUARTE, Antônia Regiane Pereira
Faculdades Integradas do Tapajós

FIGUEIRA, Maura Cristiane e Silva
Universidade Estadual de Campinas

JACOB, Lia Maristela da Silva
Centro Universitário de Jaguariúna

PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes
Universidade Federal da Paraíba

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo analisar as experiências vivenciadas por mães de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 10 mães de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em um hospital de Santarém – PA, por meio de entrevista semiestruturada. Mediante a análise das falas, emergiram duas categorias: Experiências vivenciadas na UTIN e A confiança na assistência prestada pelos profissionais de saúde. Os relatos mais frequentes foram experiências, medos e dificuldades relacionadas à distância do outro filho, às visitas frequentes ao hospital, aos problemas de adaptação com o ambiente e a gratidão e confiança pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. A pesquisa possibilitou dados favoráveis para uma melhor assistência aos binômios mãe e filho, proporcionando experiências menos dolorosas, além de fortalecer a confiança no serviço ofertado.

Palavras-chave: Emoções Manifestas; Recém-nascidos; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT: this study aims to analyze the experiences of mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. This is an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, carried out with 10 mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit at a Santarém-PA hospital, through a semi-structured interview. Through the analysis of the statements, two categories emerged: Experiences experienced in the NICU and Confidence in the care provided by health professionals. The most frequent reports were experiences, fears and difficulties related to the distance of the other child, frequent hospital visits, problems with

adaptation to the environment, and gratitude and trust for the care provided by health professionals. The research allowed favorable data for a better assistance to the mother and child binomials, providing less painful experiences, besides strengthening the confidence in the offered service.

Keywords: Expressed Emotion; Newborn; Intensive Care Unit

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local destinado a receber recém-nascido (RN) que necessitam de cuidados especiais. Múltiplos fatores podem indicar a internação, como prematuridade, má formação congênita e incompatibilidade sanguínea, ocasionando icterícia. Para proporcionar esses cuidados, a UTIN deve disponibilizar de uma equipe multiprofissional capacitada, espaço físico adequado, materiais e equipamento disponíveis em perfeitas condições de uso (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014)

A internação de um filho na UTIN é uma experiência inesperada que provoca reação de choque, incredulidade e profunda tristeza, além do medo da perda, pois existe o estigma de que essa unidade de internação é um lugar para morrer (REICHERT; LINS; COLLET, 2011).

A separação decorrente da internação hospitalar de um recém-nascido gera, nas mães, tristeza, medo e estresse. Estas encontram-se fragilizadas e inseguras quanto à vida de seus filhos, experienciam sentimentos contraditórios como a culpa, responsabilizam-se pelo sofrimento do filho e, no mesmo momento, ou mesmo após dias, manifestam esperança e resignação (CARTAXO *et al.,* 2014).

Ao longo do processo de assumir o cuidado do filho hospitalizado, as mães costumam relatar sentimentos de baixa autoestima, insegurança, fracasso e inabilidade para superar as dificuldades que surgem da experiência de cuidar (CARMONA *et al.,* 2012).

Em relação a essa prática, a equipe de enfermagem deve proporcionar à mãe e aos familiares um maior envolvimento no cuidado com o RN, prestando orientações, confortando nos momentos de dificuldade e esclarecendo as dúvidas sobre o processo de cuidar (ARAÚJO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013). A equipe de saúde deve atender às necessidades e solicitações das mães, conforme forem surgindo, desta maneira, estas se sentirão acolhidas e compreendidas em suas necessidades de orientação e apoio.

A equipe de enfermagem deve assumir um leque de atribuições e responsabilidades que, por sua vez, demandam capacidades essenciais para avaliar, entender e apoiar, com segurança, o RN e a mãe durante esse período. Segundo essas autoras, a equipe de saúde deve observar a particularidade de cada caso, envolvendo os aspectos biopsicossociais de cada mãe. Portanto, essa assistência deve ser baseada no conhecimento de reações, sentimentos, significados, hábitos, valores e costumes (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014).

Diante desse contexto, o presente estudo vem abordar sobre experiências vivenciadas por mães de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), levando como hipótese que tais experiências estejam envolvidas por diversos sentimentos, tais como: dúvida, insegurança, medo, incerteza, dor, cansaço e acima de tudo fé e esperança que tudo dará certo.

Logo, relatar as emoções imediatas da separação mãe/filho, elencar as mudanças ocorridas após a internação do filho, na rotina diária de mães de recém-nascido internados e conhecer as percepções das mães quanto aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde em relação ao filho internado.

O trabalho mostra-se de grande relevância para a comunidade acadêmica, visto que se tratar de análise de experiências já vivenciadas por mães de recém-nascidos em UTIN, servindo como alicerce para os futuros profissionais, direcionando-os para o atendimento de outras mães que estarão inseridas nesse ambiente.

Partindo desse princípio, a sociedade será beneficiada, pois essas experiências traumáticas serão minimizadas a partir de profissionais qualificados e capacitados.

Assim, o presente estudo tem por objetivo analisar as experiências vivenciadas por mães de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 10 mães de RN internados em uma UTIN de um hospital de Santarém – PA, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016. Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 18 anos e ter um filho internado na

UTIN. Foram excluídas as mulheres que apresentassem distúrbios cognitivos e/ou auditivos.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, com roteiro semiestruturado contendo questões relacionadas ao objetivo proposto, sendo gravadas e armazenadas em dispositivos móveis. As mães foram abordadas no período vespertino em horários que não comprometessem a amamentação, cuidados com o RN e horário da visita. As falas foram analisadas por meio da Técnica de Análise de Conteúdo, em sua modalidade Análise Temática, proposta por Bardin (2011).

O estudo atendeu a todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, sob parecer nº 1.379.709. Para proteger o anonimato das participantes, as falas foram identificadas por nomes de pedras preciosas: Safira, Pérola, Jaspe, Diamante, Ametista, Esmeralda, Jade, Turquesa, Ágata e Rubi.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a análise das falas, emergiram duas categorias: Experiências vivenciadas na UTIN e A confiança na assistência prestada pelos profissionais de saúde.

Categoria I – Experiências vivenciadas na UTIN

Quando questionadas quais as emoções imediatas ocorridas na etapa da separação mãe e filho, 60% das entrevistadas relataram medo e 40% fé e esperança. Tais emoções vão ao encontro das afirmações de Cruz et al. (2010), os quais asseguram que o medo da mãe ao ter o RN internado na UTI, proporciona impacto a genitora, provocando dessa forma uma ideia de perigo real ou imaginário de ameaça, pavor, temor e receio, conforme expresso nos seguintes trechos:

> *"Está complicado. Porque a vontade que tenho é grande de estar o tempo todo próximo dele" (Safira).*
>
> *"No início tive muito medo, por não conhecer o local que ia receber meu filho, agora me sinto grata pela proporção dos cuidados ofertados ao meu filho" (Pérola).*

"Foi muito difícil, passar por essa situação não é fácil, mas agora está bem melhor" (Diamante).

"Quando cheguei foi difícil, agora estou esperançosa porque ele está se recuperando bem e não vai demora ir para casa" (Ametista).

O medo é um sentimento associado ao perigo, em que a consciência está centrada na ameaça. A intensidade do medo depende se a ameaça é imediata ou está pendente (BATISTA, 2010). Tem como função a defesa, pois obriga a uma reação do indivíduo aos perigos. Encontra partida, a fé é a forma de crer em algo oculto, que lhe conduz um ser superior que proporcione alguma forma de esperança (ROCHA *et al.,* 2012).

A internação de um filho na UTIN é uma experiência repentina e que provoca reações de choque, descrença e intensa aflição (SANTOS *et al.,* 2010). Corroborando com os relatos, Cartaxo *et al.,* (2014) afirmam que esta experiência acende nas genitoras um desiquilíbrio emocional, pois, muitas não conseguem expressar o sofrimento, mantendo-se isoladas. Portanto, esta fase pode ser imediata ou duradoura persistindo assim a fé.

O medo da perda evidência o temor das mães ao viverem com a insegurança de morte ou cura do seu filho, com o passar do tempo de internação do RN, esse sentimento minimiza após a melhora do quadro clínico (TRONCO *et al.,* 2012).

As mães também referiram a ocorrência de inúmeras mudanças em seu cotidiano após a internação do RN, destacando-se as visitas frequentes ao hospital e a distância do filho, segundo apresentado nas falas a seguir:

"Foram muitas mudanças, a principal foi ter que ficar longe do meu filho" (Esmeralda).

"Mudou completamente a minha vida, principalmente por estar indo e vindo do hospital todos os dias e mesmo assim ainda me sinto separada do meu filho" (Ametista).

Todo ser possui uma rotina diária a qual impulsiona o funcionamento de sua comunidade. Buscando entender como a vida diária dessas mães foi afetada, lhes foi perguntado sobre quais as mudanças ocorridas após a internação do seu filho.

Constata-se nos depoimentos, que aquilo que mais incomodavam as mães entrevistadas era a necessidade de deixar os outros filhos, assim como o ir e vir (hospital-casa-hospital).

Tais relatos vão ao encontro das afirmações de Antunes *et al*. (2014), os quais asseguram que ter um filho na UTIN causa desordem no cotidiano das mães que precisam dividir o tempo e a atenção com o RN e os demais filhos. Devido o estado de risco do RN, as genitoras necessitam priorizar o internado. Essa ausência permite que as mães sintam que estão desamparando os outros filhos. Esses mesmos autores confirmam que a rotina casa e hospital, promovem desgaste físico e psicológico para a genitora.

Mediante as normas e rotinas da UTIN as mães se deparam com os diferentes métodos usados na recuperação do seu filho, o que requer adaptação das mães a esse novo ambiente que fará parte de sua vida temporariamente. No presente estudo, a maioria das participantes referiu não apresentar dificuldades para se adaptar à nova rotina, conforme expresso nos trechos:

> *Não tive dificuldade, me adaptei ao lugar e encontrei pessoas acolhedoras (Esmeralda).*
>
> *Adaptação foi muito fácil, até pelo fato de pensar que será ótimo para o meu filho (Ágata).*
>
> *Não tive dificuldade, porque os profissionais tinham um carinho enorme pela gente (Jaspe).*

Divergindo dos resultados encontrados, Melo *et al.* (2010) afirmam que a UTIN, por ser um ambiente diferenciado, as mães tendem a encontrar dificuldade em habituar-se com as normas e rotinas estabelecidas, porém essas priorizam na recuperação dos filhos, pois os mesmos necessitam dos aparatos tecnológicos contidos na UTIN. Dessa forma, as mães tornam-se mais confiantes e fortalecidas para contribuir na parte que lhe é cabível. Diminuindo as dificuldades encontradas no ambiente.

Categoria II – A confiança na assistência prestada pelos profissionais de saúde

A assistência em saúde tem como principal objetivo a estabilização hemodinâmica do paciente, bem como o restabelecimento de sua saúde. Para

tanto, a equipe multiprofissional da UTIN recebe capacitação técnica e científica para atender tanto o RN quanto seus familiares. Ao questionar as mães sobre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde ao filho internado, estas demonstram possuir gratidão e confiança diante dos cuidados dispensados aos seus filhos, conforme demostrado nas seguintes falas:

> *Não tenho que reclamar deles, os profissionais fazem o trabalho excelente e por essa razão só tenho que agradecer (Rubi).*
> *Os profissionais são ótimos, não tenho o que me queixar, confio totalmente neles (Ametista).*
> *Eles possuem bastante cuidado com o meu filho e por isso me sinto grata (Turquesa).*
> *Os cuidados são ótimos, profissionais qualificados, por esse motivo deixo o meu filho sem medo com eles (Turquesa).*

Sobre essa temática, Deslandes (2010) assegura que uma assistência humanizada requer iniciativas de cuidados de qualidade que propiciem a saúde restaurada do RN, visto que para chegar ao objetivo proposto faz-se necessário o uso do bom equipamento tecnológico, procedimentos, diálogos, administração e potencialização de afeto, promovendo assim a satisfação dos usuários.

Duarte (2010) complementa afirmando que o cuidado em terapia intensiva não se resume somente em procedimentos e cumprimentos de protocolos, mas o ato de dialogar com os pacientes e familiares, esclarecendo as dúvidas existentes e compartilhando as devidas decisões.

Durante a internação do RN, surgem muitas dúvidas nas mães sobre a patologia instalada no filho, enquanto que, esses questionamentos devem ser esclarecidos pela equipe multiprofissional de forma clara e objetiva, levando as mães a compreender a importância da continuidade do tratamento. Durante a entrevista, todas as mães relatam a eficiência com que os profissionais esclareciam todas as dúvidas existentes:

> *"As informações são repassadas de fácil entendimento, até porque quando eu não entendo eu pergunto uma, duas, três vezes até entender" (Ágata).*

> *"Eles explicam bem direitinhos e eu entendo bem" (Ametista).*

> *"São repassadas informações de fácil entendimento, justamente pelo estágio que os bebês chegam aqui, pois são crianças que possuem dificuldades diferenciadas de acordo com o seu quadro clínico. Então eles procuram ser bem honestos sobre o que pode acontecer da noite para o dia,*

> *por isso eles não procuram dar muitas esperanças e são objetivos no repasse de informações [...]" (Pérola).*

Em relação a esse contexto, Rossetto, Pinto e Silva (2011), certificam que a existência da informação contínua desenvolve um elo de confiança entre mães e profissionais. A partir deste elo, as mães são libertadas do medo em relação à UTIN e ao seu filho, tornando-se confiante na capacidade dos cuidados prestados pela equipe multiprofissional.

As mães ao serem inseridas na UTIN vivenciam sentimentos desafiadores, tais como: medo, insegurança, incredulidade e profunda tristeza, tornando dessa forma um período difícil. Para que essa experiência seja menos traumática, deve existir apoio entre profissionais e familiares, e dessa forma, venha minimizar os sentimentos frustrantes carregados pelas genitoras dos RNs. As mães entrevistadas relataram que durante a internação do seu filho na UTIN, todas receberam apoio entre familiares, mães do alojamento, e profissionais de saúde.

Frello e Carraro (2012) afirmam que as genitoras de RNs internados na UTI, vivenciam sentimento de culpa, medo e ansiedade, necessitam receber apoio emocional durante este período delicado. Estes autores asseguram ainda que entender as experiências vivenciadas pelas mães requer diálogo atencioso e compreensível, pois são ações que propiciem um relacionamento profícuo entre profissionais de saúde e mães.

Esses teóricos ressaltam que a distância existente entre essas mulheres e seus entes queridos necessita de uma rede de apoio durante o período de tratamento do seu filho, sendo de suma importância que haja uma relação interpessoal alicerçada na comunicação efetiva, diálogo e afeto. Dessa forma as mães se sentirão mais confiantes e tranquilas.

Segundo as premissas de Araújo, Oliveira, Oliveira (2013) as mães ao estarem longe dos seus entes queridos, necessitam de apoio emocional para superar os conflitos existentes. As genitoras ao serem inseridas no alojamento, criam novos laços de amizades e solidariedade entre si que propiciem trocas de experiências, fazendo com que haja superação das dificuldades e conflitos manifestados.

Contudo, as mesmas autoras afirmam que os familiares também estão inseridos neste contexto, fazendo parte desta batalha de luta em prol do RN, e são

de suma importância na contribuição da recuperação, transmitindo sim; forças, confiança e apoio emocional as genitoras.

Todo ambiente hospitalar gera sentimentos de pesar, mas na UTI este sentimento se torna mais agudo uma vez que esta unidade está destinada a albergar pessoas gravemente enfermas, fato esse que propicia uma maior labilidade emocional dos familiares, frente a essa realidade é necessário que este setor de internação possua uma atmosfera acolhedora e esclarecedora, de forma a sanar insegurança, duvidas e medos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observado que as mães vivenciaram momentos de extrema dificuldade, com a presença de sentimentos negativos. Contudo, a confiança na assistência dos profissionais de saúde e o apoio recebido foram fundamentais para superar as adversidades e proporcionar experiências positivas durante o cuidado com os RN na UTIN. Diante disso, o estudo pode favorecer o direcionamento dos profissionais para uma melhor assistência ao binômio mãe e filho, proporcionando experiências menos dolorosas e fortalecendo a confiança no serviço prestado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, B. S. et al. Internação do recém-nascido na unidade neonatal: significado para a mãe. **Rev Rene**. v. 15, n. 5, p. 796-803, 2014.

ARAÚJO, V. K. S.; OLIVEIRA, D. K. M. A.; OLIVEIRA, F. C. M. Neonato hospitalizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal: experiência vivenciada pelos familiares. **Rev Bras Ciênc Saúde**. v. 11, n. 36, p. 68-75, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. reimp., 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, M. **Psicologia Hospitalar**: teoria, aplicações e casos clínicos. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 250 p. 2010.

CARMONA, E. V. et al. Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 2, p. 505-12, 2012.

CARTAXO, L. S. et al. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UERJ**. v. 22, n. 4, p. 551-7, 2014.

CRUZ, A. R. M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Rev Eletr Enferm**. v. 12, n. 1, p. 133-9, 2010.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DUARTE, M. C. S. **Os significados do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Enferm**. v. 65, n. 3, p. 514-21, 2012.

MAIA, J. M. A.; SILVA, L. B.; FERRARI, E. A. S. Relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 3, n. 2, p. 154-64, 2014.

MELO, C. R. M. et al. Conhecendo os sentimentos e expectativas de mães de recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFPE on line**. v. 4, n. 2, p. 739-48, 2010.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Rev Eletr Enferm**. v. 9, n. 1, p. 200-13, 2007.

ROCHA, L. et al. Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**. v. 2, n. 2, p. 264-74, 2012.

ROSSETTO, M.; PINTO, E. C.; SILVA, L. A. A. Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na enfermagem. **VITTALLE**. v. 23, n. 1, p. 45-56, 2011.

TRONCO, C. S. et al. Repercussões da internação do recém-nascido de baixo peso à mãe e sua família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. v. 12, n. 2, p. 131-7, 2012.

QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE HEMOFILIA A EM UM HEMOCENTRO NA REGIÃO AMAZÔNICA*

Quality of life of hemophilia A patients in a Hemocentre in the Amazon region

SOUSA, Jarrier Gonçalves
Faculdades Integradas do Tapajós

VIEIRA, Rogério Tiago Fonseca
Faculdades Integradas do Tapajós

DUARTE, Antonia Regiane Pereira
Faculdades Integradas do Tapajós

FIGUEIRA, Maura Cristiane e Silva
Faculdade de Enfermagem/Unicamp

JACOB, Lia Maristela da Silva
Faculdade de Enfermagem/Unicamp

DE MELO, Márcio Cristiano
Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp

RESUMO: A avaliação da Qualidade de Vida (QV) relacionada à saúde significa ponderar as perspectivas do paciente sobre o impacto gerado em sua vida pela doença e o tratamento. O objetivo desse trabalho foi avaliar a qualidade de vida de pacientes com hemofilia A a partir do instrumento WHOQOL-*bref.* Trata-se de um estudo transversal e descrito sobre as características dos pacientes em um hemocentro na cidade de Santarém-PA. Os resultados mostraram que a qualidade de vida dos portadores de hemofilia A, possuem um Score Médio Geral de 3,68 sendo considerado como qualidade de vida regular. O estudo evidenciou que os hemofílicos apresentam qualidade de vida regular, sendo que o déficit maior desta se deve à baixa renda e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mostrando que ainda é preciso uma atenção mais completa a esses pacientes.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Hemofilia A; Doenças Hematológicas.

ABSTRACT: Health-related quality of life (QOL) assessment means weighing the patient's perspective on the impact of illness and treatment on his life. The aim of this study was to evaluate the quality of life of patients with hemophilia A from the WHOQOL-bref instrument. This is a cross-sectional study and described the characteristics of the patients at a hemocenter in the city of Santarém-PA, Brazil. The results showed that the quality of life of patients with hemophilia A had a General Mean Score of 3.68 and was considered as a regular quality of life. The study showed that the hemophiliacs present a regular quality of life, and the greater deficit of this one is due to the low income and difficulty of access to health services, showing that a more complete attention to these patients is still needed.

Key-words: Quality of Life, Hemophilia A, Hematologic Diseases.

INTRODUÇÃO

A hemofilia é uma coagulopatia que atinge milhares de pessoas no Brasil e no mundo, tendo como principal sintoma, episódios hemorrágicos espontâneos ou traumáticos, afetando a interação biopsicossocial do indivíduo. Apesar da hemofilia A não ter cura, com o tratamento adequado é possível proporcionar uma boa qualidade de vida aos portadores desta coagulopatia. Para isso, é fundamental a educação do paciente e família, para que haja o conhecimento sobre sua patologia, dessa forma, conseguirá viver e conviver com a deficiência de maneira saudável e se tornar um cidadão produtivo, plenamente incluído na sociedade (BRASIL, 2012).

Para o grupo de especialista em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida está ligada diretamente com a percepção do indivíduo sobre sua doença, onde suas limitações físicas e psicológicas, surgem como variáveis de aceitação de sua realidade dentro de um contexto sócio cultural e econômico, com o envolvimento amplo em seu cotidiano. Qualidade de vida é definida como o equilíbrio do indivíduo versos doença em todos os aspectos. Diante do pressuposto quanto mais harmônico for a convivência paciente/doença, maior as chances de uma melhor qualidade de vida (GARBIN *et al,* 2007).

A avaliação da qualidade de vida é utilizada como critério para verificar o impacto em várias doenças, inclusive a hemofilia. Os indicadores biopsicossociais tornaram-se fatores preponderantes para elaboração de um planejamento e condutas adequadas às necessidades particulares do indivíduo (MARTINS *et al,* 2011).

A hemofilia é um distúrbio genético e hereditário que afeta a coagulação do sangue e é causada pela deficiência dos fatores VIII e IX da coagulação (proteínas plasmáticas do sangue responsáveis pela ativação do processo de coagulação sanguínea). Existem dois tipos de hemofilia, a do tipo A que indica a deficiência do fator VIII e a hemofilia do tipo B, caracterizada pela deficiência do fator IX. Estas hemofilias não são distinguidas clinicamente, pois ambas se manifestam sob as formas leve, moderada, severa ou grave (BRASIL, 2012).

Segundo Lima (2013) o déficit dos fatores de coagulação ocasiona hemorragias que se não tratadas podem ocasionar a morte do portador. Pois, as manifestações clinicas desta síndrome hemorrágica, são sangramentos descontrolados que podem ocorrer espontaneamente, por traumas ou cirurgias. As

formas de coagulopatias, que mais se destacam são as hemofilias e a doença de von Willebrand.

Os principais sinais e sintomas da hemofilia A, são: hemartroses, (sangramentos repetidos) atingido e desgastando principalmente as articulações, cartilagens, os músculos e, depois, a parte óssea; artropatia do hemofílico (comprometimento da articulação que leva à artrose da articulação e resulta em desvios, retrações ou encurtamento do membro afetado); além de epistaxe, dores nas articulações, atrofia muscular, dores intensas. O hemofílico pode sangrar internamente, especialmente nos joelhos, tornozelos e cotovelos (WFH, 2004).

Lima (2013) afirma que na década de 1950 e início de 1960, o tratamento das hemofilias era feito através de transfusões de sangue total ou plasma fresco, o que não era o suficiente para conter um sangramento grave, devido a deficiência das proteínas de coagulação contidas no fator VIII e IX. Assim ocorriam um grande número de óbitos dos portadores de hemofilia grave ainda na infância e no começo da fase adulta, muitas mortes ocorriam pós cirurgias, pós traumas ou hemorragias em órgãos vitais.

O objetivo desse trabalho foi avaliar a qualidade de vida de pacientes com hemofilia A a partir do instrumento WHOQOL-*bref..*

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com a descrição das características de população especifica ou fenômeno, estabelecendo relações entre as variáveis fazendo uso de técnicas de coleta de dados padronizada, como questionários e observação sistemática (GIL, 2002) e quantitativo, buscando a quantificação, tanto na coleta quanto na apuração das informações, utilizando-se técnica estatísticas para fidelizar as informações, a fim de se evitar distorções de análise e interpretações.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foram selecionados todos os portadores de hemofilia A, em tratamento no hemocentro de Santarém-PA (HEMOPA), no ano de 2016 (n = 44). Como critério de inclusão foi estabelecido ser residente no município local da pesquisa e ter mais de 13 anos.

Destes apenas 22 pacientes se enquadraram segundo os critérios de inclusão, no entanto, cinco não residiam no endereço informado em sua ficha de inscrição, dois não se encontravam no município no período da coleta de dados, um

havia falecido e houve uma recusa em participar do estudo. Foi realizada a busca ativa desses pacientes e aplicado o questionário, conforme as normas regulamentadoras após assinatura do TCLE.

Para alcançar a estimativa real da qualidade de vida dos portadores de hemofilia A, em tratamento no HEMOPA Santarém-Pá no ano de 2016, utilizou-se o modulo WHOQOL-*bref* que é uma adaptação do método WHOQOL-100, e atenderá as expectativas de acordo com as características da pesquisa, este módulo consiste em 26 perguntas de um questionário fechado, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais (24) representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (FLECK *et al,* 2000).

As questões do WHOQOL-*bref* são compostas de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com as suas respectivas facetas (FLECK *et al*, 2000) (Quadro 1):

Quadro 01: Domínios e facetas do WHOQOL-*bref,* 2000.

Domínio 1 – Domínio Físico	**Domínio 2 – Domínio Psicológico**
3. Dor e desconforto 4. Energia e fadiga 10. Sono e repouso 15. Mobilidade 16. Atividades da vida cotidiana 17. Dependência de medicação ou de tratamentos 18. Capacidade de trabalho	5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração 7. Autoestima 11- Imagem corporal e aparência 19- Sentimentos negativos 26- Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 – Domínio Relações Sociais	**Domínio 4 – Domínio Meio Ambiente**
20. Relações pessoais 21. Suporte (Apoio) social 22. Atividade sexual	8. Segurança física e proteção 9. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 25. Transporte

Fonte: FLECK et al (2000).

Os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que Qualidade de Vida (QV) é um construto multidimensional; podendo

assim, o escore pode variar de um a cinco, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de qualidade de vida avaliado (FLECK *et al*, 2000).

Entende-se que qualidade de vida é um fator determinante para o bem-estar do indivíduo acometido de uma patologia, tornando-se fundamental para a harmonia entre a pessoa e a doença.

Para análise dos dados foi atribuído um valor às "respostas nominais", de forma que se possibilite entender a percepção dos entrevistados sobre sua QV. Assim, para se alcançar o escore médio foi obedecido as regras estabelecidas pelo instrumento escolhido (WHOQOL-*bref*).

Foi utilizado a estatística descritiva (média) para a representação de todos os dados conforme preconiza o instrumento (WHOQOL-*bref).* Ficando, portanto assim classificado: valores entre 1 e 2,9 (necessita melhorar); 3 a 3,9 (regular); 4 e 4,9 (boa) e ≥5 (muito boa).

Para calcular os escores médios de cada faceta (questões), foram divididas de acordo com os respectivos domínios: físico (03, 04, 10, 15, 16, 17, 18), psicológico (05, 06, 07, 11, 19, 26), relações sociais (20, 21, 22) e meio ambiente (08, 09, 12, 13, 14, 23, 24 e 25); Além de duas questões sobre qualidade de vida em geral (1 e 2), foram calculadas juntas para gerar um único escore, independente dos escores dos domínios, todos os quesitos possuem uma pontuação que vai de um à cinco e para as questões de número 03, 04 e 26 a pontuação é invertida (1=5), (2=4), (3=3), (4=2) e (5=1) (FLECK *et al*, 2000).

O presente estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer de nº 1.728.442.

RESULTADOS

Dos 13 entrevistados, 84,6% eram do sexo masculino (n = 11), 53,8% eram solteiros (n = 7) sendo 69,2% (n = 9) com ensino médio completo. 61,5% dos entrevistados estavam empregados no momento da coleta dos dados (n = 8) (Tabela 1).

Com relação ao nível do fator de coagulação, oito (61,5%) foram classificados como leve. 53,8% (n = 7) mostraram-se inseguros quanto à equipe de saúde após o diagnóstico da doença e 46,1% (n = 6) afirmou que seu cotidiano de vida mudou parcialmente (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição percentual dos casos segundo variáveis sociodemográficas, terapêuticas e de situações cotidianas, Santarém-PA, 2016.

		N	%
Sexo	Masculino	11	84.6
	Feminino	2	15.4
Estado civil	Solteiro (a)	7	53.8
	Casado (a)	6	46.2
Escolaridade completa	Ensino fundamental	1	7.7
	Ensino médio	9	69.2
	Ensino superior	3	23.1
Situação de trabalho atual	Empregado (a)	8	61.5
	Autônomo (a)	2	15.4
	Estudante	2	15.4
	Desempregado (a)	1	7.7
Classificação quanto ao nível do fator de coagulação	Leve	8	61.5
	Moderado	4	30.8
	Grave	1	7.7
Percepção em relação à equipe de saúde*	Seguros	6	46.2
	Inseguros	7	53.8
Alteração em sua vida diária**	Sim totalmente	3	23.1
	Parcialmente	6	46.2
	Não	4	30.8

Fonte: Dados da pesquisa. * Ao necessitar de assistência médico-hospitalar, qual sua percepção em relação à equipe de saúde ao saber que você é hemofílico? ** Após o diagnóstico de hemofilia houve alguma alteração em sua vida diária?

De acordo com a Tabela 2, o escore médio geral para a qualidade de vida dos portadores de hemofilia A em tratamento no HEMOPA, submetidos ao instrumento WHOQOL-*bref,* foi de 3,68, enquadrando-se na categoria regular.

No que diz respeito ao Domínio 1, os participantes em questão apresentaram um escore médio geral de 3,67, também regular. Ao avaliar as facetas de forma individual nota-se que a questão de numero 15 possui *escore* médio de 4,00, considerado como bom (Tabela 2).

Com relação ao Domínio 2 os entrevistados obtiveram um escore médio geral de 3,90, classificado como regular conforme as normas do instrumento aplicado. Em analise individual, obteve-se destaque as seguintes facetas: questão 06, 11 e 19, que ultrapassaram a média 4, que dentro dos critérios é considerado como bom (Tabela 2).

Com base dos resultados do Domínio 3 observa-se que apenas a questão de número 22 ficou com uma pontuação menor (3,61), enquadrando-se como

regular. Ainda assim o *Score* Médio Geral desta faceta alcançou um valor de 3,94 sendo considerado como regular (Tabela 2).

Ao que se refere ao Domínio 4 evidenciou-se um escore menor nas facetas 12 e 13 (2,84). Esse resultado classifica essas questões como “necessita melhorar”. O escore médio geral foi de 3,32, classificado como regular (Tabela 2).

Tabela 2 – Escore médio das facetas da Qualidade de Vida de acordo com o instrumento WHOQOL-*bref*, Santarém-PA, 2016

	Nº da questão	Facetas da qualidade de vida	*Score* médio
Domínio Geral	01	Como você avalia sua qualidade de vida?	3,84
	02	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	3,53
Score Médio Geral			3,68
Domínio 1 - Físico	03	Em que medida você acha que sua dor (física), impede você de fazer o que você precisa?	3,53
	04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,46
	10	Você tem energia o suficiente para o seu dia-a-dia?	3,69
	15	Quão bem você é capaz de se locomover?	4,00
	16	Quão satisfeito (a), você está com seu sono?	3,69
	17	Quão satisfeito (a), você está com sua capacidade de desempenhar suas atividades do dia-a-dia?	3,76
	18	Quão satisfeito (a), você está com sua capacidade para o trabalho?	3,61
Score Médio Geral			3,68
Domínio 2 - Psicológico	05	O quanto você aproveita a vida?	3,84
	06	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,15
	07	O quanto você consegue se concentrar?	3,53
	11	Você é capaz de aceitar sua capacidade física?	4,07
	19	Quão satisfeito (a), você está consigo mesmo?	4,07
	26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mal humor, desespero, ansiedade e depressão?	3,76
Score Médio Geral			3,90
Domínio 3 - Relações Sociais	20	Quão satisfeito (a), você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas)?	4,00
	21	Quão satisfeito (a), você está com sua vida sexual?	4,23
	22	Quão satisfeito (a), você está com apoio que você recebe de seus amigos?	3,61
Score Médio Geral			3,95
Domínio 4 - Meio Ambiente	08	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	3,53
	09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,61
	12	Você tem dinheiro o suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,84
	13	Quão disponível estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	2,84
	14	Em que medida você tem a oportunidade de atividade de lazer?	3,23
	23	Quão satisfeito (a) você está com as condições onde mora?	3,76
	24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,30
	25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	3,46
Score Médio Geral			3,32

DISCUSSÃO

A predominância do sexo masculino assemelha-se com os dados da pesquisa de Pio, Oliveira e Resende (2009) que afirmam que por ser uma doença genética recessiva ligada ao cromossomo X, a hemofilia A afeta quase exclusivamente homens. Homens possuem um único alelo de fator VIII (XY) enquanto as mulheres possuem dois alelos (XX). Homens com um alelo com mutação (XhY, hemizigose) terão a doença, enquanto mulheres com um único alelo com mutação (XhX, heterozigose) serão portadoras e, portanto, com 50% de probabilidade de transmitir o alelo anormal à sua prole, em cada gestação.

Quanto ao estado civil, foi observado que em relação aos entrevistados casados, a convivência com seu parceiro (a) é considerada normal pois houve pequenas adaptações ao estilo de vida do cônjuge portador da hemofilia, e entre os solteiros foi observado que existe uma autoestima que não os impede de buscar um relacionamento. A maioria ser solteiro também é percebida em estudo realizado em um ambulatório de hematologia de grande porte (NUNES *et al*, 2009).

Entende-se que a hemofilia não interfere diretamente na formação do indivíduo. Por mais que existam as restrições inerentes à doença, o indivíduo pode desenvolver suas atividades intelectuais normalmente. Nesse sentido a Federação Brasileira de Hemofilia, (2015) esclarece que é fundamental a educação do paciente, para que haja o conhecimento sobre sua patologia, dessa forma, conseguirá viver e conviver com a deficiência de maneira saudável e se tornar um cidadão produtivo, plenamente incluído na sociedade.

Os pacientes acompanhados no HEMOPA apresentavam forma leve do fator de coagulação. Dados de pesquisa que avaliou o risco cirúrgico em pacientes com hemofilia do mesmo tipo caracterizou a forma grave da doença, porém estava associada à infecção por aids e outras coinfecções relacionada à imunossupressão (MARQUES & LEITE, 2003). Em observância ao universo dos entrevistados a prevalência maior foi dos casos classificado como leve, o que leva acreditar que nesses indivíduos o fato de serem portadores de hemofilia não interfere diretamente em suas atividades cotidianas, pois os riscos de surgimento de hemorragia são mínimos em relação aos demais níveis.

No que norteia as indagações pertinentes a segurança dos portadores de hemofilia A, em relação a assistência em saúde recebida, nota-se que os

entrevistados demonstraram insegurança em seu atendimento. Apesar da relevância da equipe multidisciplinar nos cuidados necessários ao portador de hemofilia, observa-se que em algumas situações a assistência ainda é restrita e é generalizada, o que impede uma melhor aproximação entre equipe e doente (FIGUEIREDO; SILVA e SILVA, 2015).

É importante que o indivíduo portador esteja bem consigo mesmo, para ter uma boa qualidade de vida, até mesmo para poder desempenhar sua rotina cotidiana. Nunes *et al* (2009) consideram que a qualidade de vida é primordial para se possuir uma boa condição de saúde, e ao mesmo tempo manter o indivíduo dentro dos padrões inerentes fundamentados pela sociedade, onde ele possa sentir-se útil e valorizado como cidadão mesmo que este seja portador de uma doença.

A manutenção de uma boa qualidade de vida se faz necessária para manter uma boa saúde, sendo uma maneira de examinar impacto de determinadas patologias na vida dos pacientes e que reforça a forma de como o indivíduo pode lidar com sensação de bem-estar, mantendo de forma razoável as funções biopsicossociais (BASTOS & CAVAGLIERI, 2012; SANTOS *et al,* 2018).

Pereira (2010), corrobora com a pesquisa ressaltando que a autonomia do portador de hemofilia A assegura maior liberdade para as atividades de lazer, assim como aumenta a responsabilidade do paciente com seu tratamento. Há tempos atrás os portadores de hemofilia eram isentos de atividades relacionadas ao lazer e a praticar qualquer tipo de esporte de contato.

Embora alguns pacientes encarem sua doença como algo normal, e evidente que se trata de uma camuflagem de sentimentos como forma de se proteger em um ambiente no qual ele sinta-se seguro. Garbin *et al* (2007) sustentam que o modo de como a pessoa lida com sua doença, tratamento entre outro, esse comportamento pode influenciar diretamente em sua qualidade de vida.

O portador de hemofilia considera-se um indivíduo teoricamente normal e relata isso com certa normalidade, no entanto ele é sabedor que tem algumas restrições que precisa seguir, não quer se sentir diminuído ou impotente mediante ao seu grupo social. Como ele está classificado na média regular nota-se que seus amigos não os enxergam como pessoas doentes o que de certa forma é algo positivo.

Sousa *et al* (2008) afirmam que a intenção final de toda assistência prestada pelo enfermeiro ao hemofílico tem o objetivo de integrar esse indivíduo na

sociedade, de forma consciente sobre suas limitações, porém sem que isso seja um obstáculo nas suas relações pessoais e assim, proporcionar melhoria na qualidade de vida do portador desta coagulopatia e de seus familiares.

Hoje com todas as transformações sociais, políticas, culturais e econômicas, o indivíduo precisa se adaptar constantemente, com isso tanto as pessoas individualmente, como coletivamente na sociedade são afetadas, inclusive modificando ideias, valores e crenças. É importante destacar que também há na sociedade os que resistem a tantas transformações. Além de ser impossível negar a interação existente entre os aspectos sociais e a hemofilia, tanto pelas transformações advindas na dinâmica familiar pela chegada de um filho hemofílico como pelas barreiras sociais a serem enfrentadas pelo próprio hemofílico (PEREIRA, 2010).

Se tratando de qualidade de vida o meio ambiente influencia diretamente nesse caso, pois o indivíduo precisa de vários fatores que determinam sua condição de melhora, todos os itens urbanos que integram esse meio precisam estar em equilíbrio para proporcionar uma relação mutua de segurança, transporte, fator socioeconômico, habitação, família, acesso aos serviços de saúde, religião, cor, raça e sexo, tendo em vista que o portador de hemofilia requerem cuidados imediatos não podendo haver fatores que dificultem o acesso a assistência desses pacientes (BUSS, 2000). Todos esses fatores agregados podem gerar efeitos positivos ou negativos na QV dos hemofílicos.

CONCLUSÃO

Ao abordar sobre a Qualidade de vida dos portadores de hemofilia A, constatou-se que esta patologia é de origem genética, e que a disfunção dos fatores sanguíneos responsáveis pela coagulação pode levar a hemorragias espontâneas ou traumáticas e que também está traz consequências biopsicossociais.

O estudo evidenciou que os hemofílicos apresentam qualidade de vida regular, sendo que o déficit maior desta se deve à baixa renda e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mostrando que ainda é preciso uma atenção mais completa a esses pacientes. Porém, mesmo com um escore médio indicando que o portador de hemofilia não possui uma boa qualidade de vida, foi possível constatar que os portadores de hemofilia A do município estudado mostram-se inseridos na

da sociedade em seus vários aspectos, refutando uma das hipóteses levantadas para o direcionamento deste estudo, tornando possível ter a confirmação de que hemofilia A não é sinônimo de má qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, A. N.; CAVAGLIERI, A. G. Caracterização dos portadores de hemofilia do Vale de Paraíba Paulista-SP. **REENVAP**, n. 1, v. 3, p. 55-64, 2012. Disponível em: <http://fatea.br/seer3/index.php/REENVAP/article/view/97/87>. Acesso em: 15 mar 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Perfil das Coagulopatias Hereditárias no Brasil 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_coagulopatias_hereditarias_brasil_2012.pdf>. Acesso em: 10 nov 2016.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63050114/>. Acesso em: 28 mar 2018.

FIGUEREDO, Y. M.; SILVA, S. F.; SILVA, M. F. M. **Relevância da equipe multidisciplinar e sua relação com a qualidade de vida no cuidado ao portador de hemofilia**. 2015. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade do Vale do Rio Doce - UNIVALE, Governador Valadares-MG, 2015.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública***,* 2000, n. 34, v.2, p.178-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>. Acesso em: 15 de Nov de 2016.

GARBIN, L. M. et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes portadores de hemofilia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 197-205, 2007. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4153/2732>. Acesso em: 28 mar 2018.

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

LIMA, M. P. R. **Hemofilias A e B**. 2013. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Faculdade Boa Viagem. Centro de Capacitação Educacional, Recife, 2013.

MARQUES, M. P. C.; LEITE, E. S. T. Cuidados nos pacientes com hemofilia e doença de von Willebrand na cirurgia eletiva otorrinolaringológica. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 69, n. 1, p. 40-6, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rboto/v69n1/a08v69n1.pdf>. Acesso em: 15 nov 2016.

MARTINS, M. R. I. et al. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 52, n. 1, p. 16-26, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n1/v52n1a03.pdf>. Acesso em: 28 mar 2018.

NUNES, A. A. et al. Qualidade de vida de pacientes hemofílicos acompanhados em ambulatório de hematologia. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 31, n. 6, p. 437-

43, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842009000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar 2018.

PEREIRA, A. **Aspectos sociais da vivência com a hemofilia**. 2010. 83 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Departamento de Serviço Social - Centro Sócio Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PIO, S. F.; OLIVEIRA, G. C., REZENDE, S. M. As bases moleculares da hemofilia A. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 2, p. 213-9, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/29.pdf>. Acesso em: 31 out 2016.

SANTOS, R. S. et al. Frequência de alterações posturais em hemofílicos. **Rev. Pesq. Fisio.**, v. 8, n. 1, p. 24-36, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/enfma/Desktop/Artigo%20Maura/1601-9246-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 mar 2018.

SOUZA, D. P. et al. Hemofilia: uma revisão para enfermeiros. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 6, n. 18, p. 79-92, 2008. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/351/169>. Acesso em: 28 mar 2018.

WORLD FEDERATION OF HEMOPHILIA – WFH. **A hemofilia em imagens**. Québec, 2004. Disponível em: <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1551.pdf>. Acesso em: 28 mar 2018.

AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PUÉRPERAS

Evaluation of breastfeeding self-efficacy on postpartum women

GURJÃO, André Ozório de Oliveira
Centro Universitário de Jaguariúna

FERRAZ, Bianca Caroline
Centro Universitário de Jaguariúna

ROSA, Marcella Santos
Centro Universitário de Jaguariúna

SILVA, Kessy Lorraine Toledo
Centro Universitário de Jaguariúna

FERREIRA, Vanilza Terezinha
Centro Universitário de Jaguariúna

NUNCIARONI, Andressa Teoli
Centro Universitário de Jaguariúna

AUDI, Celene Aparecida Ferrari
Centro Universitário de Jaguariúna

RESUMO: A cada ano, morrem mais de dez milhões de crianças menores de cinco anos no mundo. Estudos mostram que a promoção à prática do aleitamento materno, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde é a ação com maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância. Essa prática envolve diversos aspectos, dentre eles a confiança da mulher em sua capacidade como nutriz chamada de auto eficácia do aleitamento materno, podendo ser modificada de acordo com o modo de vida de cada mulher. Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a autoeficácia do aleitamento materno em puérperas de um município do interior do estado de São Paulo. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado com 250 puérperas. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: o primeiro contemplando dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas, e o segundo, a escala de autoeficácia no aleitamento materno - *Breastfeeding Self-Eficacy Scale* (BSES). Das 250 mulheres entrevistadas, 191 (76,4%) obtiveram alta autoeficácia, 43 (17,2%) média, e 16 (6,4%) baixa. Conclusão: apesar de os dados demonstrarem autoeficácia predominantemente alta, é importante que as práticas que incentivem o aleitamento materno sejam realizadas rotineiramente, principalmente nos serviços de saúde, nas consultas de pré-natal e puerperal, garantindo às mães uma melhor experiência na amamentação, e aos bebês, uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Auto eficácia, Saúde da Mulher.

ABSTRACT: Every year, more than 10 million children under the age of five die in the world. Studies show that the promotion of breastfeeding, as recommended by the World Health Organization, is the action with the greatest potential to reduce

children mortality. This practice involves several aspects, among them the woman's confidence in her capacity as a nursing mother, called breastfeeding self-efficacy, which can be modified according to the way of life of each woman. Objective: The objective of this study was to evaluate the breastfeeding self-efficacy on postpartum women from a city in São Paulo State. Methodology: This is a cross-sectional and descriptive study with 250 women. Two instruments were used to perform these interviews: the first one covering identification data and sociodemographic and obstetric characteristics, and the second one, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES). Of the 250 women interviewed, 191 (76.4%) presented high, 43 (17.2%) average and 16 (6.4%) low breastfeeding self-efficacy. Conclusion: although the data show a predominantly high breastfeeding self-efficacy, it is important that practices that encourage breastfeeding are routinely performed, especially in health services, in prenatal and puerperal consultations, ensuring mothers a better experience in breastfeeding, and for babies, a better quality of life.

Keywords: Breast Feeding, Self-efficacy, Woman's Health

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2014) considera que a alimentação adequada na infância é a forma de intervenção mais eficaz na promoção da saúde infantil, e recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente ao peito até o sexto mês de vida e de forma complementar até os dois anos ou mais. Essa recomendação é baseada nos diversos benefícios do aleitamento materno para o bebê, já descritos na literatura, tais como redução da mortalidade neonatal (de 16,3% a 23,3%), amadurecimento do epitélio intestinal e da flora intestinal, formação do vínculo entre bebê e mãe, diminuição do risco de morte por diarreia, proteção contra infecções de ouvido e de pulmão, redução da pressão sanguínea e colesterol, e maior desempenho intelectual. (TOMA, 2008).

Segundo Sankar *et al* (2015), os níveis de mortalidade e morbidade em bebês que não foram amamentados conforme as recomendações da OMS são muito maiores em relação aos que foram amamentados. No mundo, a cada ano ainda morrem mais de dez milhões de crianças menores de cinco anos e, nas Américas, o Brasil está entre os países onde ocorre a maioria dessas mortes (TOMA, 2008). Estimativas recentes quanto às diversas ações para a saúde da criança mostraram que a promoção do aleitamento materno exclusivo é a intervenção isolada em saúde pública com o maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância (TOMA, 2008), mas infelizmente, a prevalência do

aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 6 meses nas capitais brasileiras é de apenas 41% (VENACIO, *et al*, 2010).

A prática do aleitamento materno envolve diversos aspectos, entre eles a confiança da mulher em sua capacidade de nutrir seu bebê, chamada de autoeficácia do aleitamento materno, que é uma variável que se modifica ao longo do processo de amamentar, e merece atenção especial, principalmente por sofrer influência de fatores relacionados à mulher (tais como sua cultura, hábitos de vida e crenças) e ao ambiente onde está inserida (GUIMARÃES, 2015). Dentre os fatores que levam ao desmame precoce, está a baixa percepção das mães acerca do aleitamento materno e sobre a si próprias enquanto nutrizes (FIALHO, *et al*, 2014). Nesse sentido, um dos aspectos que pode influenciar positivamente a escolha materna de amamentar é a autoeficácia no aleitamento materno (RODRIGUES, *et al*, 2014).

Segundo a teoria da autoeficácia (AE) do comportamento, proposta por Bandura (1977), a autoeficácia compreende a percepção da capacidade individual de que se pode realizar um determinado comportamento de maneira efetiva, acreditando que se atingirá o resultado esperado. Assim, não basta o indivíduo apenas acreditar que determinado comportamento pode ajudá-lo a atingir um objetivo específico, e sim que ele seja capaz de executá-lo com sucesso. A intensidade do senso de eficácia reforça a realização humana e o bem-estar dos indivíduos e, ainda, contribui para aumentar a confiança perante sua capacidade de realizar tarefas difíceis, superando os diversos desafios que a vida coloca em seu caminho.

Ainda de acordo com Bandura (1977), a AE determina como as pessoas se sentem, pensam, motivam-se e comportam-se, produzindo efeitos por meio de quatro processos específicos: cognitivos, motivacionais, afetivos e processos de seleção. No comportamento humano, a maioria dos planos de ação é organizada inicialmente no pensamento – pensamentos geram emoções, e emoções geram comportamentos. A AE se assemelha muito ao princípio fundamental da terapia cognitivo comportamental, que diz que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influencia na forma como eles se sentem e se comportam, sendo de extrema importância reestruturar e corrigir pensamentos distorcidos a fim de melhorar o comportamento, promovendo o bem-estar (KNAPP, 2008). Indivíduos com baixa autoeficácia são mais pessimistas, focando mais nas coisas

que podem dar errado, ou seja, o pensamento é dirigido às possíveis falhas, e não em como superá-las.

Portanto, a AE no aleitamento materno é uma variável passível de se intervir na saúde pública, a fim de aumentar a prevalência do aleitamento materno nos primeiros dois anos de vida. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a autoeficácia do aleitamento materno em puérperas em uma cidade do interior do estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado com todas as puérperas adstritas na Unidade Básica de Saúde de um município do interior do estado de São Paulo, entre os meses de Novembro de 2016 a Julho de 2017.

No ano de 2015, segundo dados do DATASUS (2015), foram registrados 864 nascidos vivos no município. Os critérios de inclusão para este estudo foram:

- puérperas que estavam amamentando, em até 40 dias pós-parto.
- puérperas que residiam no município.

Para a realização do estudo, foram utilizados instrumentos: I. Caracterização sociodemográficas que contemplou os dados de: identificação (escolaridade, idade, cor autodeclarada, religião, ocupação, estado marital, renda), rede de apoio, estilo de vida (prática de atividades físicas, uso de substâncias psicoativas) e dados obstétricos (história obstétrica, planejamento da gestação, número de consultas de pré-natal, intercorrências, dados do recém-nascido, dados sobre a amamentação atual, violência durante a gestação), II. Escala de Autoeficácia no Aleitamento Materno - *Breastfeeding Self-Eficacy Scale* (BSES), criada por Dennis (1999), e traduzida e validada no Brasil por Oriá (2008). A BSES é constituída de três dimensões (magnitude, generalização e força), com 33 itens, e está fundamentada em quatro fontes de informação (experiência pessoal, experiência observacional, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico). Em cada item avaliado, a mulher deve atribuir uma pontuação variável de 1 a 5 pontos em escala tipo Likert, sendo 1- discordo totalmente e 5- Concordo totalmente. A autoeficácia no aleitamento materno identificada por meio da escala, é distribuída de acordo com as pontuações obtidas a partir da somatória da pontuação dos itens: baixa autoeficácia (33 a 118 pontos), média autoeficácia (119 a 137 pontos), ou alta

autoeficácia (138 a 165 pontos). A escala ajuda a reconhecer as mães que são suscetíveis a terem sucesso ou não no aleitamento materno.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas que foram realizadas individualmente com as puérperas em lugares que respeitassem sua privacidade, dentro da unidade básica de saúde, no dia da semana em que era realizada a aplicação da vacina BCG nos bebês. O tamanho amostral foi definido por conveniência, sendo convidadas todas as puérperas que comparecessem à unidade de saúde durante o período de coletas de dados e que aceitassem participar do estudo.

Para a análise dos dados foram realizados testes descritivos com a apresentação de frequências absolutas e percentuais para o conjunto de variáveis sociodemográficas e obstétricas, assim como as análises ponderadas para a análise do questionário sobre autoeficácia, por meio dos programas EpiInfo 7 e SPSS 17.1.

Foram respeitados os aspectos éticos previstos na resolução nº510/2016 (SANTOS, 2016) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Jaguariúna, sob parecer número 0402016, na data 20/10/2016. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográficas das puérperas

A amostra de estudo foi constituída por 250 puérperas, sendo 7,6% adolescentes e 92,4% adultas. A idade média foi de 27,91 (±6,58) anos. Observa-se na Tabela 1 que a variável independente que mostrou associação positiva com AE foi estar casada.

Características obstétricas das puérperas

Do total de mulheres participantes, 15% referiram ter deixado os estudos durante a última gestação, a maioria (84,8%) não teve aborto em gestação anterior e 40% eram primíparas. Metade referiu que a última gestação foi planejada e 86,4% iniciaram o pré-natal com até 12 semanas de gestação. A maioria das puérperas (92,4%) teve mais de seis consultas no pré-natal. Em relação ao tipo de parto, 73,2% relataram ter tido parto cesárea.

Apresentaram intercorrência na última gestação 24,8%, dentre as intercorrências foram citadas: Hipertensão Arterial, Diabetes, Mioma, Descolamento Prematuro de Placenta, Sangramento, Sífilis, Perda de Liquido amniótico (Dados não apresentados em tabela). Observa-se, portanto, que as características obstétricas não apresentaram associação estatisticamente significativa com a AE no aleitamento materno.

Características do recém-nascido, amamentação na primeira hora de vida e no momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada quando a criança tinha em média 10,68 dias (±7,48), mais da metade dos bebês (51,6%) era sexo masculino. O peso ao nascer foi em média 3262g (±4952), variando de 1650g a 5385g, sendo que 6,0% nasceram com peso inferior a 2500g. Em relação a amamentar na primeira hora após o nascimento, 26,4% das puérperas não amamentaram seus filhos, e no momento da entrevista, 73,6% estavam amamentando exclusivamente, 1,2% em aleitamento materno predominante, 11,2% em aleitamento materno misto e 13,7% não estavam amamentando.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que mulheres casadas possuem maior confiança como nutrizes características que promove mais segurança e estabilidade no período de aleitamento, pois, com o amparo do companheiro, não se sentem sozinhas para lidar com essa experiência. Estudo realizado por Alghamdi *et al* (2017), em Michigan (EUA) e Colorado (EUA) mostrou que mulheres casadas tinham quase o dobro da probabilidade de manter o aleitamento materno por mais tempo em relação às não casadas, colaborando para fortalecer a importância do vínculo, estabilidade e segurança familiar na prática do aleitamento materno.

As mulheres que iniciaram as consultas de pré-natal antes de 12 semanas, e passaram por mais de seis consultas, apresentaram melhor desempenho diante da confiança como nutrizes. Estudo de Rodrigues (2014) aponta que o acompanhamento da gestante no pré-natal ampara a mulher com informações a respeito do aleitamento materno, seus desafios e pontos positivos, dando-lhe mais segurança, preparação e habilidade de lidar com o aleitamento materno quando chegada a hora. Outra ação é a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC),

lançada em 1990 pela OMS e pela UNICEF, que faz parte das ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno. Um estudo realizado por Spaeth *et al* (2017), na Suíça, mostrou que bebês nascidos em IHAC foram amamentados por mais tempo quando comparados com os nascidos em hospitais não credenciados. Entretanto, em um estudo realizado num IHAC no estado do Pará – Brasil, foi avaliado a percepção das puérperas frente à atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno, as participantes relataram que não foram adequadamente orientadas pelos enfermeiros durante o pré-natal e no período de lactação, e que ainda sentiam-se inseguras e com diversas dúvidas, principalmente nos primeiros dias de vida do RN, período de intensa adaptação e de novas experiências (MASCARENHAS, *et al*, 2015). Nota-se perante a esse estudo a necessidade de preparação daqueles que exercem papeis fundamentais na promoção do aleitamento materno.

Os gestores devem sempre estar preparando e incentivando a equipe envolvida no processo de promoção do aleitamento materno exclusivo, otimizando sua prevalência, não só apenas dentro das instituições, mas também fora delas.

Estudos ratificam que o aleitamento materno é a intervenção mais eficaz para reduzir a mortalidade infantil, e este incentivo está cada vez mais evidente, atingindo considerável expansão desde a década de 1980 (TOMA, 2008; FIALHO, *et al*, 2014). Estudo realizado no estado do Rio grande do Sul, Brasil, constatou que existe um risco de 61% para internação por pneumonia em crianças que não são amamentadas, número 17 vezes maior do que as que recebem leite materno (GUIMARÃES, 2015). O presente estudo constatou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 73,6% nos primeiros 40 dias de vida do bebê.

Estão consagrados na literatura os benefícios do aleitamento materno, sendo de extrema importância avaliar e identificar os fatores que possam levar ao desmame precoce, principalmente os que podem ser modificados prontamente quando identificados.

A AE corresponde a um desses fatores, sendo uma variável passível de se intervir na saúde pública quando identificada como problema, onde o profissional da saúde pode planejar ações de suporte e educativas, favorecendo o aleitamento materno e aumentando a confiança da mulher como nutriz (FIALHO, *et al*, 2014).

Segundo Brockway *et al* (2017), as intervenções para melhorar a AE no aleitamento materno, tais como educação, suporte, aconselhamento e apoio social,

são eficazes para aumentar o tempo de aleitamento materno de um a dois meses, sendo assim, profissionais e pesquisadores devem considerar as intervenções que utilizam a AE como teoria da mudança social, pois podem contribuir para melhorar as taxas de aleitamento materno exclusivo, e ter consciência das influências socioculturais e econômicas, que também podem afetar os resultados da amamentação.

O aleitamento na primeira hora de vida é considerado uma das variáveis determinantes, e no município onde se desenvolveu o estudo a prevalência foi de 76,4%. Esta ação promove o vínculo entre mãe e filho, aumenta o grau de empoderamento e segurança à mulher, e reduz os riscos de mortalidade neonatal em até 22,3% (SINHA, 2015). Além disso, o contato pele a pele aumenta a liberação de ocitocina, reduz as chances de desenvolver hipotermia, câncer de mama e de ovário, e hemorragia pós-parto, além de outras doenças (TOMA, 2008). Apesar de diversos estudos apontarem os benefícios do aleitamento materno desde a primeira hora de vida, as prevalências ainda precisam ser melhoradas. O enfermeiro por sua vez deve estar preparado para lidar com as diversas demandas, inclusive quando se trata da mulher como nutriz, aproveitando os momentos durante o ciclo gravídico-puerperal para enfatizar a importância do aleitamento materno, ajudar a superar as dificuldades na fase de lactação e realizar atividades educativas a fim de tornar este processo o mais adequado possível, deixando a nutriz menos insegura (MASCARENHAS, *et al*, 2015).

Para que o profissional da saúde realize seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno, é necessário que seja capacitado e aprenda a ter um olhar atento, abrangente e holístico, levando sempre em consideração os aspectos emocionais, culturais, sociais, além de reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, respeitando-a e valorizando-a.

Não basta apenas a mulher ter a intenção de amamentar, uma vez que para que essa prática seja efetivamente realizada e preservada, é preciso que ela acredite que isso trará benefícios a ela e ao seu filho, e que ela se sinta capaz de realizá-la. Além disso, a oferta de apoio dos profissionais de saúde, principalmente a atuação da equipe multidisciplinar para promover e incentivar o aleitamento materno, oferece também suporte às dificuldades encontradas pelas mães durante o período de amamentação (ANSTEY, *et al,* 2017). Portanto, acredita-se que habilidades desenvolvidas no pré-natal e puerpério, como ouvir e oferecer ajuda

prática, aumentem a autoeficácia das puérperas para que possam assumir, com mais segurança e confiança, o papel de mães e nutrizes (FIALHO, *et al*, 2014).

As limitações observadas neste estudo incluem: o tempo reduzido para realizar a coleta de dados, ser voltado para uma população específica (puérperas), restringindo a análise da AE para o aleitamento materno em todo o período recomendado pelo Ministério da Saúde, e pela impossibilidade de avaliar as orientações sobre aleitamento materno recebidas no pré-natal.

Espera-se que os resultados obtidos incentivem gestores e profissionais da saúde a planejarem e desenvolverem ações de promoção de saúde com o objetivo de melhorar a cobertura e a autoeficácia do aleitamento materno nas mulheres do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da pesquisa ter apontado para a alta pontuação da autoeficácia no aleitamento materno entre puérperas, ainda existe uma parcela das mulheres que necessitam de intervenções de enfermagem para aumentar esse escore. Este estudo desperta, com isso, a importância da discussão desse tema no acompanhamento gestacional e puerperal, bem como a necessidade de se conhecer a AE do aleitamento materno e os fatores que dificultam o processo de amamentar.

Assim como, o enfermeiro tem papel fundamental na implantação de ações nas instituições que trabalham, objetivando o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida e a continuidade do aleitamento materno, após a inserção de outros alimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALGHAMDI, S.; et al. Racial and ethnic differences in breastfeeding, maternal knowledge, and self-efficacy among low-income mothers. **Applied Nursing Research**, Elsevier, v. 37, p. 24–7, out. 2017. Disponível em: < http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716302804?via%3Dihub > Acesso em: 19 out. 2017.

ANSTEY, E. H.; et al. Lactation consultants' perceived barriers to providing professional breastfeeding support. International lactation consultant association. **Journal of Human Lactation**, v.34, n.1, p. 51–67, ago 2017. Disponível em: < http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0890334417726305 > Acesso em: 19 out. 2017.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory Of Behavioral Change. **Psichological Review**, v.84, n.2, p. 191-215, 1977.

BROCKWAY, M.; et al. Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. International lactation consultant association. **Journal of Human Lactation,** v.33, n.3, . p. 486–499, jun. 2017 Disponível em: < http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0890334417707957 > Acesso em: 19 out. 2017.

DATASUS, **Ministério da Saúde.** Nascim p/resid.mãe segundo Município . 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvSP.def>. Acesso em: 27 set. 2017.

DENNIS, C. L.; FAUX S.; Development and psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing & Health**, v. 22, n.5, p. 399–409, out. 1999. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Cindy_Lee_Dennis/publication/227834784_Development_and_psychometric_testing_of_the_Breastfeeding_Self-Efficacy_Scale/links/5457833f0cf2cf516480eb2a.pdf > Acesso em 02/06/2017.

FIALHO, F. A.; et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista CUIDARTE**, v.5, n.1, p. 670-8, 2014. . Disponível em: < https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/105/169 > Acesso em: 02 jul. 2017.

GUIMARÃES, C. M. S. **Autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade no município de Ribeirão Preto/SP.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-09102015-151443/en.php > Acesso em: 06 jul. 2017.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Dados estatísticos do município de Jaguariúna - SP. 2010. Disponível em: <http://www.jaguariuna.sp.gov.br/atendimento/dados-estatisticos/>. Acesso em: 27 set. 2017.

KNAPP, P.; BECK, A, T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30 (Supl II), p. 54-64, 2008. Disponível em: < http://nepic.com.br/nepic/textosPDF/TCfundamentos.pdf > Acesso em: 22 set. 2017.

MASCARENHAS, A. C. L.; et al. A percepção das puérperas frente À atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno em um hospital amigo da criança no estado do Pará. **Revista Paraense de Medicina**, v.29, n.3, jul.-set. 2015. Disponível em: < http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n3/a5558.pdf > Acesso em: 02 nov. 2017.**ORGANIZAÇÃO PAN-AMARICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**, 2014. Semana Mundial de Aleitamento Materno, 1 a 7 de agosto de 2014. Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado. Disponível em: < http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf > Acesso em: 02 jul. 2017.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da breastfeeding self-efficacy scale: aplicação em gestantes.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do

Ceará – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2008. Disponível em: < http://pct.capes.gov.br/teses/2008/22001018021P0/TES.pdf > Acesso em: 06 jul. 2017.

RODRIGUES, A. P.; et al. Fatores do pré-natal e puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação, **Esc. Anna Nery, v.18, n.2, p.**257-61. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0257.pdf > Acesso em: 02jul. 2017.

SANKAR, M. J.; et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. **ACTA Pediátrica**. v.104, n.S467, , p 3-13, dez. 2015. Disponível em: < http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13147/full > Acesso em: 06 jul. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 59ª. Reunião Extraordinária, realizada em 6 e 7 de abril 2016. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. Publicada no DOU nº.98, terça-feira, 24 de maio de 2016 – seção 1, páginas 44-46. .** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

SINHA, B.; et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica.** , v.104, n. S467, p.114–34, dez. 2015. Disponível em: < https://doi.org/10.1111/apa.13127 > Acesso em: 31 ago 2017.

SPAETH, A.; et al. Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. **Maternal & Child Nutrition**. v.14, n.1, jan. 2018. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12497/full/> Acesso em: 31 ago 2017.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v.24, n.S2, p. 235-46, 2008. Disponível em: < http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-332.pdf > Acesso em: 02 jul. 2017.

VENANCIO, S. I.; et al . A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 86, n. 4, p. 317-24, jul-ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012 > Acesso em: 10 abr. 2017.

ANEXOS

Tabela 1: Análise da autoeficácia do aleitamento materno, associada às características sociodemográficas. Jaguariúna-SP, 2017. N=250.

		AUTOEFICÁCIA			
		Baixa	**Média**	**Alta**	
		16 (6,4%)	**43 (17,2%)**	**191 (76,4%)**	
Variável	**Categoria**	**n(%)**	**n(%)**	**n(%)**	**p-valor***
Idade (em anos)	≥18		35 (81,4)	180 (94,2%)	
	<18	16(100)	8 (18,6)	11 (5,8%)	0,008
Casada	Não	6(37,5)	16(37,2)	33(17,3)	**0,005**
	Sim	10(62,6)	27(62,8)	158(82,7)	
Escolaridade (anos de estudo)	<8 anos	3(18,8)	18(41,9)	58(30,4)	0,178
	≥8 anos	13(81,3)	25(58,3)	133(69,6)	
Trabalho Atual.	Não	6 (37,5)	19 (44,2)	75 (39,3)	0,819
	Sim	10 (62,5)	24 (55,8)	116 (60,7)	

*teste χ^2

Tabela 2: Análise da autoeficácia do aleitamento materno, associada às características obstétricas da puérpera. Jaguariúna-SP, 2017. N=250.

		AUTOEFICÁCIA			
		Baixa	**Média**	**Alta**	
		16 (6,4%)	**43 (17,2%)**	**191 (76,4%)**	
Variável	**Categoria**	**n(%)**	**n(%)**	**n(%)**	**p-valor***
Parou de estudar por causa da gravidez	Sim	2 (12,5)	6 (14,0)	28 (14,7)	0,968
	Não	14 (87,5)	27 (86,0)	163 (85,3)	
Gestação Planejada	Sim	6 (37,5)	17 (39,5)	102 (53,7)	0,141
	Não	10(62,5)	26 (60,5)	88 (46,3)	
Inicio do Pré-natal (semanas)	≤12	12 (81,3)	32 (82,1)	171(90,0)	0,254
	>12	3 (18,8)	7 (17,9)	19 (10,0)	
Número de Consultas de Pré-natal	<6	2 (12,5)	5 (11,6)	12 (6,3)	0,366
	≥6 anos	14 (87,5)	38 (88,4)	179 (93,7)	
Tipo de parto	Normal	12 (75,0)	12 (27,9)	46 (24,1)	0,871
	Cesárea	4 (25,0)	31 (72,1)	145 (75,9)	

*teste χ^2

Tabela 3: Análise da autoeficácia do aleitamento materno, associada às características no recém-nascido e amamentação. Jaguariúna-SP, 2017. N=250.

		AUTOEFICÁCIA			
		Baixa	**Média**	**Alta**	
		16 (6,4%)	**43 (17,2%)**	**191 (76,4%)**	
Variável	**Categoria**	**n(%)**	**n(%)**	**n(%)**	**p-valor***
Sexo	Feminino	8 (50,0)	18 (41,9)	95 (49,7)	0,641
	Masculino	8 (50,0)	25 (58,1)	96 (50,3)	
Amamentou na 1ª hora pós-parto	Sim	10 (62,5)	33 (76,7)	140 (73,7)	0,546
	Não	06(37,5)	10 (23,3)	51(36,3)	
Aleitamento no momento da coleta de dados**	AME	6 (37,5)	25 (59,5)	153 (80,1)	<0,001
	AMP	00(00,0)	00(00,0)	3 (1,6)	
	AMM	6 (37,5)	10 (23,8)	12 (6,3)	
	NÂO	4 (25,0)	7 (16,7)	23 (12,0)	

*teste χ^2

**AME (Aleitamento Materno Exclusivo). AMP (Aleitamento Materno Predominante). AMM (aleitamento Materno Misto). Não estava está amamentando.

GRUPO DE PROMOÇÃO A SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA: Relato de Experiência

Group Of Promotion To Women's Health In The Climate / Menopause: Experience Report.

COLOSSO, Marcela Borsato
Centro Universitário de Jaguariúna

FRANZOLIN, Rosa Alice Fátima
Centro Universitário de Jaguariúna

AUDI, Celene Aparecida Ferrari
Centro Universitário de Jaguariúna

RESUMO: Historicamente, a assistência à saúde feminina foi limitada a demandas da gravidez e parto. A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reforça a importância do olhar para as mulheres na fase do climatério/menopausa. O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência de um grupo de promoção à saúde de mulheres, realizado por graduandos em enfermagem, em uma unidade básica de saúde do município no interior do estado de São Paulo. Estudo descritivo, relato de experiência, proveniente do trabalho realizado com grupo de mulheres na fase do climatério/menopausa. O grupo se configurou com aproximadamente sete mulheres, entre 40 a 70 anos. Por ser uma atividade coletiva, o compartilhamento e troca das informações, bem como das experiências, vivências e sofrimento oportunizaram as mulheres a incorporação de aprendizados que influenciam em mudanças de comportamento e tem efeitos positivos na autoestima.

Palavras-chaves: Promoção à saúde, climatério, menopausa.

ABSTRACT: Historically, women's health care has been limited to the demands of pregnancy and childbirth. The current National Policy for Integral Attention to Women's Health reinforces the importance of looking at women in the menopause / climacteric phase. The objective of this work was to describe the experience of a group of health promotion of women, carried out by Nursing undergraduates, in a basic health unit of the municipality in the interior of the state of São Paulo. This was a descriptive study, of the type of experience report, from the work performed with a group of women in the climacteric / menopause phase. The group consisted of approximately seven women between the ages of 40 and 70. Because it is a collective activity, the sharing and exchange of information, as well as experiences, experiences and suffering have made it easier for women to incorporate learning that influences behavior changes and has positive effects on self-esteem.

Keywords: Health promotion, climacteric, menopause.

INTRODUÇÃO

As mulheres são a maioria na população do Brasil e as principais usuárias do SUS. Historicamente, a assistência à saúde feminina foi limitada a demandas da gravidez e parto. A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reforça a importância do olhar para as mulheres na fase do climatério/menopausa (BRASIL, 2004).

Algumas questões no âmbito psicossocial, como a autoimagem, o papel e relações sociais, e os projetos de vida influenciam diretamente na saúde física e mental das mulheres nessa fase. Além dessas questões, existe em nossa sociedade discriminação contra as pessoas por sua idade cronológica; nas mulheres, esse fato acontece não só em relação a mudanças físicas, mas também pela supervalorização da maternidade. Entretanto, a menopausa significa apenas o fim do período da fecundidade, e não do período produtivo ou da sexualidade (BRASIL, 2008).

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008).

Dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), divulgada pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013 indica que viviam no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população. Nesse universo, cerca de 35 milhões têm entre 35 e 65 anos, o que significa que 32% das mulheres no Brasil estão na faixa etária em que ocorre o climatério (BRASIL, 2008).

O envelhecer é um processo biológico, não patológico, exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2016). Tradicionalmente os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida.

Há quarenta anos, os países membros da Organização Mundial de Saúde, reunidos em Alma-Ata, acordaram um conjunto de princípios com objetivo de proteger e promover a saúde de todas as pessoas. Este movimento ideológico e social tem inicio mais fortemente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental com avanços na América Latina e Caribe, enunciando a atenção primária à saúde como preceito orientador de um sistema de saúde integral, nesta perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, o Brasil, institui a Politica Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que foi revisada no ano de 2016 atualizando e confirmando sua importância na implementação e desenvolvimento das diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) (MINAYO, 2016; BRASIL, 2010).

No Brasil, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento. As ações de promoção da saúde concretizam-se em diversos espaços, em órgãos definidores de políticas, nas universidades e, sobretudo, localmente, nos espaços sociais onde vivem as pessoas. As cidades, os ambientes de trabalho e as escolas são os locais onde essas ações têm sido propostas (SUCUPIRA, 2003).

Continua sendo um desafio avançar na ação intersetorial buscando articular ações destina das a públicos específicos, como a promoção da saúde no ambiente do trabalho, na comunidade, na saúde da mulher, perpassando por projetos destinados à melhoria da mobilidade urbana, na inclusão de pessoas com deficiência e idosos (MALTA,2016).

Este estudo trata-se do relato de experiência, desenvolvido com grupo de mulheres como estratégia ações de promoção a saúde em Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior do estado de São Paulo, inserida na Interclínicas do Centro Universitário de Jaguariúna.

MÉTODO

Este PIC (Projeto de Iniciação Científica) foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em município do interior do estado de São Paulo, durante os anos 2015 ao ano de 2017. A atividade realizada fez parte integrante do Programa de Iniciação Científica (PIC) de uma das autoras sob supervisão de uma docente. Após o período do PIC a aluna solicitou a continuidade do trabalho realizado com os grupos de mulheres diante do interesse da população feminina, e para isso outra aluna inicia o trabalho juntamente com a autora inicial.

As mulheres foram convidadas para participar do grupo que era realizado todas as terças-feiras das 16h30 min horas as 17h30 min, em média tinha duração de 60 minutos, durante três anos.

Iniciarmos o encontro com um breve relato de como foi o encontro passado para cada uma das participantes. Fazíamos um contrato de trabalho sobre o mais além dos exercícios às mulheres gostariam que fosse discutido frente aos objetivos do grupo

As atividades do grupo eram realizadas contemplando: exercício proposto ao grupo para fortalecimento do assoalho pélvico iniciou uma sequência de exercícios com nosso auxilio para melhoria de dores e outros problemas relacionados com seus hábitos de vida. A maioria dos exercícios sequenciais foi inspirada pelo método de Kegel (CALDAS, 2010) que consistem em contrair e relaxar a uretra com a ajuda da contração dos músculos levantadores do ânus, mantendo a contração por cinco segundos com intervalos de 10 segundos.

Outros exercícios com o mesmo objetivo, incluindo fortalecimento dos membros inferiores e alongamentos que são realizados no início e no final de cada encontro para melhor prepará-las para os exercícios e ainda para trazer maior comodidade com as dores e flexibilidade. Os encontros conforme eram realizados os exercícios outros temas eram abordados: sexualidade nessa faixa etária, cuidados pessoais visando a promoção a saúde e melhorias de qualidade de vida.

E assim, tornou se nossa rotina nos encontros semanais com as mulheres:

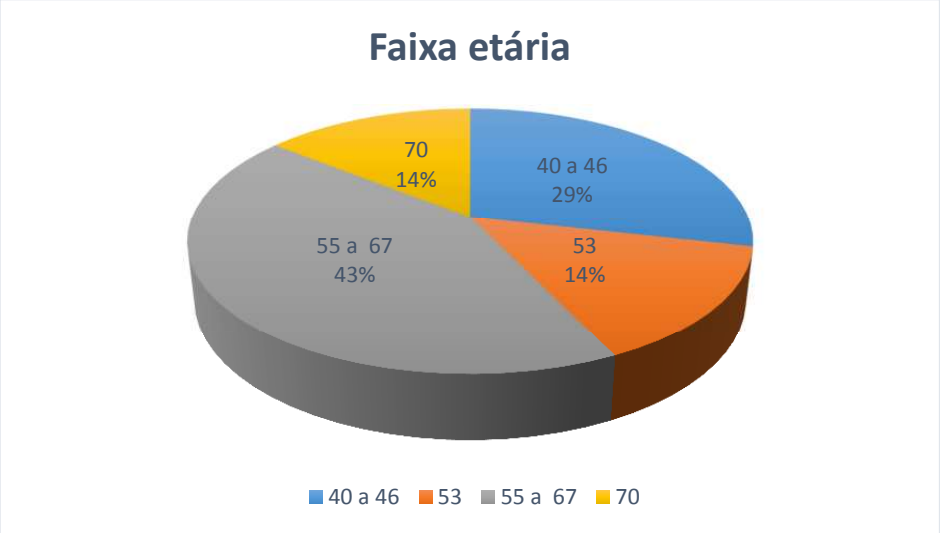
- ✓ Realizamos aferição de pressão arterial,
- ✓ Alongamentos
- ✓ Exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico que é nosso principal objetivo,
- ✓ Auto massagem para relaxamento

- ✓ Dinâmicas de grupo para interação entre elas e formação de vínculo, buscando nas dinâmicas trazer momentos agradáveis e de descontração.
- ✓ Finalizávamos com uma roda de conversa onde durante os meses questões referentes a menopausa, artrite, osteoporose, varizes e problemas relacionados a coluna.
- ✓ Deixávamos aberto para que elas falassem de assuntos que tinham dúvida e que gostariam de falar no momento.

Nessas discussões podemos perceber que de 10 pacientes 9 possuíam alguma dessas queixas e muitas dúvidas referentes aos assuntos, as discussões nos proporcionaram troca de experiências e mais conhecimento e esclarecimentos de dúvidas. A realização de novos exercícios todas as semanas possibilitou a criação de um vínculo maior para manter o público de sete participantes no grupo.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

O grupo tinha em média 5 a 10 mulheres com idades que variavam de 40 a 70 anos. A partir das queixas realizadas pelas mulheres que procuravam o atendimento na UBS, a mulher era convidada a participar do grupo. Para isso ela comprometia-se em não faltar dos encontros.



Os resultados dos encontros sempre foram muitos elogiosos, melhoras significativas físicas e psicológicas. Por meio da participação na atividade, as mulheres apresentaram maior disposição para o autocuidado, principalmente com a discussão sobre questões anatômicas até então desconhecidas. Por ser uma atividade coletiva, o compartilhamento e troca das informações, bem como das

experiências, vivências e sofrimento oportunizaram as mulheres a incorporação de aprendizados que influenciam em mudanças de comportamento e tem efeitos positivos na autoestima.

Algumas delas relatam diretamente aos profissionais de Enfermagem a melhoria da qualidade de vida em conjunto de atividades já praticas por elas. Relatam não só melhorias físicas, mas principalmente psicológicas e sociais, já que ali tiveram oportunidade de trocar informações como já citado e criação de um novo círculo de amizade entre elas e um bem-estar mental fantástico por expressarem que o grupo vai além do que é proposto, significam para elas uma maneira de terapia, ali encontram um dos seus preferidos momentos de lazer, descontração e relaxamento.

A qualidade de vida é eixo norteador das intervenções no climatério, a importância da atividade física, da alimentação saudável, dos sentimentos das mulheres, assim como, medidas terapêuticas tomadas visam prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar funções ou prevenir incapacidades. (BRITO, 2009)



A menopausa e o climatério são vivenciados conforme a história de vida de cada mulher, considerando os fatores hereditários, culturais, condições sociais e econômicas, o que interfere na frequência e intensidade das manifestações das doenças e desconfortos (MS, 2008).

Promover a saúde das mulheres no climatério é considerar a relação de cada uma com seu próprio corpo, com as mudanças visíveis que estão ocorrendo nele e suas reações físicas e emocionais nessa fase. É reconhecer os reflexos de suas relações na família, no emprego e na sociedade, ouvindo-as e garantindo-lhes a palavra, construindo espaços de diálogo, tanto individualmente, como também em grupo, para que possa haver um aprofundamento na vivência, maior compreensão da questão e um intercâmbio coletivo de experiências entre as próprias mulheres, facilitando a aquisição de novos conceitos, mudanças na mentalidade e modo de vida. (MS, 2008).

A Promoção da Saúde deve ser operacionalizada nos espaços micropolíticos das unidades de saúde, das escolas e dos territórios. A potencialidade dessas práticas contribui com a construção de respostas para o perfil epidemiológico das sociedades contemporâneas, em que a maioria das doenças e agravos estão associadas a processos sociais e culturais que exigem, para sua superação, o envolvimento das comunidades e das pessoas. É preciso consolidar políticas e práticas orientadas, de fato, por valores e princípios de participação, de intersetorialidade e de equidade, fundamentos do SUS e do movimento internacional de promoção da saúde (MINAYO,2006; SPERANDIO,2016).

O novo arranjo possibilita ao gestor local elaborar a sua agenda de forma coerente com a visão de PS. Contudo, para assegurar a coerência com os valores, é importante a tradução desse material para os gestores, em uma linguagem que evidencie ações em torno de uma concepção ampliada da saúde. Como tentativa de tradução, os gestores podem seguir as seguintes orientações: 1. Escolha um tema para fundamentar a sua ação de PS, seja vinculado à agenda prioritária da política ou a outra prioridade do município ou estado; 2. Associe sua proposta de ação às diretrizes e aos objetivos da política; 3. Identifique quais temas transversais da política serão abordados para alcançar os objetivos; 4. Procure desenvolver estratégias por base nos eixos operacionais descritos na PNPS; 5. Identifique os valores e os princípios da PS que estão sendo trabalhados em sua ação. Esse percurso possibilita ao gestor, que mesmo insistindo em trabalhar a PS com temas relacionados diretamente à prevenção de doenças, vai induzi-lo a avançar na perspectiva da OS (ALBUQUERQUE, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste relato de experiência foram coerentes com a relevância que a literatura dá ao problema, pois há maior probabilidade das mulheres desenvolverem incontinência urinária à medida que envelhecem, e passam pelo período de climatério e não são assistidas.

Entretanto, o grupo revela grande necessidade da promoção à saúde seja assistida, principalmente no caso de nossas participantes que passavam por períodos de climatério e menopausa e encontrava-se em fragilidade física e psicológica.

A experiência com o grupo ressaltou também que o benefício dos exercícios vai além da melhora dos parâmetros físicos, pois receber atenção e auxilio e ser orientado por um profissional a respeito de como lidar com o seus problemas de uma visão holística vai além de uma estratégia de promoção da saúde. O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para manutenção da vida, da saúde e do bem estar. Deste modo contribuímos de maneira significante com o processo de busca para identificar as suas dificuldades em realizar atividades que visem o seu bem estar físico e mental.

Entendemos que esse grupo se apresenta como uma estratégia potencial para a enfermagem e demais profissionais de saúde, por seu olhar interdisciplinar, com a apropriação de novos conceitos e abordagem integral das usuárias. Permitiu a abordagem do cuidado em vários níveis (promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e reabilitação). Além disso, com a realização de exercícios, as mulheres se sentiram motivadas a participar da atividade e este foi um disparador para a discussão de questões emocionais e relacionadas à sexualidade.

Finalmente, destacamos que tal intervenção segue paralelamente aos atuais dispositivos de atenção à saúde da mulher, com atividades direcionadas a mulheres fora do ciclo reprodutivo e gravídico-puerperal, muitas vezes esquecidas pelos serviços, possibilitando um espaço qualificado para usuárias que estão no climatério ou menopausa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, T. I. P. & FRANCO DE SA, R. M. P.; ARAUJO JUNIOR, J. L. A. C. Perspectivas e desafios da "nova" Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1695-1706, jun. 2016.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601695&lng=pt&nrm=iso>.acessos em 19 nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07672016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Versão eletrônica. Brasília. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Versão eletrônica. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** 3ª edição, v. 7, p. 60. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Versão eletrônica, n. 9, p. 192. Brasília. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Versão eletrônica. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: **Saúde das Mulheres** / **Ministério da Saúde**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa p.230. Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde.** 3ª edição, versão eletrônica, p. 10. Brasília. 2010.

BRITO. N.M.B.; TAVARES. N. C.S.; MACEDO. L. F. C.; GONÇALVES. B. K. G. Avaliação da qualidade de vida de pacientes climatéricas em uma unidade de saúde. **Rev. para. Med. Belém do Pará**, v. 23, n. 2, abr.-jun. 2009. Disponível em:< http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n2/a2001.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2017.

CALDAS. C. P.; CONCEIÇÃO. I. R.S.; JOSÉ R. M. C.; SILVA. B.M.C. Terapia Comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 783-788, out-dez. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400023>. Acesso em: 10 de ago. 2017.

MALTA, D. et al . National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1683-1694, June 2016.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016.

MINAYO, MCS; GUALHANO,L. 10 Anos da Politica Nacional de Promoção a Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** vol.21 no.6 Rio de Janeiro July 2016.

Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S1413-81232016010700001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt access on 19 Nov. 2017.

SUCUPIRA. A. C.; MENDES. R. Promoções da Saúde Conceitos e Definições. **SANARE.** São Paulo, n. 1, jan-mar. 2003. Disponível em: <C:\Users\Home\Downloads\107-197-1-SM.pdf>. Acesso em: 18 de out. 2017.

SPERANDIO, A.M et al. 10 years of the National Health Promotion Policy: progress and challenges. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1681-1682, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601681&lng=en&nrm=iso>. access

on 19 Nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.10862016.

PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA POR PUÉRPERAS

Perceptions and experiences of obstetric violence by

CEZAR, Gisele Freitas
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

ARRUDA, Caroline Avelar Roberto
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

SANTOS, Hilton Vitor
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

BARAGATTI, Daniella Yamada
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

AUDI, Celene Aparecida Ferrari
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

RESUMO: Violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres em trabalho de parto nas instituições de saúde, bem como o desrespeito à sua autonomia. Objetivo: Avaliar a percepção e as experiências vivenciadas por puérperas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação à violência obstétrica durante o período do parto. Metodologia: Realizada pesquisa qualitativa e observacional, sendo utilizada a técnica de grupo focal, constituída por oito puérperas (até 40 dias após o parto). O estudo obteve análise de conteúdo temática, resultando em três categorias: A Compreensão, percepção e vivência das puérperas sobre a violência obstétrica; Desconhecimento sobre ações realizadas no período intraparto; Alimentação em seu período intraparto. Resultados: No momento do parto as mulheres ainda são submetidas à ações desnecessárias e que podem contribuir para lesões físicas e traumas psicológicos. É importante o empoderamento quanto à escolha de seu parto livre de intervenções danosas. Considerações finais: As experiências vividas pelas puérperas neste momento podem deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas. Os profissionais e instituições de saúde devem estar capacitados e preparados para oferecer um ambiente acolhedor de forma que o nascimento seja natural e seguro.

Palavras Chaves: Violência contra a Mulher; Parto Humanizado; Negligencia.

ABSTRACT: Obstetric violence is the imposition of harmful interventions on the physical and psychological integrity of women in labor in health institutions, as well as disrespect for their autonomy. Objective: To evaluate the perception and experiences by puerperal of a Basic Health Unit (UBS) regarding obstetric violence during labor. Methodology: A qualitative and observational study was carried out, using a focal group technique, composed of puerperal women (up to 40 days days after delivery). The study obtained a thematic content analysis, resulting in three categories: Understanding, perception and experience of puerperal women on

obstetric violence. Results: At the time of delivery, women are still subjected to unnecessary actions that can contribute to physical injuries and psychological trauma. Empowerment is important to the choice of their delivery free of harmful interventions. Fine conditions: The experience of the puerperas at this time may leave indelible marks, positive or negative, for the rest of their lives. Health professionals and institutions should be trained and prepared to offer a welcoming environment so that birth is natural and safe.

Key Worlds: Violence Against Women, Humanizing Delivery, Negligence.

INTRODUÇÃO

Apesar do crescente reconhecimento do tratamento negligente, abusivo e desrespeitoso das mulheres durante o parto nas instalações de saúde, não há consenso na literatura sobre como estas ocorrências são definidas e avaliadas (BOHREN, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições de saúde em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia. É a quebra de vínculo e confiança da mulher com a equipe responsável em seu período de parto, fazendo com que fique constrangida, podendo ter algum tipo de agressão verbal, violência física e ameaças à vida.

Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação (OMS, 2014).

Estima-se que em torno de 289 mil mortes maternas em 2010, dos quais 99% ocorreram em países de média e baixa renda. Uma das estratégias para diminuir a morte materna é melhorar as condições nas instituições que realizam partos. No Brasil, cerca de ¼ das mulheres que tinham parido e metade daquelas que abortaram relataram algum tipo de violência obstétrica (OMS, 2014;VENTURI, 2013).

Bowser & Hill (2010) elencam as principais categorias de violência obstétricas e direitas: o abuso físico (direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos); imposição de intervenções não consentidas, intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas (direito à informação, ao consentimento informado e à recusa); cuidado não confidencial ou privativo (confidencialidade e privacidade); cuidado indigno e abuso verbal (dignidade e

respeito); discriminação baseada em certos atributos (igualdade, não discriminação, equidade da atenção), abandono, negligência ou recusa de assistência (direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde); detenção nos serviços (liberdade, autonomia).

Estudo de revisão de literatura demonstrou que a violência obstétrica é reconhecida mundialmente, sendo identificada sob sete domínios: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, faltam de atendimento aos padrões profissionais de assistencia, relação entre mulheres e prestadoras e condições e restrições do sistema de saúde. A pesquisa apresentou uma tipologia abrangente, baseada em evidências, dos maus tratos de mulheres durante o parto em estabelecimentos de saúde, e demonstrou que os maus tratos podem ocorrer no nível de interação entre a mulher e o provedor, bem como por meio de falhas sistêmicas no sistema de saúde (BOHREN, 2015).

Pesquisa realizada no Brasil com amostra representativa de partos hospitalares em todas as regiões do país constatou que, entre as 23 mil mulheres investigadas, apenas 5% tiveram partos sem nenhuma intervenção. Entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas à episiotomia e 37% receberam a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo). A punção venosa foi realizada rotineiramente em 70% das mulheres. Quase metade das mulheres (40%) relatou ter sido medicada com ocitocina e realizada amniotomia. (VIELLAS, 2014).

Outro estudo, realizado em maternidade de alta complexidade constatou prevalência da violência obstétrica de 86,57%. As práticas prejudiciais mais frequentes foram os esforços de puxo (65%), a administração de ocitocina (41%) e o uso rotineiro da posição supina/litotomia (39%). Baixa escolaridade ($p=0,022$) e ter sido assistido por um profissional médico ($p<0,001$) apresentaram associação significante com a violência obstétrica (ANDRADE, 2016).

Tendo em vista a magnitude da violência obstétrica, suas consequências físicas e psicológicas, bem como a importância da humanização da assistência na gestação e parto, este estudo teve como objetivo avaliar a percepção e as experiências vivenciadas por puérperas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação à violência obstétrica durante o trabalho de parto.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória (MINAYO, 2010) realizada no município de Jaguariúna, estado de São Paulo, Brasil.

Como técnica de pesquisa utilizou-se o grupo focal. Segundo Gomes (1999), a técnica de grupo focal é utilizada para compartilhar ideias, informações e revelar percepções. Assim, buscou-se verificar a percepção de puérperas (mulheres até 40 dias após o parto) atendidas em uma UBS do município.

A amostra foi escolhida de maneira intencional (MINAYO, 2010). Realizamos contatos com a Secretaria de Saúde do Município de Jaguariúna e com a enfermeira da UBS XII de Setembro. Em 08 de Maio de 2017, ocorreu nosso encontro com oito puérperas que foram contatadas pessoalmente pela enfermeira da UBS.

Foram realizados encontros com aproximadamente 70 minutos de duração cada, respeitando-se o horário de início e término das atividades conforme combinado com as participantes. As atividades aconteceram em sala reservada nas dependências da UBS e foram anotadas e gravadas com celular com autorização das participantes.

Utilizaram-se palavras disparadoras para que as mulheres pudessem contar um pouco da vivência do último parto, desencadeando o diálogo entre todos e fazendo com que participassem de forma ativa no grupo. Os vocábulos foram apresentados em placas com letras grandes e legíveis contendo as expressões: *"o que é violência obstétrica:", "episiotomia", "alimentação no parto", "cesárea", "acompanhante", "medicação", "movimentação no período do parto", "exame de toque recorrente". "ruptura ou descolamento de membrana sem consentimento", "posição do parto", "informações necessárias", "insegurança", "ameaças", "palavras que não entendiam".*

A organização e análise dos dados tiveram por base o método de análise de conteúdo (FARAGO, 2009; Bardin, 1997). Optou-se pela técnica de análise temática, voltada para o sentido e as vivências das puérperas do objeto em questão, cujos significados foram expressos diretamente através da linguagem verbal, que para a formação dessas categorias, foram considerados os sentidos e significados do termo violência obstétrica para essas puérperas, o referencial teórico e consenso dos autores.

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos envolvendo seres humanos e foi aprovada tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Jaguariúna-UNIFAJ (parecer nº 027/2015), quanto pela Prefeitura Municipal de Jaguariúna. Manteve-se o anonimato das participantes com o uso de nomes fictícios, sendo suas informações coletadas apenas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados estabeleceu-se três categorias temáticas apresentadas a seguir:

Categoria temática nº 1: A compreensão, percepção e vivências das puérperas sobre a violência obstétrica.

O desconhecimento da violência obstétrica é algo crescente por falta de informação, tornando-se natural o parto sem humanização. Durante o grupo focal foi realizada a seguinte pergunta: Você sabe o que é violência obstétrica?

***"**Eu acho que é uma coisa que eles fazem sem a nossa permissão."*

"Eu nunca ouvi falar sobre este tipo de violência"

"Não tenho nem ideia, do que seja".

Nos últimos anos, a relação entre a falta de qualidade da assistência e os desfechos maternos adversos está sendo destacada globalmente. Assim, podemos observar que a violência ocorre mundialmente mais é pouco conhecida e/ou reconhecida pelas mulheres (UNFPA; 2007).

A definição de violência obstétrica da Venezuela foi pioneira em conceituar essa violência: *"Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres"* (UNFPA; 2007).

Segundo Venturine (2010), uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Esse número, provavelmente, é ainda maior. Grande

parte das mulheres não tem conhecimento dos seus direitos e não sabem ao certo o que pode ou não, ser considerada uma violência obstétrica.

No Brasil, assim como, em outros países da América Latina, o termo "violência obstétrica" é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento (DINIZ, 2015), inclusive distintos descritores são usados para descrever o mesmo fenômeno como: abuso obstétrico, violência institucional, violência no parto, violência de gênero (d' OLIVEIRA, 2002).

A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) orienta a não falar abertamente sobre violência, favorecendo termos como "humanização do parto", "a promoção dos direitos humanos das mulheres". Identifica-se um forte movimento internacional que aborda a humanização da atenção a nascimentos e partos como uma resposta à mecanização na organização do trabalho profissional e à violência institucional, com crescente produção teórica. Todavia, o termo é polissêmico e faz-se necessário, ao deparar-se com a expressão, identificar que perspectiva está sendo adotada e qual o sentido que lhe é conferido (RATTNER, 2009).

Categoria temática nº 2: Desconhecimento sobre ações realizadas no período intraparto

As puérperas participantes desta pesquisa consideraram comuns e rotineiras algumas ações realizadas no período intraparto, como se pode perceber ao apresentar palavras como "*Corte por baixo"-"Episiotomia", "Indução" "Contrações fortes"* e *"Acompanhante"*.

> *"Não, eu não sabia na gravidez dele, eu li uma reportagem no Facebook, o corte que eles dão no parto normal, é uma coisa que eles não perguntam, o certo eram eles perguntarem se quer ou não".*
>
> *"No meu parto eles cortaram e até hoje eu tenho que sentar meio de lado, porque dói muito"*.
>
> *"Dizem que é para ficar mais fácil para passar a cabeça do bebê".*

A episiotomia é um procedimento cirúrgico, mais frequente. As evidências científicas disponíveis recomenda uso seletivo da episiotomia, as recomendações

da Organização Mundial da Saúde, estabeleceu um máximo de 15% (OMS, 2014), estima que entre 80% a 90% das brasileiras são cortadas durante o parto normal. O Ministério da Saúde desenvolveu a Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, com o propósito, entre outros, de adequar a assistência ao parto a uma prática baseada em evidências científicas (BRASIL, 2017).

> "*E, sobre aquele soro que eles colocam para aumentar a contração, e também não perguntam, eles colocam."*
> *"Nossa aquele fez doer muito, parece que estavam arrancando na unha".*
>
> *"Eu estava bem, com algumas contrações, mas quando eles colocaram o soro, aí a coisa "pegou" senti muitas dores fortes".*

A indução do parto consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres a partir da 22ª semana de gravidez (ACOG, 2009). Atualmente, as principais indicações para indução do trabalho de parto são a gestação prolongada, pré-eclâmpsia e ruptura prematura das membranas, além do óbito fetal, que não foi o caso destas puérperas (SOUZA, 2010). O manejo dessas pacientes deve ser cuidadoso, observando-se as principais contraindicações, os potenciais riscos e as precauções.

> *"A gente sente mais segurança, porque quando você vai ter um filho não sabe o que vai acontecer, e o risco que podem ocorrer também você pode morrer na hora do parto seu bebe nascer, e morre tendo uma pessoa que você confia e da sua família você fica mais segura, se eu morrer como vou saber o que aconteceu, se eu desmaiar vai ter que ter alguém acordado para falar o que aconteceu. Muitas famosas têm em casa falam que a dor é forte, é bem menos podem comer."*
>
> *"Eu acho que eu me sentiria muito mais segura se eu tivesse com alguém, como a primeira gestação que eu perdi, eu era menor de idade, eles deixam entrar, e eu fiquei internada na em um hospital em outro município, porque eu tinha ido fazer os exames e descobriram que tava morto, quando injetaram o remédio pra eu "sentir as "contração, eu "tava" com a minha mãe, porque eu senti as dor do parto tudinho, só que minha mãe "tava" comigo, ela me levou pra debaixo do chuveiro, lá eu fiquei mais tranquila e saiu mais rápido."*

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), na rede própria ou na conveniada, são obrigados a permitir a presença de um acompanhante da parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O acompanhante deve ser indicado pela própria parturiente. Essa obrigação decorre da Lei Federal n.11.108/2005 (a chamada Lei do Acompanhante), que promoveu a significativa alteração na chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990), que, por sua vez, se propõe a oferecer condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes prestados pelo Sistema Único de Saúde (FRUTUOSO, 2013).

As razões para a negação deste direito são a falta de adequação do ambiente e de sensibilização dos profissionais de saúde.

Categoria temática nº 3: Alimentação em seu período intraparto.

Durante a pesquisa, foi feita a seguinte pergunta: Em relação à alimentação, durante o trabalho de parto, foi oferecido chá, bolacha, ou perguntaram se gostaria de comer algo?

"Deu treze horas antes da cirurgia, só fui comer depois de 8 horas do parto."

"O meu foi água, fiquei sem tomar água por 6 horas."

"Eu fiquei 19 horas em jejum."

Segundo Wei (2011), durante o processo de parturição, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias.

O jejum obrigatório pode causar intervenções negativas, fazendo com que uma cesariana seja solicitada, podendo ter uma recaída na cascata de intervenção, o que demonstra a importância da alimentação no momento do parto. Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho. De fato, os avanços da obstetrícia contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. (BRASIL, 2015)

Entretanto, as mulheres e recém-nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, aspiração entre outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, são muito comuns, atingindo um grande número de mulheres que são assistidas em hospitais no país. (BRASIL, 2015)

Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas (BRASIL 2017).

A morbidade e mortalidade materna no parto é uma questão de extrema importância na saúde pública. Parte deste problema reside na violência cometida por profissionais de saúde em serviços de maternidade ou aborto, o que afeta o acesso, a conformidade, a qualidade e a eficácia do serviço de saúde. Reconhecemos quatro formas de abuso violento por médicos e enfermeiros: negligência e abuso verbal, físico e sexual. Estas formas de violência se repetem, muitas vezes são deliberadas, constituem uma grave violação dos direitos humanos e estão relacionadas à má qualidade e eficácia dos serviços de saúde. Este abuso é um meio de controlar pacientes que são aprendidos durante o treinamento e reforçados nas instalações de saúde (d'OLIVEIRA 2002).

Há um consenso de que ações de educação em saúde que levem informações no prenatal em relação ao parto, acompanhamento por familiares no momento do parto, compreensão sobre direitos da mulher podem ter um impacto substancial reduzindo o maltrato das mulheres no parto. Não há dúvida de que está dentro do poder das sociedades e seus setores de saúde acabar com o maltrato das mulheres no parto (JEWKES, 2015).

Para Tesse (2015) a prevenção quaternária frente à violência obstétrica no Brasil requer a participação dos profissionais e suas associações em duas frentes: a primeira envolve a atuação clínica no cuidado e apoio às gestantes e puérperas, bem como a elaboração participativa de planos de parto. A segunda requer suporte e participação social para que sejam atendidas as reivindicações de humanização da assistência ao pré-natal e parto, provenientes dos movimentos de mulheres e do

empoderamento feminino, de modo a impactar significativamente a violência obstétrica no sistema de saúde do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento do trabalho, avaliou-se a falta de conhecimento sobre a violência obstétrica e suas tipologias pelas puérperas. As opiniões foram naturais e sem constrangimento, pois as mulheres se sentiram a vontade de expor os problemas vividos durante o período de parto e intraparto, compartilhando o agravo de não ter a informação adequada que causou danos emocionais e físicos.

As mulheres, no momento do parto, ainda são submetidas às ações desnecessárias e que podem contribuir para lesões físicas e psicológicas. A experiência vivida por elas neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas. Para que haja mudanças, além de políticas governamentais que apoiem o parto humanizado é preciso que as mulheres sejam respeitadas em relação aos seus direitos e as distintas condições possíveis durante o trabalho de parto.

Além disso, os profissionais de saúde e instituições devem ser capacitados e preparados para que possam atender essas mulheres e familiares no momento do parto de modo que possam oferecer um ambiente acolhedor para que o nascimento seja natural e seguro, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida, carregado de fortes emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGÁFICAS

ANDRADE, P.O; SILVA, J.Q.P; DINIZ, C.M.M; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 16 (1): 29-37 jan. / mar., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004> Acesso em: 01 out 2017.

Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1977.

BOHREN, M.A; VOGEL, J.P; HUNTER, E.C; LUTSIV, O; MAKH, S.K; SOUZA, J.P; et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **Plos**

Med 12(6): e1001847. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847> Acesso em: 01 out 2017

BOWSER D, HILL K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Bethesda, Maryland: **USAID-Traction Project**; 2010. Disponível em: < http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse> Acesso em: 01 out. 2017.

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES OBSTETRICIAN - GYNECOLOGISTS **ACOG Practice Bulletin** No. 107. August 2009. Disponível em: < https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/patientsafety/Perinatal/acog--practice_bulletin_107_2009.pdf> Acesso em: 14 out. 2017.

DINIZ, S.G; SALGADO, H.O; ANDREZZO, H.F.A; CARVALHO, P.G.C; CARVALHO, P.C.A; AGUIAR, C.A; NIY, D.Y. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**. 25(3): 377-384; 2015.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080> Acesso em: 01 out. 2017.

D'OLIVEIRA, A.F; DINIZ, S.G; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: **An emerging problem Lancet**; 359(9318):1681-5,2002. Disponível em: <http:// dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6> Acesso em: 01 out. 2017

FARAGO, C.C; FOFONCA. E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. Disponível em: <http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf> Acesso em: 10 mar. 2017.

FRUTUOSO, L.D; BRUGGEMANN, O.M. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 909-917, Dec. 2013 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400006.

GOMES, M.E.S; BARBOSA, E.F. A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos. **Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais. Educativa**, fev. 1999. Disponível em: <http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E949D2A638D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf> Acesso em: 06 mai. 2016.

JEWKES, R; PENN-KAKANA, L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. **Plos Med** 12(6): e100-1849; 2015Disponível: http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001849> Acesso em: 01 out. 2017

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)** - Brasília, DF. 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf > Acesso em: 11 set. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DE SAÚDE - OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf> Acesso em: 22 set. 2016

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework**. Interface - Comunic.** Saúde, Educ. v.13, supl.1, p.595-602, 2009. Disponível: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011> Acesso em: 01 out 2017.

UNFPA. REPUBLICA BOLIVIANA DE VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violência. Caracas: UNFPA**; 2007.

Disponível em: < http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf> Acesso em: 01 out. 2017

SOUZA, A.S.R.; COSTA, A.A.R.; COUTINHO, I.; NORONHA, C.N.; AMORIM, M.M.R. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. Vol. 38, nº 4, **Feminina**, abr, 2010 Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf> Acesso em: 12 ago.2017

TESSER, C.D; KNOBEL, R; ANDREZZO, H.F.A; DINIZ, S.D. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. ISSN 2179-7994.Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 19 nov. 2017. doi:http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013.

VENTURINE G, BOKANY V, DIAS R, ROSAS AW, FIGUEIREDO NADJA. **Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** Fundação Perseu Abramo e SESC. Núcleo de Opinião Pública da FPA. Disponível: <http://www.apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em 18 ago. 2017.

VIELLAS, E.F; DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B; GAMA, S.G.N; THEME, M.M. F; COSTA, J.V; et al. Assistência ao pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013.

WEI, C.Y; GUALDA, D.M.R; JUNIOR, H.P. de. O.S. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 4, p. 717-725, Dec. 2011 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010.

SOBRE OS AUTORES:

GISELE FREITAS CEZAR
Brasileira, 23 anos. Aluna de graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Jaguariúna. Reside em Jaguariúna – SP.
Telefone para contato: (19) 99686-9454
Email: giselefc8@hotmail.com

CAROLINE AVELAR ROBERTO ARRUDA
Brasileira, 25 anos. Aluna de graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Jaguariúna. Reside em Holambra– SP.
Telefone para contato: (19) 99940-6948
Email: carolineavelar92@gmail.com

HILTON VITOR SANTOS
Brasileiro, 43 anos. Aluno de graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Jaguariúna. Reside em Santo Antônio de Posse– SP.
Telefone para contato: (19) 97406-5153
Email: hilton.vitor@hotmail.com

DANIELLA YAMADA BARAGATTI
Doutora em Ciências da Saúde, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Campinas- SP, Docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Jaguariúna.
Telefone: (19)981336348
E-mail: danybaragatti@gmail.com

CELENE APARECIDA FERRARI AUDI
Pós doutora em Saúde Coletiva/Epidemiologia. Pela Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de ciências médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Jaguariúna.
Telefone: 19-996485707
E-mail: celenefaudi@yahoo.com.br

UMA RELEITURA DA OBESIDADE NO PAÍS

A rereading of obesity in the country

BARBOSA, Brigitte Tiene
Faculdade Max Planck

CAMPOS, Natalia Baldasso de
Faculdade Max Planck

CELESTINO, Thamires Isidoro
Faculdade Max Planck

MEDINA, Lhais de Paula Barbosa
Faculdade Max Planck

RESUMO: Nos últimos anos a obesidade vem crescendo significantemente, por consequência dos hábitos alimentares e estilo de vida da população. O Brasil está entre os países com maior número de pessoas com excesso de peso que chega a mais de 50% da população total segundo a ABESO. Esse número tende a crescer com o passar do tempo, devido a influência da mídia e a globalização. Como consequência desse aumento do número de obesos há um aumento das dislipidemias e de outras doenças crônicas não transmissíveis. O presente estudo pretende revisar os dados epidemiológicos e traçar um panorama atual sobre ocorrência de obesidade no país e o que leva a essa alta prevalência da doença. O trabalho foi realizado através de análise de revisão de literatura utilizando artigos publicados entre os anos de 1990 a 2017. Foram considerados artigos indexados nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO e Pubmed. Foram excluídos estudos que não estiveram disponíveis na íntegra, bem como àqueles publicados em idiomas diferentes do português. Como resultado, foi observado um aumento significativo da obesidade no país entre os anos 2011 e 2016, com maior prevalência na região centro-oeste. O acompanhamento dos dados foi importante para detectar um aumento considerável e desordenado da obesidade devido a hábitos alimentares errôneos que trouxe junto às doenças crônicas não transmissíveis agravando a saúde da população.

Palavras chaves: Obesidade; Doenças crônicas; Hábitos alimentares.

ABSTRACT: Due to eating habits and general lifestyle of the population, obesity has increased significantly through the latest years. Brazil has now joined the list of countries with most obese population, with relative numbers crossing the 50% margin, according to the ABESO. Yet these numbers tend to increase even further with time, partly influenced by the media and the globalisation process. Consequentially, comes an increase in the cases of Dyslipidemia and of non-transmissible chronic diseases. In the following work, we revisit the current standards on occurrence of obesity in the country, along with the possible causes of such prevalence. This was achieved through literature analysis and revision, in articles published between the years 1990 and 2017. These are indexed in the Google Scholar, SciELO and Pubmed databases. Articles that were not integrally

available, or available only in English, were excluded. A significant increase in obesity between 2011 and 2016 was observed, especially in the Central-West region. Following the data was essential in determining this highly disorganized increase, caused by unhealthy eating habits and bringing along non-transmissible chronic diseases, aggravating the health of the general population.

Key-words: Obesity; Chronic diseases; Eating habits.

INTRODUÇÃO

O problema da obesidade

O Brasil viveu nos últimos 10 anos uma transição de desnutrição para obesidade. Houve mudança nos hábitos alimentares, como por exemplo, a preferência por comidas prontas (comidas essas que são ricas em sódio e conservantes), que impactaram no aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. A este processo, dá-se o nome de transição nutricional (CAMPOS, 2004).

As conquistas significativas em relação ao declínio da desnutrição (MONTEIRO *et al*., 2010) foram acompanhadas pelo crescimento de outros problemas nutricionais, como o aumento progressivo do sobrepeso, da obesidade e de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação e ao excesso de peso (SCHIMIDT *et al*., 2011).

O Inquérito Telefônico Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas - Vigitel, realizado com mais de 53 mil pessoas que vivem nas capitais brasileiras, mostrou um aumento de 60% nos casos de obesidade entre os anos de 2006 e 2016. Isso contribuiu para o crescimento de 61% de incidência do diabetes e de 14% nos diagnósticos de hipertensão (VIGITEL, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso, e mais de 700 milhões, obesos. Além disso, o sobrepeso e a obesidade infantil apresentam prevalência elevada e caráter multifatorial, a projeção é que em 2025 o número de crianças com sobrepeso e obesidade alcance 75 milhões de casos, caso nada seja feito (SAÚDE, 2005).

As preferências alimentares das crianças assim como a prática de atividade física são influenciadas diretamente pelos hábitos dos pais, e frequentemente

persistem na vida adulta, o que reforça a hipótese de que os fatores ambientais são decisivos na manutenção ou não do peso saudável para crianças (IBGE, 2008-2009).

Em diversos países do mundo há crescimento de obesidade e de sobrepeso. E isso se deve em grande parte à má alimentação, por conta do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, à prática das pessoas de se alimentar fora de casa, à mudança dos hábitos de vida da população e ao sedentarismo decorrente da baixa prática de atividade física e do costume das pessoas, inclusive das crianças, de passarem longos períodos de tempo em frente ao computador, smartphone, ou à televisão e não se movimentarem acabando por não utilizar a energia que adquirem a partir dos alimentos. (FRANCISCHI, 2000).

A obesidade pode ser conceituada, de maneira simplificada, como uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo, levando a um comprometimento da saúde. O grau de excesso de gordura, sua distribuição e associação com consequências para a saúde variam, consideravelmente, entre os indivíduos obesos. É importante identificá-la, uma vez que os portadores dessa condição apresentam risco aumentado de morbidade e mortalidade. Na atualidade, a obesidade se coloca de maneira prioritária para intervenção, em nível individual e na comunidade, como um problema de nutrição em saúde pública (WHO, 1998).

OBJETIVO

Revisar o panorama atual da ocorrência de obesidade na população brasileira e compreender os aspectos relacionados à alimentação.

MÉTODOS

O trabalho foi realizado através de análise de revisão de literatura que utilizou artigos publicados entre os anos 1990 a 2017, indexados nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO e Pubmed. Foram excluídos os artigos que não estiveram disponíveis na íntegra e àqueles publicados em idiomas diferentes do português. O estudo inclui desde aspectos gerais sobre a obesidade, sua evolução no país e até os que abordavam questões específicas relacionadas à alimentação.

DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento da doença

Atualmente sabe-se que a obesidade é uma doença de etiologia multicausal, ou seja, pode ser determinada por diversos fatores: genéticos, fisiológicos (fatores endócrino-metabólicos), ambientais (hábitos alimentares e atividade física) e psicológicos, proporcionando acúmulo excessivo de energia sob a forma de gordura no organismo (DIETZ, 1994; FISBERG, 1995; BRAY, 1992).

A obesidade é consequência de alterações metabólicas importantes, que são dependentes de sua duração e de sua gravidade, onde os resultados são mais encontrados nos adultos (MUST, 1996; QUESENBERRY, CA AN & JACOBSON, 1998). Porém, uma criança obesa está mais propensa a apresentar doenças e distúrbios psicossociais quando adulta devido a esse excesso de gordura, que são de grande magnitude nesta fase de estruturação da personalidade (ESCRIVÃO *et al*., 2000).

A fisiopatologia desta doença ainda não foi totalmente demonstrada e avanços vêm ocorrendo no campo da biologia molecular, que muito tem auxiliado na exposição desta patologia (ESCRIVÃO *et al*., 2000).

O que se sabe é que a obesidade é um distúrbio associado ao metabolismo energético, onde é armazenado um grande excesso de energia sob a forma de triglicérides no tecido adiposo. Os estoques de energia no organismo são regulados pela ingestão e pelo gasto de energia. Quando há uma estabilidade entre a ingestão e o gasto de energia, o peso corporal é mantido. Um pequeno balanço positivo acarreta baixo aumento de peso, mas a perda do equilíbrio entre a ingestão e o gasto energético leva a obesidade em determinado tempo. Portanto, pode-se dizer que a obesidade é uma mistura entre o excesso de ingestão energética e a falta de gasto de energia, levando a alteração na regulação deste balanço (RAVUSSIN, 1995; PRENTICE *et al*, 1996).

Fatores de risco

A diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada do aumento da obesidade em toda a população, levando a um novo contexto e apontando para problemas relacionados à alimentação e nutrição. Diante do recente cenário

epidemiológico do país, as ações preventivas e de tratamento da obesidade são preferenciais, assim como a desnutrição, as carências nutricionais específicas e as doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição (MALTA, 2008).

O obeso parece responder mais aos estímulos externos (tipo e qualidade do alimento) do que aos internos (fome e saciedade) no que diz respeito ao apetite (FREITAS, 2007). Não somente o volume da ingestão alimentar tem sido relacionado à obesidade, como também a composição da dieta pode exercer influência no desenvolvimento da patologia (VALVERDE, 1995, CAMPOS *et al*., 1995). A forma de preparar os alimentos e a quantidade ingerida faz com que algumas crianças consumam mais alimentos do que precisam e por isso ganhem peso. A associação entre o excesso de peso e a ingestão alimentar é descrita desde o primeiro ano de vida (CAMPOS *et al*., 1995; AGRAS *et al*., 1990).

Alimentos ultraprocessados são formulações industriais prontas para consumo e feitas inteira ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes) (MONTEIRO,2007).

Alimentos ultraprocessados geralmente possuem pouca (ou nenhuma) quantidade de alimentos *in natura* ou minimamente processados em sua composição e incluem biscoitos doces e salgados, salgadinhos tipo chips, barras de cereal, cereal matinal, guloseimas em geral, sorvete, lanches do tipo *fast food*, macarrão instantâneo, vários tipos de pratos prontos ou semiprontos, refrigerantes, sucos artificiais, bebidas energéticas e bebidas lácteas. Pães e outros panificados são ultraprocessados quando, além de farinha de trigo, leveduras, água e sal, seus ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos (MONTEIRO, 2007).

Inúmeras características relacionadas à composição, à forma de apresentação e aos modos de consumo dos alimentos ultraprocessados são causadoras de problemas e contribuem para que sejam potenciais fatores de risco para obesidade, diabetes e outras DCNT. Estudos populacionais que tenham avaliado diretamente a associação entre consumo de alimentos ultraprocessados e

morbimortalidade ainda são poucos em face da recente definição dessa categoria de alimentos. Entretanto, os estudos já realizados no Brasil indicam associações significativas do consumo de alimentos ultraprocessados com a síndrome metabólica em adolescentes (TAVARES *et al*., 2012), com dislipidemias em crianças (RAUBER *et al*., 2015) e com a obesidade em todas as idades (CANELLA *et al*., 2014).

Dados epidemiológicos

O Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como vários outros países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade – é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias (GIGANTE, 2012).

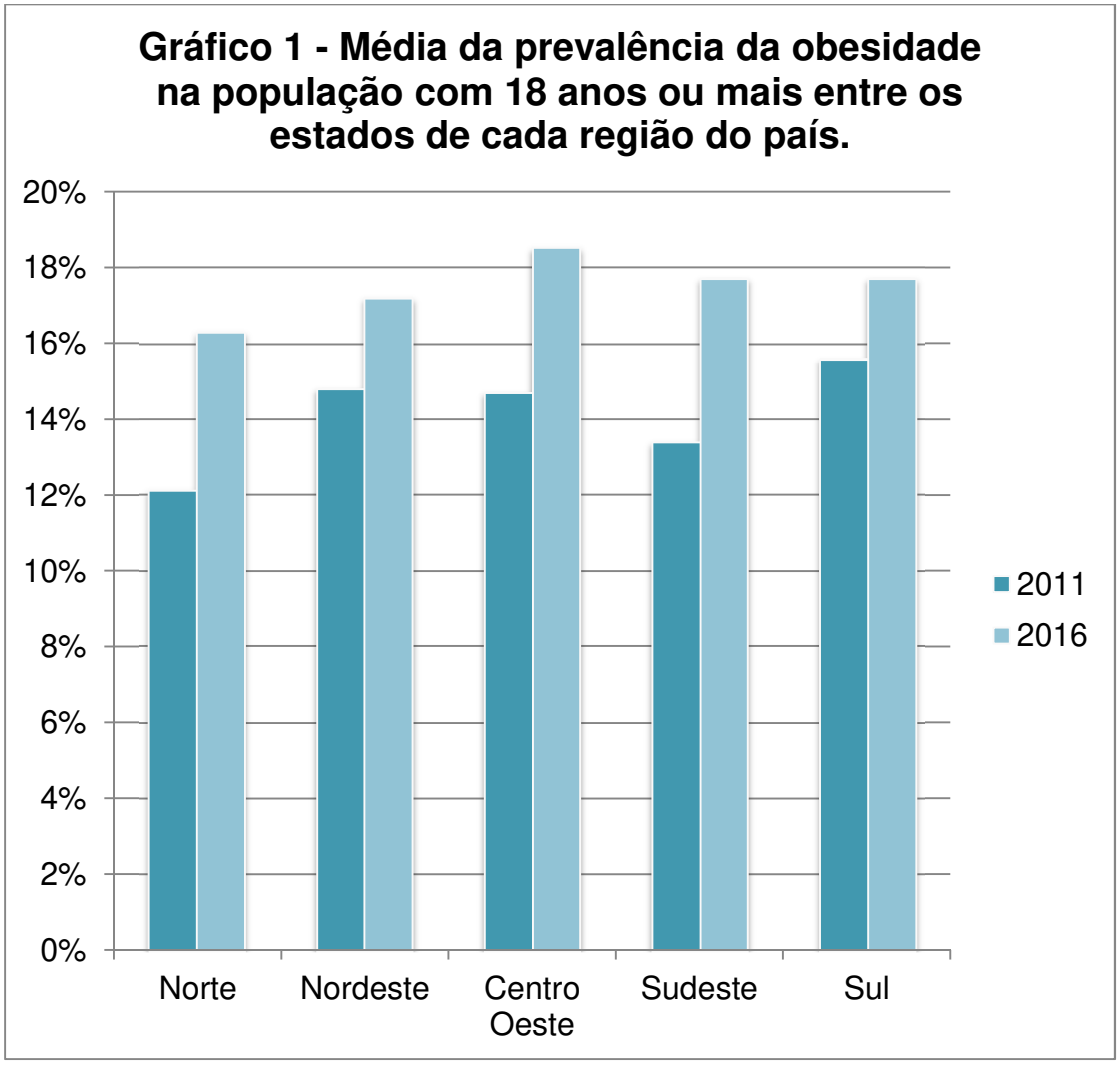
Tem-se observado um aumento significativo da obesidade em todo Brasil assim como em todo o mundo, com uma prevalência maior nas mulheres e uma tendência de crescimento maior entre as crianças, conforme aponta relatório conjunto da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) divulgada recentemente (OPAS, 2008). Em dez anos, o sobrepeso cresceu 26,3%, evoluindo de 42,6% para 53,8% em 2016 (VIGITEL). Já a obesidade cresceu de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016 (VIGITEL, 2016).

A prevalência de obesidade em adultos no Brasil apresentou maior crescimento entre os homens, embora seja mais frequente entre as mulheres, exceto no estrato de renda mais alto (SANTOS, 2013). Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, 50% dos brasileiros apresentam excesso de peso, sendo que 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres adultas apresentam obesidade, condição considerada como uma epidemia no Brasil. Entre os adolescentes de 10 a 19 anos, o excesso de peso aumentou 30% nos meninos e 28,5% nas meninas entre 2003 e 2009, alcançando 21,7% e 19,4% de prevalência, respectivamente. No público infantil de cinco a nove anos de idade, entre 1989 e 2009, o excesso de peso mais que dobrou, alcançando prevalências de 34,8% nos meninos e 32% nas meninas, no último ano (BRASIL, 2010).

Numerosos estudos chamam a atenção para a crescente elevação da prevalência de obesidade na população mundial. A cada ano também aumenta o número de mortes decorrentes de doenças relacionadas ao excesso de peso (OMS, 2012).

Outro aspecto importante é o aumento da obesidade em lactentes como resultado de um desmame precoce e incorreto e de erros alimentares no primeiro ano de vida, presentes nas subpopulações urbanas, as quais abandonam de forma precoce o aleitamento materno, substituindo-o por alimentação com excesso de carboidratos, em quantidades maiores do que as necessárias para o desenvolvimento e crescimento dos bebês (BRASIL, 2010). Em estágio mais avançado de transição nutricional estão as regiões Sul e Sudeste, onde ocorre a diminuição da obesidade em crianças que vivem nas áreas urbanas cujas mães têm maior escolaridade. Assim, pode-se dizer que isto provavelmente se deve a técnicas de desmame adequado e correta alimentação no primeiro ano de vida, as quais são incorporadas de melhor forma pela população com maior nível de escolaridade (TADDEI, 2000).

O gráfico abaixo representa a média da prevalência de obesidade no país, extraída dos dados do Vigitel que trazia as prevalências de cada estado brasileiro individualmente. Para constituir as análises, foram separados os estados de cada região e calculada a média aritmética do percentual de obesos por conglomerado geográfico do país. Pode-se observar, com isso, um aumento significativo da prevalência da doença ao longo dos anos.



Fonte: calculado a partir dos dados do Vigitel 2011 e 2016.

Consequências

A obesidade tem significativo impacto na saúde, no bem-estar psicológico, na longevidade e na qualidade de vida. Segundo Nahas, 2011, a obesidade é considerada problema de abrangência mundial pela Organização Mundial da Saúde, porque atinge elevado número de pessoas e predispõe o organismo a várias doenças e morte prematura. Ela torna mais numerosa as chances do aumento da mortalidade e da piora dos indicadores de qualidade de vida em mesmo grupo etário de indivíduos obesos e não obesos. Inúmeras pesquisas como as da ABESO sobre doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade indicam que doenças cardiovasculares, renais, digestivas, diabetes mellitus, doenças crônicas não transmissíveis, problemas hepáticos e ortopédicos estão associadas ao excesso de gordura corporal e a incidência dessas doenças é duas vezes mais alta entre

homens obesos e quatro vezes mais altos entre mulheres obesas, comparados à população não obesa (ABESO, 2014).

Nota-se que segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade convivem tanto com altas prevalências de desnutrição como de excesso de peso, tanto na adolescência quanto na idade adulta. Entre mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, em 2012, 18,6% apresentavam obesidade. Ao avaliar o excesso de peso nas mulheres indígenas, em 2008-2009, 45,7% apresentavam essa condição, entre elas, 15,7% estavam obesas (CARNEIRO, 2012).

A obesidade constitui-se em importante desvio nutricional que deve merecer a atenção dos profissionais de saúde. Na infância e na adolescência, o excesso de peso é capaz de causar obstáculos de socialização, além de problemas ortopédicos e dermatológicos. O adulto jovem obeso tem maiores dificuldades que os não obesos para conseguir emprego e constituir família. Na maturidade, são expressivamente maiores os riscos de incapacitação e morte entre os obesos, quando comparados com não obesos (SIGULEM; ESCRIVÃO, 2001).

A obesidade também tem como consequência diversas anormalidades respiratórias, com potencial de comprometimento das trocas gasosas. Alterações dessa capacidade podem colaborar para o aparecimento da dispneia, sintoma descrito como sendo mais prevalente em obesos. Alguns dos obesos podem desenvolver ainda a síndrome da hipoventilação alveolar. Pode surgir também o risco ampliado para apnéia obstrutiva do sono e, na maioria das vezes, estas duas condições estão relacionadas. Asma e refluxo gastresofágico também foram citados como sendo manifestações frequentes em obesos (OLINTO, 2006).

Ações de combate à doença

Com a evolução das doenças crônicas o Brasil se viu crescendo no ranking da população obesa e começou a criar projetos para esses agravos, dentre vários projetos encontra-se o guia alimentar da população brasileira, este, sendo um documento oficial, lançado e revisado pelo Ministério da Saúde, abordando conceitos de uma alimentação saudável e recomendações sobre temperos e dicas para alimentação saudável, sendo utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) e pela população brasileira como um norte a ser seguido, um instrumento para a educação nutricional da família.

O sucesso das políticas públicas que visam à promoção da alimentação saudável passa necessariamente pelo reconhecimento do conflito de interesses inerente à relação entre o mercado de alimentos ultraprocessados e os órgãos de saúde pública. Ações de autorregulação da indústria e parcerias público-privadas têm se mostrado totalmente inefetivas, além de, muitas vezes, servirem como estratégias de marketing das empresas (STUCKLER; NESTLE, 2012). O plano de enfrentamento das DCNT deve começar, pelo fortalecimento da capacidade regulatória do Estado no terreno da produção e comercialização de alimentos.

A dieta, obviamente, tem um papel determinante na regulação energética e, de fato, constitui o principal fator desencadeante no desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético (AMADOR, HERMELO & PEÑA, 1998). É cada vez mais frequente o uso de alimentos industrializados, geralmente de alto conteúdo energético, à custa de gordura saturada e colesterol (ESCRIVÃO *et al*., 2000).

Segundo o Ministério da Saúde a elaboração de guias alimentares esta inserida no conjunto diversas ações promovidas pelo poder publico com o objetivo de melhorar os padrões alimentares e nutricionais da população e colaborar na promoção da saúde e fornecer informações à população para facilitar a adoção de escolhas alimentares mais saudáveis com uma linguagem de fácil compreensão que leve em conta a cultura local.

Para o enfrentamento desse cenário, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são 40,5 mil em todos os municípios brasileiros, proporcionam diferentes tipos de tratamento e acompanhamento ao usuário, incluindo o atendimento psicológico e nutricional, atualmente, existem 3.695 Núcleos de Atenção à Saúde da Família, com 3.247 nutricionistas, 5.062 fisioterapeutas e 3.691 psicólogos, além de educadores físicos e sanitaristas (SAUDE, 2015).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome, a prioridade para o Brasil no momento é ampliar o acesso a uma alimentação saudável e combater o sobrepeso e obesidade. Uma vez que o problema da fome for superado ou diminuído, a outra questão a ser melhorada será a diminuição do consumo de alimentos processados e ultraprocessados que acarretam doenças como: diabetes melitus e hipertensão.

O enfrentamento às DCNT é um dos principais desafios de saúde pública no mundo, tendo como base a nova Política Nacional de Promoção da Saúde, do Ministério da Saúde, tem como principal objetivo cessar o desenvolvimento das

doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a obesidade. No Brasil, do total de óbitos registrados em 2011 (cerca de um milhão de mortes), elas foram responsáveis por cerca de 74 mil (72%).

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a importância do acompanhamento dos dados de obesidade no país, que vem crescendo desordenadamente devido a hábitos alimentares errados e ao estilo de vida da população. Foi possível observar que há um aumento das dislipidemias e doenças crônicas não transmissíveis agravando as condições de saúde da população e que a obesidade vem crescendo ao longo do tempo necessitando ser acompanhada e observada de perto com medidas de controle e prevenção. Ações com foco na promoção da alimentação adequada e saudável são determinantes para a reversão deste cenário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGÁFICAS

AGRAS, WS, KRAEMER, HC, BERKOWITZ, RI & HAMMER, LD – Influence of early feeding style on adiposity at 6 years of age. **J. Pediatr.** 116(5): 805 – 809, 1990.

AMADOR, M. HERMELO, MP & PEÑA, M – Papel de la Pediatria en la Prevención de la Obesidad y sus efectos sobre la salud – **Rev. Cubana Pediatr.** 60 (6): 862 – 876, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília, 2010. 132 p.

BRASIL, Vigitel. **VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO.** 2011. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CAMPOS, K. R. **Movimento slow food: uma crítica ao estilo de vida fast food.** [monografia]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2004.

Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac J-C, Baraldi LG, et al. **Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households**, 2014.

CARNEIRO, F. F. et al. **Dossiê Abrasco – um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

COSTA JV, Duarte JS. **Tecido adiposo e adipocinas.** Acta Med Port 2006;19(3):251-256.

DIETZ, WH. – Critical Periods for the development of obesity. **Am. J. Clin. Nutr.** 59: 955 – 959, 1994.

ESCRIVÃO, MAMS, OLIVEIRA, FLC, TADDEI, JAAC, LOPEZ, FA – Obesidade exógena na infância e na adolescência – **Jornal de Pediatria** 76 (supl. 3) – s305-s- 309, 2000.

FRANCISCHI, R. P. P. *et al*. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.** 2000, vol.13.

FREITAS, M. P. S. de et al. **Amostra mestra para o sistema integrado de pesquisas domiciliares.** Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 67 p. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 23). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/texto_discussao_23.pdf>.Acesso em: jul. 2015.

GIGANTE, Denise Petrucci; MOURA, Erly Catarina de; SARDINHA, Lucina Monteiro Vasconcelos. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores de risco associados. **Rev. Saúde Pública**, 43(Supl.2):83-9,2009.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares** - POF. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9050-pesquisa-de-orcamentos-familiares.html>. Acesso em: 10 nov 2017.

MALTA, D. C. et al. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 11, supl. 1, p. 159-167, maio 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11s1/16.pdf>.

MONTEIRO, Carlos Augusto; LOUZADA, Maria Laura da Costa. **Ultraprocessamento de alimentos e doenças crônicas não transmissíveis: implicações para políticas públicas.** 2007. 168 f. Tese (Doutorado) - Curso de NutriÇÃo, Depto. de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (usp)., Sao Paulo, 2007.

MUST, A. Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. **Am. J. Clin. Nutr.** 1996;63 (suppl): 445-7.

NESTLÉ BRASIL LTDA. *Como é feito o Nescal Cereal*? 2012. Disponível em: <https://www.nescaucereal.com.br/conheca-nescau-cereal/como-e-feito-o-nescau-cereal.> Acesso em: 13 Ago 2017.

OLINTO, M. T. A. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. ***Cadernos de Saúde Pública***, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 22, n. 6, p. 1207-1215, jun.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000600010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

PESQUISA de orçamentos familiares 2002-2003: **análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2002_2003.shtm

PESQUISA de orçamentos familiares 2008-2009: **antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/default.shtm>.

PESQUISA nacional de saúde 2013: **percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 180 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>.

RAUBER F, Campagnolo PD, Hoffman DJ, Vitolo MR. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. ***Nutr Metab Cardiovasc*** *Dis*. 2015;

RAVUSSIN, E. **Low resting metabolic rate as a risk factor for weigth gain: role of the sympathetic nervous system.** Int. J. Obes. 1995;19 (suppl. 7): S8-9.

SANTOS L. M. P. et al. The precarious livelihood in waste dumps: a report on food insecurity and hunger among recyclable waste collectors. **Revista de Nutrição**, [S.l.], v. 26, n. 3, p. 323-334, 2013.

SAÚDE, Ministério da. **Saúde Brasil 2005 Uma análise da situação de saúde no Brasil.** 2005. 183 f. Tese (Doutorado) - Curso de Série C. Projetos, Programas e Relatórios, Departamento de Análise de Situação em Saúde, Brasília, 2005.

SAÚDE, Organização Mundial da. **Obesidade.** Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: nov. 2015.

SCHMIDT MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. **Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. Lancet. 2011.

SIGULEM, Dirce Maria; TADDE, José Augusto de Aguiar Carrazedo; ESCRIVÃO, Maria Arlete Meil Schimith. **Obesidade na Infância e na Adolescência.** 2001. 18 f. Tese (Doutorado) - Curso de Nutrição, Unifesp/epm, São Paulo, 2001.

TADDEI, JAAC – **Desvios Nutricionais em menores de 5 anos.** Evidências dos Inquéritos Nutricionais. São Paulo, 2000. [Tese de Livre Docência – Universidade Federal de São Paulo – EPM].

TAVARES LF, Fonseca SC, Rosa MLG, Yokoo EM. Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. ***Public Health Nutr***. 2012;15(1):82-7.

VALVERDE, MA – **Impacto do atendimento multiprofissional na evolução pôdero estatural de crianças e adolescentes obesos: Análise dos fatores condicionantes**. São Paulo, 1995 [Tese de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo – EPM].

VIGITEL BRASIL 2011: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

VIGITEL BRASIL 2016: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sóciodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: **Preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998.

AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA POR CUIDADORAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Self-Assessment of Quality of Life by Caregivers with Urinary Incontinence: Home Assistance Program of the Interior of São Paulo

SOUZA, Aline Gabriele
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

FRANZOLIN, Rosa Alice de Fátima
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

JACOB, Lia Maristela da Silva
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

AUDI, Celene Aparecida Ferrari
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

RESUMO: Incontinência urinaria (IU) é toda perda involuntária de urina, seja por esforço ou por urgência e afeta população em geral feminina nas suas diferentes faixas etárias. O objetivo deste estudo foi descrever a qualidade de vida de cuidadoras de um programa de assistência domiciliar, com IU. Metodologia**:** Realizado estudo transversal em município do interior de São Paulo entre mulheres cuidadoras do Programa Melhor em Casa, Serviço de Atenção Domiciliar (PMC). Foram realizadas 50 entrevistas com mulheres cuidadoras do PMC. Foi utilizado o questionário King's Health Questionnaire (KHQ). O KHQ é um importante instrumento para ser utilizado em estudo desta natureza, devido à sua confiabilidade e consistência, sendo validado internacionalmente. Resultados: As cuidadores tinham em média 56,16 anos (Dp=11,96), 50,6% declaram ter cor da pele branca, nível de escolaridade fundamental 53,7% e 56 % referiram ser católicas. Considerações finais: Na população estudada, a IU não apresentou impacto sobre a qualidade de vida das entrevistadas. Apesar da percepção de impacto na qualidade de vida ser ausente, o profissional de saúde deve estar atento e comprometido a avaliar a evolução da IU orientando e intervindo quando necessário. Ações de promoção da saúde podem contribuir com a qualidade de vida dessas mulheres.

Palavras Chaves: Incontinência Urinária; Cuidadoras; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Urinary incontinence (UI) is any involuntary loss of urine, either by effort or urgency and affects the general female population in their different age groups. The objective of this study was to describe the quality of life of caregivers of a home care program with UI. Methodology: A cross-sectional study was carried out in a city in the interior of São Paulo among women caregivers of the Best at Home Program, Home Care Service (PMC). Fifty interviews with women caregivers of PMC were carried out. The King's Health Questionnaire (KHQ) was used. The KHQ is an important instrument to be used in this study due to its reliability and consistency, being validated internationally. Results: Caregivers had a mean of 56.16 years (Dp =

11.96), 50.6% reported having white skin color, primary education level 53.7% and 56% reported being Catholic. Final considerations: In the study population, the UI had no impact on the quality of life of the interviewees. Although the perception of impact on the quality of life is absent, the health professional must be attentive and committed to evaluate the evolution of the UI by orienting and intervening when necessary. Health promotion actions can contribute to the quality of life of these women.

Key Worlds: Urinary incontinence; Caregivers; Quality of life**.**

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2008) Cuidador significa precaução, atenção, dedicação e disponibilidade; ser cuidador é prestar serviço ao outro, é exercer a pratica do cuidado, perceber o problema do outro, conhecer o outro, como que o outro se porta mediante da dor e das limitações. O cuidador além de prestar cuidados de forma individualizada ter autonomia para tomar decisões visando às necessidades do seu cliente que está sendo assistido, o cuidador deve se preocupar não só com os cuidados do corpo físico, mas também ir além, atentar-se a história de vida, doença, sofrimento psíquico e o sofrimento físico.

Portanto, ser cuidador é ir além dos cuidados que são oferecidos no hospital, o bom cuidador é capaz de identificar e avaliar a pessoa que necessita de ajuda para executar as atividades e ajudar as pessoas que estão incapacitadas de realizar qualquer atividade (BRASIL, 2008).

A Sociedade Brasileira de Urologia define incontinência urinaria como perda involuntária de urina que pode estar relacionado a genética, desregulação hormonal, bexiga hiperativa, lesões medulares, doenças no sistema nervoso entre outras causas. (SBU, 2015)

Para Patrizzi (2014) a IU é uma doença que está presente no processo de envelhecimento das mulheres em seus diferentes ciclos da vida adulta, acomete tanto jovens quanto mulheres mais novas. Percebe-se que a falta de colágeno e a substituição de musculo na cavidade pélvica por tecido adiposo ajuda a diminuir a força de contratilidade do musculo do aparelho pélvico.

Os fatores de riscos mais evidenciados na IU são: Idade, que é considerada o principal fator de risco para a IU feminina, que afeta significativamente as mulheres mais idosas, em geral a partir do climatério/menopausa, com índices de

43% na faixa etária de 35 a 81 anos (GUARISE, 1997), obesidade, que contribui para o excesso de peso na cavidade abdominal fazendo pressão sobre a bexiga (BROWN, 1996; SANTOS, 1994), tabagismo, que pode causar ação direta ou indireta na bexiga e uretra, de modo que danifique os componentes e mecanismo esfincteriano, propiciando e piorando a frequência e intensidade da IU (BARON, et al 1990).

Tipo de parto, paridade, uso de anestesia no parto, doença crônica, constipação intestinal, cirurgia ginecológica, menopausa, uso de drogas, exercícios físicos são outros fatores que podem contribuir com o aparecimento de incontinência urinária (THYSSEM, *et al* 2002).

Pesquisa sueca mostrou que o uso de cafeína pode aumentar a prevalência da IU em seus diferentes casos, seu uso podia elevar até 34% o risco para bexiga hiperativa e alimentos que possuem cafeína potencializam todo esse o processo (TETTAMANTI, 2011).

Estudo realizado por Mourão (2017) foi evidenciado que além dos riscos já estudados, o uso de anti-hipertensivos e a ingestão hídrica são fatores consideráveis para o surgimento da IU.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), muitas mulheres sofrem com este problema. Não se sabe ao certo quantos e porque muitas mulheres não contam os sobre sintomas por se sentirem envergonhadas ou ainda por acharem que nada pode ser feito para tratar o problema. Por isso, elas sofrem em silêncio.

A IU não é somente um problema físico. Ela pode afetar aspectos emocionais, psicológico e a vida social das pessoas. Muitas que têm essa condição têm medo de fazer suas atividades diárias normais para evitar expor o seu problema. Uma em cada três mulheres pode vir a sofrer com a perda de urina involuntária em algum momento da vida (TENA, 2016).

A perda de urina involuntária na mulher atrapalha a qualidade de vida e ainda continua sendo, “sub-diagnosticada” e “sub-tratada”. Estudos mostram que a cada quatro mulheres com a doença sintomática, uma procura ajuda médica, por isso a IU é considerada uma epidemia silenciosa (FERNANDES, *et al,* 2015).

Segundo estudo realizado por Henkes (2015), a incontinência urinária causa impacto negativo na vida das mulheres acometidas modificando seus

comportamentos diários, impondo-lhe restrições e comprometendo até mesmo o convívio social; convivem durante muito tempo com o problema por considerarem a Incontinência.

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida das mulheres portadoras de incontinência urinária, que exercem o papel de cuidadoras em um programa de assistência domiciliar em município do interior do estado de São Paulo.

MÉTODO

Estudo transversal realizado em um município do interior de São Paulo entre mulheres cuidadoras do Programa Melhor em Casa, Serviço de Atenção Domiciliar (PMC)

Foram realizadas 50 entrevistas com mulheres que eram cuidadoras do PMC. Inicialmente as entrevistadoras fizeram contato com a coordenação do PMC solicitando uma lista de pessoas que estavam cadastradas neste programa. O presente estudo foi realizado no período de maio a junho de 2017, em parceria com o Programa Melhor em Casa (PMC) que disponibilizou a lista de pessoas cadastradas no PMC.

Para este estudo foram excluídos os homens cuidadores. Após ter a lista das mulheres foi realizado o primeiro contato por telefone explicando para a cuidadora o objetivo do estudo e o desejo de participar, em aceitando foi agendado dia e horário para uma visita domiciliar momento em que se lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e realizado a entrevista. Todas as cuidadoras aceitaram participar deste estudo.

O questionário utilizado foi composto por variáveis que contemplavam as características demográficas (idade, raça/cor, religião, escolaridade). Para verificar a qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária validado no Brasil por Fonseca, 2005 King's Health Questionnaire (KHQ) (FONSECA, 2005).

O KHQ é um importante instrumento para ser utilizado em estudo desta natureza, devido à sua confiabilidade e consistência, sendo validado internacionalmente. O KHQ é composto por trinta perguntas que são arranjadas em nove domínios. Relatam, respectivamente, a percepção da saúde, o impacto da incontinência, as limitações do desempenho das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e a energia e as

medidas de gravidade. Existe também uma escala de sintomas que é composta pelos seguintes itens: frequência urinária, Noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga. Há, também, um espaço para a paciente relatar qualquer outro problema que ela possa ter relacionado com a bexiga. A todas as respostas são atribuídos valores numéricos, somados e avaliados por domínio.

Os valores são, então, calculados por meio de fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore de qualidade de vida, que varia de 0 a 100, considerando- se que quanto maior o número obtido, pior a qualidade de vida (FONSECA, 2005). Os dados foram analisados pelo software estatístico SPSS 17.0 e a planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2007 para o digitação dos dados. A partir das respostas obtidas dos questionários, foram calculados os escores para cada indivíduo e analisados através da porcentagem das respostas, além da obtenção de estatísticas descritivas (média, mediana, desvio-padrão, intervalo mínimo e máximo).

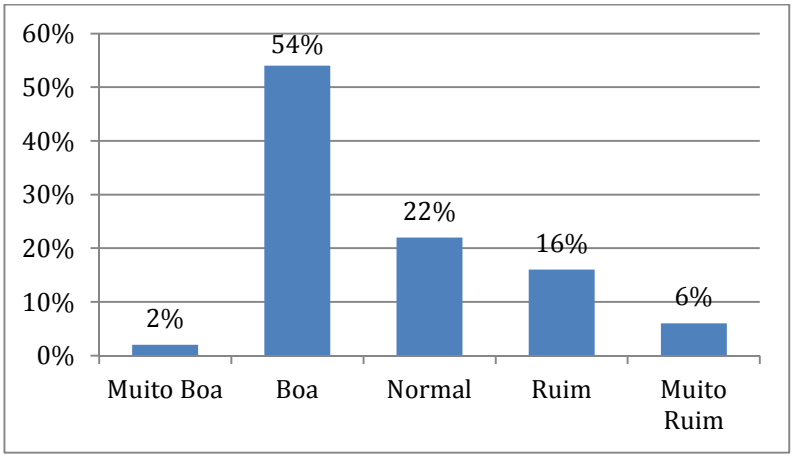
Este estudo Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Jaguariúna no primeiro semestre de 2017 sob o número 050/2016.

RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas com cuidadoras (n=50) do PMC com idade média de 56,16 anos (Dp=11,96). A cor da pele declarada distribui-se em 28 (56,0%) branca; 22 (44%) parda e negra. Em relação ao nível de escolaridade 6 (11,9%) eram analfabetas, ensino fundamental 27 (53,7%), ensino médio: 16 (30,7%) e superior: 1 (3,6%). Eram católicas 28 (56,0%) mulheres e 22 (44,0%) outra religião.

Observa-se no Gráfico 1 que 54% das cuidadoras avaliam a sua saúde como boa.

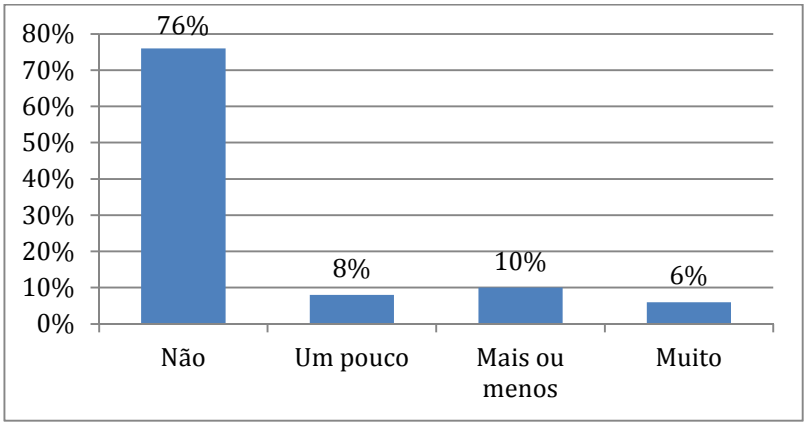
Gráfico 1 - Como você avaliaria a sua saúde hoje?



Fonte: Elaborado e adaptado pelos autores.

Como podemos ver no Gráfico 2, a maioria das cuidadoras avalia que o problema de bexiga não atrapalha sua vida. Sendo que, 16% acham que atrapalha mais ou menos ou muito.

Gráfico 2 - Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?



Fonte: Elaborado e adaptado pelos autores.

O quadro 1 mostra os valores dos escores por domínio avaliado. Observa-se que o domínio que foi pior avaliado foi a percepção geral da saúde, seguido do sono e o melhor domínio foi as limitações físicas, podendo considerar que poucas tem alguma limitação física.

Quadro 1- Descrição dos valores dos escores obtidos: média, desvio-padrão, mediana, intervalo para cada domínio do KHQ, Jaguariúna-SP, 2017.

Domínios do KHQ	Média	Desvio Padrão	Mediana	Intervalo Mínimo-Máximo
Percepção geral de saúde	43,6	24,1	25	0-100
Impacto da incontinência	20,6	34,9	14,9	0-100
Limitações de atividades diárias	22,1	28,4	16,7	0-100
Limitações físicas	7,7	20,8		0-100
Limitações sociais	22,0	28,0	16,5	0-100
Emoções	10,4	21,9		0-100
Sono/disposição	26,7	24,0	33,3	0-100
Medidas de gravidade	22,8	27,0	25,0	0-100

Fonte: Elaborado pelos autores. Adaptado (FONSECA,2005)

DISCUSSÃO

Questões relacionadas à qualidade de vida em cuidadoras com IU são pouco conhecidas pelas mulheres, em geral. Estudos demonstram que a IU tem efeito negativo na qualidade de vida das pessoas. Em mulheres com IU são comuns o aparecimento de estado depressivo, assim como, isolamento social. É importante ressaltar que mulheres com sinais e sintomas similares de IU podem avaliar sua qualidade de vida em diferentes níveis (HUANG, 2006).

A escolaridade é uma condição importante para que a mulher possa avaliar a IU. Quase 12% das cuidadoras entrevistas relataram ser analfabetas. Corrobora com os dados encontrados estudo realizado em Teresina (PI) maior prevalência de IU em mulheres baixa escolaridade das mulheres: (39,6%) possuem ensino fundamental incompleto (10,4%) não são alfabetizadas. Um número muito baixo (4,2%), porém, atingiu o ensino superior (MOURÃO, 2017).

Esse estudo constatou que as cuidadoras tiveram percepção de bom estado de saúde, entretanto, verificou-se que há falta de conhecimento dessas cuidadoras diante da própria IU, sendo que muitas não tinham conhecimentos sobre as questões relacionadas a IU e acabam atribuindo como situação que aparece no processo de envelhecimento (GLISSOI, 2011; HUANG, 2006). Estudo realizado em Portugal mostrou que 39,5% das mulheres autoavaliaram sua saúde como elevada, 38,4% fraca e 22,1% moderada. (FERNADES, 2015).

Segundo estudo realizado por Silva (2017) a IU pode ser corrigida com exercícios para corrigir a postura da mulher. Sendo assim, exercícios de fortalecimento para o assoalho pélvico seriam muito eficazes para a correção e diminuição da incidência de mulheres com IU presente. Diante do estudo realizado por Tena (2016) foi evidência um grande agravo na saúde física da mulher, assim como no emocional e social, embora o atual estudo não mostra que tais conflitos não são de grande influencia na saúde das mulheres pesquisadas.

Se diagnosticado precocemente, a mulher pode recorrer a terapias menos invasivas, porém, a não busca por tratamento ainda é muito grande, e quando existe a procura, o problema já está num estágio avançado onde a única correção é a cirúrgica.

Embora o impacto não seja tão grande na vida das mulheres, as buscas por tratamentos são cada vez menores, 6% a 14% são as mulheres que relatam serem incontinentes. 56% das mulheres não vão atrás de auxilio profissional e 71% considera ser algo normal e 9,7% acreditam que a incontinência não tem solução (SILVA, 2009).

Considera-se como limitação deste estudo o número de mulheres entrevistadas, entretanto, foram todas cuidadoras cadastradas no PMC. Em relação discussão dos dados, leva-se em conta o instrumento utilizado que nem todas as pesquisas utilizaram esse instrumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados sobre a IU como vista nesta pesquisa, apresentou pouco impacto sobre a qualidade de vida, demonstrando que percepção geral da saúde foi o fator mais importante entre as entrevistadas mostram que os problemas relacionados a bexiga, pouco interferem na vida diária destas cuidadoras. O KHQ é um importante instrumento para ser utilizado em estudo desta natureza, devido à sua confiabilidade e consistência, sendo validado internacionalmente.

Mesmo o impacto da incontinência urinária na vida dessas mulheres não ter sido um problema expressivo, o enfermeiro deve estar atento e comprometido avaliar a evolução desta IU, orientando e intervindo quando necessário a fim de evitar complicações relativas a esta condição de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS P. et al. The Standarzation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization Sub-Committee of the International Continence Society. **Neurourol Urodyn.**;21(2):167-78, 2002.

BARON, JA.; La VECCHILA, C; LEVI, F. The antestrogenic effect of cigarette smoking in women. Am J **Obstet Gynecol.**;162(2):502-14, 1990.

BROWN JS.; SEELEY DG, FONG J, BLACK DM, ENSRUD KE, GRADY D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? **Obstet Gynecol**; 87(5 Pt 1):715-21, 1996.

FERNANDES, S.; COUTINHO, C. E.; DUARTE, C. J.; NELAS, B. A .P.; CHAVES, B. C. M. C.; AMARAL, O. Qualidade de Vida em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Enfermagem** serie IV- nº 5-abr/mai/jun. 2015.

FONSECA, E.S.M ; et al**.** Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**., Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 235-242, May 2005. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000500002&lng=en&nrm=isso>. Acesso agosto 2017.

GLISSOLI, S.F.N; GIRELI, P.; Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Bras Clin Med** São Paulo; 9(6);408-13**,** 2011.

GUARISI, T; NETO, A.M.P; FAUNDES, A. Fatores associados à prevalência de sintomas urinários em mulheres climatéricas. **Rev Bras Ginecol** Obst.; 19: 589-96,1997.

HENKES, D.F. et al. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. **Semina: ciências biológicas e da saúde.** V.36 n.2, Pags 45, 2015.Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/21746/17952.>. Acesso em: outubro 2016.

HIGA, R.; LOPES, M. B. H. M.; REIS, J. M.; Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. 2006. **Rev Esc Enferm** USP 42(1):187-92, 2008;

HUANG, A. J.; BROWN, J.S.; KANAYA, A.M.; CREASMAN, J.M.; RAGINS, A.I.; VAN DEN E.S.K.; et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in: ethnically diverse old women. **Arch Intern Med**, V166, pags 2000-6, 2006.

TENA, Incontinência Urinária – **Um problema maior para as mulheres**. Disponível em; <tena.com.br/incontinencia/cuidadores/incontinencia-urinaria-um-problema-maior-para-as-mulheres> Acesso em: setembro2017. Incontinência Urinaria. Portal da urologia**.** Disponível em; < portaldaurologia.org.br/medicos/doencas/incontinencia-urinaria/ > Acesso em; 17/08/2017.

MINISTÉRIOS DA SAÚDE – **Guia Prático do Cuidador**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf > Acesso em; 08/11/2017.

MOURÃO, L. F. et al. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em clínica ginecológica. **Estima,** v15 n.2,p. 82-91, 2017.

PATRIZZI, L.J; SILVA, L.M.S; PEGORARI, M.S. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico**. Rev Bras Cienc** Mov; 22(3):105-10, 2014.

SANTOS, W.N.; FEITOSA, J.A; OLIVEIRA, F.C; OLIVEIRA, F.M; ALMEIDA, F.M.L; MEDEIROS, F.C**.** Efeitos da obesidade sobre a função urinária na mulher. **RBGO** 16(5):175-8, 1994.

SILVA, L; LOPES, M.H.B.M.; Incontinência urinária em mulheres; razão de não procura por tratamento. **Rev Esc Enferm** USP; 43(1): 72-8, 2009.

SILVA, L.W.S et al. Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas. Revista Kairós **: Gerontologia**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 221-238, 2017. ISSN 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/33495> < http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1Lp221-238>. Acesso out 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). **Incontinência Urinária.** Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/noticias/sbu-alerta-sobre-incontinencia-urinaria/>. Acesso 11 out 2017

TETTAMANTI, G.; ALTMAN, D; PEDERSEN, NL; BELLOCCO, R; MILSOM, I; ILIADOU, A.N. Effects of coffee and tea consumption on urinary incontinence in female twins**.** BJOG. 118(7)806-13. 2011. <Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21401855> Acesso em: 3 ago 2017.

THISSEM, L.; CLEVIN, L; OSLEN, S; LOSE, G. Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. **Int Urogynecol J;**13(1):15-7, 2002.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE ADULTO EM SITUAÇÃO DE PCR NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR NO CONTEXTO BRASILEIRO

The role of nurses in adult patient's care during cardiac arrest situation in Brazilian in-hospital environment

DIAS, Aline Piccolomini
Centro Universitário Jaguariúna - UNIFAJ

SANTOS, Renata Cristina Parro da Silva
Centro Universitário Jaguariúna - UNIFAJ

TEIXEIRA, Sandra de Almeida
Centro Universitário Jaguariúna - UNIFAJ.

NUNCIARONI, Andressa Teoli
Centro Universitário Jaguariúna - UNIFAJ.

RESUMO: Tendo em vista que o enfermeiro é um dos primeiros profissionais a ter contato com a Parada Cardiorrespiratória (PCR), especialmente no ambiente intra-hospitalar, ele deve ter habilidades, competências e conhecimento técnico-científico para a boa condução da equipe e direcionamento eficaz do atendimento, fator primordial para um bom prognóstico do paciente após a PCR. O objetivo do presente trabalho é identificar o papel do Enfermeiro no atendimento ao adulto durante a PCR no ambiente intra-hospitalar no contexto brasileiro. Utilizou-se o método de estudo de revisão sistemática, segundo os critérios do PRISMA, que incluiu artigos das bases de dados Google Acadêmico, SCIELO e LILACS. Foram incluídos todos os estudos encontrados na íntegra, no idioma português que trataram sobre o tema, publicados no período de 2010 a 2017. Foram incluídos nesta revisão 14 estudos que apontaram como papéis do enfermeiro a necessidade de atualização com relação à diretrizes mundiais de atendimento à PCR mais recentes, a busca por habilidades teóricas-práticas, tanto de maneira pessoal, por meio de cursos e capacitações, como via institucional e a instituição deve fornecer ao enfermeiro os recursos materiais e humanos necessários para a condução adequada do atendimento ao paciente em situação de PCR. Conclusão: o enfermeiro deve estar atualizado, ter habilidades teóricas-práticas para o sucesso no atendimento à PCR e a instituição deve prover recursos humanos e materiais adequados.

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória; Ressuscitação Cardiopulmonar; Enfermeiro.

ABSTRACT: Considering the nurse as the first professional to have contact with in-hospital Cardiac Arrest situation, he must have skills, competences, and scientific and technical knowledge for the ideal management of team and effective direction of care, a prime factor for a good prognosis. The objective of this study is to identify the role of nurses in adult's care during cardiac arrest in front of nursing team and interprofessional team in Brazilian in-hospital context. The systematic review study method was used according to PRISMA criteria, which included papers from Google Academic, SCIELO and LILACS databases. We included all studies found in

Portuguese that deal with the subject, published from 2010 to 2017. As results we included 14 studies that pointed to the role of nurses are the need for updating in relation to the most recent guidelines in the world, the search for theoretical and practical skills, either personally or by the work institution, through courses and training, and the institution must provide the nurses with the material and human resources necessary for the adequate conduct of patient care in the CPR. Conclusion: nurses must be up-to-date, have theoretical and practical skills for success in CPR, and the institution must provide adequate human and material resources.

Key-words: Cardiac arrest; Cardiorespiratory arrest; Cardiopulmonary resuscitation; Nurse; Nursing team.

INTRODUÇÃO

Aparada cardiorrespiratória (PCR) é a cessação repentina e inesperada da circulação sistêmica e ou da respiração e corresponde à maior emergência em saúde. O modo como são conduzidas as intervenções, a agilidade e a efetividade dos procedimentos e organização influenciam diretamente o prognóstico do paciente (Kleinman *et al.,* 2015;Link *et al.,* 2015;Gonzalez *et al.,* 2013).

No âmbito intra-hospitalar, 37% dos adultos apresentam ritmo de atividade elétrica sem pulso e39% assistolia como ritmo inicial de PCR. Os ritmos de fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP) são responsáveis por 23% e 24% dos eventos de PCR em ambiente intra-hospitalar, respectivamente, apontando os maiores índices de sobrevida, 36% a 37%, respectivamente. Considerando-se todos os ritmos de PCR, têm-se 18% de sobrevida (Gonzalez *et al.,* 2013).

Mesmo com a prevenção guiada e a evolução dos tratamentos medicamentosos nos últimos anos, a PCR é, atualmente, um problema mundial de saúde pública(Gonzalez *et al*., 2013).

Na literatura científica, a incidência de PCR é pouco relatada, mas os eventos variam, em média, entre um e cinco por 1000 internações (Nacer e Barbieri, 2015). Dados relativos à alta hospitalar variam de 0% a 42%, sendo o intervalo mais comum entre 15 e 20% (Nacer e Barbieri, 2015). O sexo, a idade e a presença de comorbidades estão significativamente ligados à incidência de PCR. Pessoas do sexo masculino correspondem à maioria dos casos dos casos novos de PCR no ambiente intra-hospitalar (70%) e a incidência em pessoas de idade entre 60 a 69 anos é, em média, 8/1000 habitantes (Melo, Santos e Brasileiro, 2013).

Conforme estatísticas da América do Norte, a sobrevida dos pacientes reanimados de PCR causada por TVSP ou FV é, em média, 30%, já para outros ritmos é, em média, 6% (Gonzales *et al.,* 2013).Sabe-se que, no Brasil, o número de óbitos relacionados à PCR é anualmente grande, apesar de não se ter a correta proporção do problema por falta de dados informatizados e estudos científicos transversais sobre este tema (Gonzales *et al.,* 2013). O acréscimo de sobrevida de vítimas de PCR está diretamente ligado ao reconhecimento eficiente da ressuscitação cardiopulmonar e identificação rápida da PCR e de sua causa (Gonzalez *et al*., 2013).

Pacientes que têm risco de sofrer uma PCR no ambiente intra-hospitalar precisam de um sistema de vigilância e pronta ação de um time de resposta rápida a fim de se prevenir a PCR e suas sequelas, demonstrando a necessidade de se executar um trabalho de maneira sincronizada entre as equipes multidisciplinares para se obter êxito (Keinmann *et al.,* 2015).

De acordo com as Diretrizes da *American Heart Association* (Keinmann *et al.,* 2015), para se obter êxito na ressuscitação cardiopulmonar (RCP), o profissional deve realizar compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120/min, comprimir a uma profundidade de pelo menos 5 cm, permitir o retorno total do tórax após cada compressão, minimizar as interrupções nas compressões, ventilar adequadamente (2 respirações após 30 compressões, cada respiração administrada em 1 segundo, provocando a elevação do tórax). Em PCR de adultos presenciada, se há desfibrilador externo automático (DEA) disponível, ele deve ser usado o mais rápido possível.

Na maior parte das ocorrências de PCR, o enfermeiro é o primeiro integrante da equipe multidisciplinar a identificar o evento e, por esse motivo, esse profissional tem a necessidade de estar atualizado sobre suporte básico e avançado de vida, sendo hábil em sua decisão, considerando prioridades e estabelecendo a imediata intervenção (Bellan, Araújo e Araújo, 2010).

No ambiente intra-hospitalar, o enfermeiro apresenta uma administração direcionada para as necessidades do atendimento ao paciente, e é capacitado para sistematizar a assistência à PCR tanto em nível organizacional como em nível da equipe de saúde que efetuará a intervenção necessária (Rosa, 2014).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN – SP) reitera por meio do parecer 030/2010, que a Instituição deve ter um protocolo em que

conste a atribuição do enfermeiro e profissionais de enfermagem durante o suporte ao paciente vítima de PCR, onde precisam estar estabelecidas as funções de cada profissional da equipe (COREN-SP nº *030,* 2010). É indispensável que um dos integrantes da equipe de enfermagem no suporte à PCR seja o Enfermeiro, por resolução constante na lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lein 7.498/86, de 25 de junho de 1986).

Porém, apesar das evidências e regulamentações sobre o atendimento ao paciente vítima de PCR, existem poucas referências que trazem o papel do enfermeiro na prática intra-hospitalar atualmente, especialmente no que se refere à atuação deste profissional junto à equipe multidisciplinar. Sendo assim, a pergunta que motivou esta revisão de literatura é: Qual o papel do enfermeiro no atendimento do paciente adulto em situação de PCR no ambiente intra-hospitalar no contexto brasileiro frente à equipe multidisciplinar?

OBJETIVO

O estudo tem como objetivo principal identificar o papel do trabalho do Enfermeiro no atendimento ao adulto durante a Parada Cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar frente à equipe de enfermagem e à equipe multidisciplinar no contexto brasileiro.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, em que a aplicação de estratégias científicas permite limitar o viés de seleção de artigos, analisando com fundamento e reunindo todos os estudos relevantes em um tópico específico de acordo com a estratégia PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic reviewsand Meta-Analyse* (Moher *et al.,* 2015).Para isso, foi realizado um levantamento de informações acerca da proposta de discussão nas bases de dados do GOOGLE ACADÊMICO, SCIELO e LILACS**.** Como descritores foram utilizadas Parada Cardíaca, Parada cardiorrespiratória, Ressuscitação Cardiopulmonar, Equipe de Enfermagem e Enfermeiro de forma cruzada para obtenção de todos os artigos sobre o tema. Os dados foram coletados no período de outubro 2016 a abril de 2017.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais e de revisão encontrados na íntegra sobre o tema, no idioma português, publicados entre os anos de 2010 e 2017 e que retratem o tema no contexto brasileiro.

Foram pesquisados artigos nas bases de dados foi realizada de forma independente por três avaliadores diferentes, garantindo os cumprimentos das normas padrão-ouro para estudos de revisão sistemática. Após seleção dos artigos por cada avaliador nas bases de dados incluídas nesta revisão, houve concordância de 100% entre eles e o resultado está descrito na figura 1.

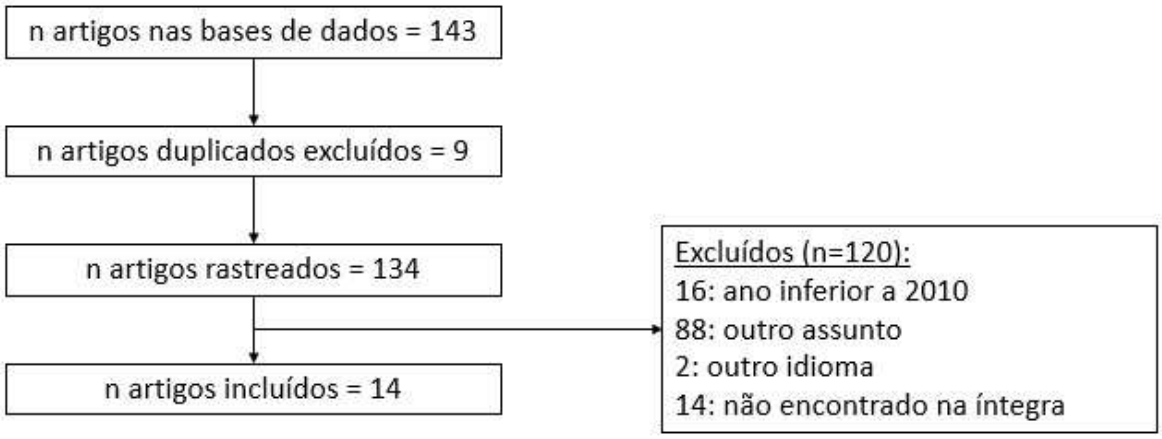


Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados segundo PRISMA (Moher et al., 2015).

RESULTADOS

Esta revisão sistemática foi composta por 14estudos que retratam o papel do enfermeiro no ambiente intra-hospitalar frente à situação de PCR no Brasil. Os resultados são descritos na tabela1.

Tabela 1: Síntese dos artigos segundo autores, ano, metodologia, objetivo e resultados (n=14).

REFERÊNCIA	MÉTODO UTILIZADO	OBJETIVO	RESULTADOS
CORRÊA, SILVA, 2012	Pesquisa bibliográfica	Identificar os procedimentos de enfermagem na prestação de uma assistência eficaz a um paciente em situação de parada cardiorrespiratória na Emergência.	É papel do enfermeiro: Reconhecer o motivo da PCR e seu diagnóstico; verificar a obstrução das vias aéreas e intervir para desobstrução quando necessário; estar capacitado para o atendimento; gerenciar toda assistência prestada ao paciente; capacitar a equipe; coordenar sua equipe para atuar com precisão no controle de sinais vitais e anotações dos procedimentos realizados.
ROCHA et al, 2012	Estudo reflexivo	Refletir sobre o processo de cuidar do paciente em PCR; descrever as condutas atuais padronizadas; propor possibilidades de capacitação com vistas ao cuidado de qualidade.	Observou- se definição frequente da PCR numa perspectiva fisiológica e anatômica, porem essa definição é fundamental para a identificação de um paciente em PCR e para intervenções; a equipe de enfermagem deve ter conhecimento e estar atualizada sobre os conceitos e guidelines; a equipe precisa estar apta ao atendimento e existe a necessidade de protocolos que visem á organização e sincronização das ações; é necessário que todos conheçam suas atribuições e sua importância no contexto assistencial e gerencial frente a PCR, cabe ao enfermeiro as manobras de suporte avançado de vida e também de coordenação das ações da equipe de enfermagem.
MENEZES e SOUZA, 2015	Revisão bibliográfica	Evidenciar a importância da capacitação dos enfermeiros na RCP, relatando seu conhecimento e descrevendo as ações que devem ser realizadas para a identificação precoce da PCR e suas causas mais comuns.	Funções do enfermeiro: identificar precocemente a PCR; oferecer ventilação e circulação artificial; monitorização do ritmo cardíaco e sinais vitais; administração de fármacos; registro dos acontecimentos; notificação; informar e apoiar os familiares; executar manobras de suporte avançado de vida; delegar as ações da equipe de enfermagem. Funções da equipe de enfermagem: ser dinâmica, ter sincronia e amplo conhecimento técnico cientifico.

GUILHERME, et al, 2013	Revisão de Literatura Científica	Entender como acontece a assistência de enfermagem, frente à PCR no ambiente Pré e Intra hospitalar e quais as falhas nesses processos de intervenção, a fim de identificar até que ponto a equipe de Enfermagem pode garantir um atendimento resolutivo e de qualidade.	Cabe ao enfermeiro atuar como lidar para administrar a dinâmica da equipe, ter conhecimento técnico atualizado e habilidades praticas atualizadas, orientar e acolher os familiares, planejar a assistência de enfermagem, iniciar as medidas de suporte básico de vida e executar as medidas de suporte avançado junto a equipe, capacitar a equipe. As principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros são: elevada carga horária de trabalho semanal, má remuneração, dupla jornada de trabalho, baixa disponibilidade de tempo para frequentar cursos, elevado tempo de formação, tempo médio de exercício profissional baixo, ausência de programas de educação permanentes nas instituições e dificuldades financeiras em arcar com os cursos em outras instituições, levando a dificuldades nos procedimentos no atendimento à PCR.
MORAES, et al, 2016	Exploratório descritivo	Conhecer os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem na RCP em unidade de emergência.	A equipe de enfermagem necessita ter conhecimento para identificar uma PCR, estar preparada para atendimentos de emergência extrema, ser atualizada por meio de programas de educação permanente e protocolos institucionais, iniciar a RCP precocemente. O atendimento exige a agilidade, habilidade, competência, sincronismo e atitude de todos os profissionais envolvidos e compete ao enfermeiro a liderança e motivação da equipe. O espaço físico deve ser adequado e os materiais e medicamentos devem estar disponíveis e organizados.
GUIMARÃES, et al, 2015	Revisão de literatura	Realizar revisão de literatura sobre a evolução da ressuscitação cardiopulmonar através dos tempos e discutir as mais novas diretrizes em relação às manobras de reanimação.	Descrição da história dos procedimentos envolvidos na RCP numa perspectiva da população em geral enfatizando que os leigos devem ter acesso as técnicas de RCP e primeiros socorros, e que o profissional de saúde seja estimulado a se capacitar

			continuamente.
SILVA, MACHADO, 2013	Exploratória descritiva, transversal com validação de instrumento	Identificar o conhecimento de enfermeiros de hospital do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil, sobre a PCR e elaborar um guia teórico para o atendimento nesta emergência.	Por meio da avaliação do conhecimento dos enfermeiros foi observado um elevado percentual de acertos em relação à identificação da PCR (98,0%), vias de administração dos fármacos (78,0%), análise dos ritmos de FV, Assistolia (66,0%) e vias aéreas artificiais (56,0%). Todavia, constatou-se que nenhum enfermeiro soube relatar a técnica correta da compressão torácica. Foi desenvolvido um guia teórico de orientações aos profissionais e enfermeiros que inclui 5 passos:1 - o reconhecimento, 2 - a ajuda, 3 - a confirmação do pulso, 4 - início do RCP e 5 - ventilação, 6 – avaliação do ritmo, 7 – terapia medicamentosa.
LUGON, et al, 2014.	Pesquisa bibliográfica, descritiva e quantitativa	Identificar o papel do profissional de saúde frente à PCR	É esperado que os profissionais prestem uma assistência eficiente, com domínio de técnicas, sistematizada e uniforme a todos que necessitam. O enfermeiro se destaca por permanecer maior tempo na assistência ao paciente, portando cabe-lhe a constante atualização do que é preconizado ao ato assistencial quando se deve instaurar as manobras de RCP o mais precoce possível objetivando minimizar sequelas ao paciente. O enfermeiro capacita sua equipe, estando sempre atualizado, mostrando assim sua liderança com segurança, e proporcionando a sua equipe a qualificação necessária para obter um atendimento com êxito, bem como realizar orientações e treinamentos aos familiares que participam do processo de assistência em situações de PCR. Cabe ao enfermeiro também ensinar sobre atendimentos à PCR aos familiares, sistematizar o atendimento e elaborar a escala diária de sua equipe.

ALVES, BARBOSA, FARIA, 2013.	Estudo descritivo e transversal.	Avaliar o conhecimento teórico dos enfermeiros de um hospital do interior do estado de Minas Gerais acerca do suporte básico de vida utilizado no atendimento a PCR.	As principais dificuldades encontradas foram relacionadas à utilização do desfibrilador e identificação do ritmo. Os enfermeiros apresentaram elevado conhecimento sobre o diagnóstico de PCR, relação e ciclos compressão-ventilação, posicionamento das mãos no tórax e profundidade das compressões.
PEREIRA, et al, 2015	Exploratório descritiva	Investigar as condutas e dificuldades encontradas pelos enfermeiros no atendimento a vítima de PCR.	Os enfermeiros participantes responderam em grande maioria que como conduta inicial era necessário fazer a massagem cardíaca juntamente à ventilação, assim como a iniciativa de terapia farmacológica, avaliação de sinais vitais, a instalação de um acesso venoso no paciente, a monitorização cardíaca, RCP, avaliação e intervenções relacionada à via aérea, anamnese e exame físico, atuar com humanização, agilidade e profissionalismo. Entre as dificuldades foram relatadas o despreparo da equipe de enfermagem e médica, falta de material, ausência de protocolo para avaliação, falta de equipamentos, déficit de recursos humanos, falta de profissionalismo e falta de capacitação profissional.
BELLAN, ARAÚJO, ARAÚJO, 2010	Investigação prospectiva, intervencionista e comparativa. Intervenção realizada: programa de capacitação.	Aplicar um programa de capacitação teórica para enfermeiros na ressuscitação cardiopulmonar e comparar o conhecimento teórico entre o grupo controle e grupo experimental.	Foi desenvolvido um programa de capacitação em três etapas: I. Avaliação prévia e capacitação teórica dos enfermeiros, II. Avaliação teórica recente (após uma semana), III. Avaliação teórica tardia (após 3 meses). Os enfermeiros participantes do programa de capacitação apresentaram maior conhecimento teórico sobre detecção da PCR, manobras de SBV, reconhecimento do ritmo cardíaco, definições sobre SBV e SAV, técnica de RCP, uso precoce e correto do desfibrilador, administração de fármacos, checagem do carrinho de parada.

MOURA et al, 2012	Estudo transversal, descritivo e quantitativo	Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva em relação ao reconhecimento da parada cardiorrespiratória e a instituição de manobras de reanimação conforme os protocolos.	Participaram do estudo enfermeiros e técnicos e o conhecimento teórico avaliado entre os que realizaram capacitação anterior foi maior quando comparado com os que não haviam realizado qualquer tipo de treinamento. Considerando as categorias profissionais como um todo, a maioria não identificou corretamente todos os sinais clínicos da PCR e chama atenção o fato de 16% dos técnicos de enfermagem acertar totalmente a questão de identificação do ritmo, enquanto nenhum enfermeiro conseguiu faze- lo. O baixo índice de acertos totais demonstra a necessidade de atualização da equipe de enfermagem, com capacitação teórico-prática de maneira periódica, e avaliações sistemáticas da atuação dessa equipe.
NACER e BARBIERI, 2015	Revisão integrativa da literatura	Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a sobrevivência a PCR intra-hospitalar	Em relação ao ano de publicação, totalizaram-se quatro artigos de 2010 (40%), um de 2011 (10%), outros quatro de 2013 (40%) e apenas um artigo publicado em 2014 (10%). Apesar dos estudos datarem dos anos de 2010 a 2014, os dados de todos os estudos incluídos foram coletados em anos anteriores, o que demonstra a falta de estudos recentes sobre o tema. Ao serem analisados os delineamentos de pesquisa foram encontrados um estudo de coorte (10%) e nove estudos observacionais (90%). A revisão integrativa possibilitou a construção de uma síntese do conhecimento científico produzido nos últimos cinco anos acerca da PCR intra-hospitalar. Os resultados apontaram grandes lacunas no conhecimento produzido e a ausência de estudos nacionais sobre o assunto, fazendo-se necessário o desenvolvimento de pesquisas.

VEIGA, et al, 2013	Estudo transversal e treinamento de atendimento à PCR	Avaliar o conhecimento da equipe multiprofissional (enfermagem e fisioterapia) no reconhecimento a(PCR) e mostrar um modelo de gestão do time de resposta rápida no processo educacional destes profissionais	No período do estudo, 2.097 profissionais de saúde realizaram o treinamento de PCR. No grupo de enfermeiros, a nota média no pré-teste foi de 5,83 ± 1,95 e 8,87 ± 1,25, no pós-teste. Os itens avaliados com menor pontuação foram relacionados às causas da atividade elétrica sem pulso e ao diagnóstico eletrocardiográfico de PCR. Após o treinamento, os itens que obtiveram maior diferença entre as avaliações pré e pós teste foram relacionadas ao diagnóstico eletrocardiográfico de fibrilação ventricular. No grupo composto de auxiliares e técnicos de enfermagem, a nota de pré-teste foi de 4,85 ± 1,93 no pré-teste e 7,70 ± 1,72 no pós-teste. As questões relacionadas ao número de ventilação após a instalação de via aérea avançada obtiveram menor nota. Os resultados mostram deficiência no conhecimento da equipe multiprofissional diante das situações de parada cardiorrespiratória, sendo importante a realização de programas de educação continuada para a equipe.

Observa-se, pelos resultados, um pequeno número de estudos que abordam esse tema no contexto brasileiro.

DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo principal identificar o papel do trabalho do enfermeiro no atendimento ao adulto durante a PCR no ambiente intra-hospitalar, por meio de uma revisão sistemática, segundo os critérios do PRISMA (Moher *et al.,* 2015).Foram incluídos artigos das bases de dados Google Acadêmico, SCIELO e LILACS, resultando em 14 estudos encontrados publicados entre 2010 e 2017, na

íntegra e no idioma português que retratam o papel do enfermeiro do ambiente intra-hospitalar frente à situação de PCR.

A PCR é um evento que se procede de forma anunciada, pois há condições favoráveis para que a equipe de enfermagem e médica identifique com antecedência seu acontecimento. Este estudo de revisão demonstrou que, pela situação de urgência, torna-se necessário seu diagnóstico imediato (Pereira *et al,* 2015).

Os artigos incluídos nesta revisão reconhecem como papel do enfermeiro a identificação da PCR (Bellan, Araújo e Araújo, 2010;Moraes *et al.,* 2016; Corrêa, Silva; Rocha *et al.,* 2012;Menezes e Souza, 2015), o gerenciamento da equipe de enfermagem e multiprofissional durante o atendimento da PCR (Corrêa, Silva; Rocha *et al.,* 2012;Menezes e Souza, 2015), a responsabilidade da intervenção de vias aéreas, especialmente garantindo a ventilação (Corrêa, Silva, 2012; Menezes e Souza, 2015;Alves, Barbosa e Faria, 2013; Pereira *et al.,* 2015), a postura de liderança (Guilherme *et al.,* 2013; Moraes *et al.,* 2016; Lugon et al., 2014) e possuir agilidade durante o atendimento ao paciente (Moraes *et al.,*2016; Pereira *et al.,*2015).Destaca-se ainda o papel do enfermeiro quanto ao apoio e orientação aos familiares do paciente, tanto para uma situação de identificar uma PCR quanto no momento pós evento (Menezes e Souza, 2015; Guimarães *et al.,* 2015; Lugon, *et al.,* 2014).

Outro papel do enfermeiro evidenciado pelos estudos corresponde ao cuidado com a terapia medicamentosa, com o objetivo de aumentar a adesão aos medicamentos visando evitar a PCR ou suas complicações após essa situação ser corrigida (Moraes *et al.,* 2016; Menezes e Souza, 2015; Bellan, Araújo e Araújo, 2010; Silva e Machado, 2013).

Além disso, os artigos desta revisão apontam, ainda, para a necessidade de capacitação do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente em situação de PCR, seja pela instituição ou por organizações específicas para esse fim (Corrêa e Silva, 2012; Guilherme *et al.,* 2013; Moraes *et al.,* 2016; Guimarães *et al.,* 2015; Lugon *et al.,* 2014; Bellan, Araújo e Araújo, 2010; Moura *et al*., 2012). Alguns estudos demonstram que existe deficiência do conhecimento na atuação durante a PCR pela equipe multidisciplinar (Veiga *et al*., 2013; Moura *et al.,* 2012; Pereira *et al.,* 2015).

Frente a essas evidências, esta revisão sistemática permitiu identificar que o enfermeiro, no ambiente intra-hospitalar, é um dos profissionais centrais na

identificação e atendimento ao paciente em situação de PCR e, por isso, ele deve ser capacitado, possuir autonomia e posições de liderança frente à equipe multiprofissional e de enfermagem. Esse estudo é importante para a prática clínica de enfermagem, uma vez que reúne as principais referências brasileiras sobre o tema e propõe um guia ao enfermeiro e à instituição para otimizar e garantir sucesso no atendimento ao paciente em situação de PCR.

Um item que esta revisão enfatiza para a prática de enfermagem refere-se às habilidades requeridas pelo enfermeiro. Essas habilidades incluem, principalmente, agilidade, postura de liderança frente à equipe e o papel de coordenar o atendimento à PCR. No ambiente hospitalar, geralmente, os primeiros profissionais que respondem ao atendimento de PCR são os enfermeiros e, a partir desse momento, iniciam as manobras do SBV enquanto aguardam o SAV (Moraes *et al*.,2016; Pereira *et al.,*2015).

A agilidade, competência e sincronismo da equipe de enfermagem são fatores que contribuem para o sucesso da RCP e sobrevida do indivíduo (Silva e Padilha, 2000). Assim, torna-se fundamental o conhecimento pelos enfermeiros sobre a sequência preconizada de atendimento à PCR e a conexão e vínculo com a equipe (Oliveira, 2014), uma vez que é esse profissional quem delegará as funções de cada membro da equipe e proporcionará agilidade ao atendimento (Maciel, Guedes e Oliveira, 2013).

Para se alcançar esse sucesso e organização cabem ao enfermeiro vislumbrar o cuidado com uma perspectiva holística, sendo capaz de articular e integrar o atendimento à PCR com a pessoa que está vivenciando esse agravo clínico, por meio de suas habilidades de liderança, agilidade e conhecimento(Cruz *et al.,* 2017).

Outro item que essa revisão destaca para que o enfermeiro seja capaz de realizar com sucesso seu papel dentro da instituição em que trabalha corresponde à formação profissional neste tema, por meio da atualização do conhecimento, estudo e educação continuada e o interesse e busca pelas referências mais recentes, em especial as diretrizes da *American Heart Association* (Kleinman *et al.,* 2015; Link *et al.,* 2015).

A formação dos profissionais de saúde, particularmente do enfermeiro, tem sido permeada por novos conceitos, termos e referências decorrentes tanto das proposições contidas nas Políticas Nacionais de Educação e das Diretrizes

Curriculares Nacionais de Enfermagem, quanto nas iniciativas institucionais, ou mesmo individuais, de realizar inovações formativas (Cruz *et al.,* 2017).

É fundamental que os enfermeiros, como líderes e orientadores/educadores da equipe de enfermagem, estejam atualizados em relação às diretrizes internacionais que norteiam o atendimento à PCR, e que correspondem ao padrão-ouro neste tipo de atendimento. Essa atualização possibilita maior segurança, conhecimento e habilidades no atendimento e, consequentemente, qualidade e sucesso na assistência prestada (Oliveira, 2014).

Por fim, para se garantir o atendimento completo e com sucesso à PCR, é imprescindível o fornecimento dos materiais e equipamentos necessários pela Instituição. Para executar a RCP de forma adequada, vários fatores são exigidos, desde os equipamentos e fármacos preconizados no procedimento, até a qualificação e atualização dos profissionais.

Os autores Bellan, Araújo e Araújo (2010) recomendam que as atualizações fornecidas aos enfermeiros e equipe devam ocorrer a cada seis meses pela instituição, a fim de manter a habilidade e competência na área de urgência/emergência, garantindo um alto grau de sucesso em reanimação. Algumas estratégias que podem ser empregadas nos momentos de capacitação incluem aulas, vídeos e simulações realísticas que podem produzir a PCR e a RCP de boa qualidade(Guimarães *et al*., 2015).

Uma limitação deste estudo corresponde ao fato de existir poucos artigos publicados na íntegra sobre o tema no ambiente intra-hospitalar, além de que não foram encontrados ensaios clínicos aleatorizados conduzidos no Brasil.

A ausência ou pequena ênfase nesses três aspectos fundamentais elucidados com este estudo de revisão sistemática (habilidades, formação profissional e materiais necessários para o atendimento) podem colocar em risco o sucesso da reanimação, e consequentemente, a vida e sobrevida do paciente. Portanto, garantir e aprimorar as habilidades dos enfermeiros, investirem na formação profissional e oferecer os materiais e equipamentos necessários para a atuação em uma situação de PCR pode contribuir para a identificação precoce desse agravo, o sucesso da RCP, redução de mortes e atendimento imediato aos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro deve estar apto para reconhecer o risco e a situação de PCR e rapidamente organizar a equipe, liderar o atendimento e iniciar as medidas do SBV. Para isso, é indispensável que enfermeiro se mantenha atualizado e desenvolva habilidades teóricas e práticas, busque formação profissional de acordo com as mais recentes diretrizes e que a instituição forneça apoio na capacitação e materiais necessários para garantir o sucesso da RCP pela equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C.A.P.; BARBOSA, C.N.S.; FARIA, H.T.G. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida***. Cogitare Enfermagem****.* Curitiba, PR, v. 18, n. 2, p. 296 – 301 Abr/Jun, 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32579/20693>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

BELLAN, M.C.; ARAÚJO, I.I.M.; ARAÚJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória respiratória. ***Revista Brasileira de Enfermagem*****,** Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 1019 – 1027, nov/dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600023>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

Brasil. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [citado em 05 mai 2008]. Disponível em: http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP CAT Nº 030/2010 atualizado em 11/11/2011. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_30.pdf> Acesso em: 02 de maio de 2017.

CORRÊA, A.M.; SILVA, F.J. Atuação do Enfermeiro a Frente a Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar. Faculdade Redentor Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência. 2012; Três Rios, RJ. Disponível em: <https://www.posgraduacaoredentor.com.br/hide/path_img/conteudo_5422ed23c4e1b.pdf>. Acesso em: 10 de novembro 2016.

Cruz R.A.O; Araujo E.L.M; Nascimento N.M; Lima R.J, Franca J.R.F.S, Oliveira J.S;Reflexões à luz da Teoria da Complexidade e a formação do enfermeiro.Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF. V.70, N.1, p 224-7,Jan/Fev, 2107. Disponível em<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0236.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2017.

Link M.S.; Berkow L.C.; Kudenchuk P.J.; Halperin HR, Hess EP, Moitra VK, Neumar RW, O'Neil BJ, Paxton JH, Silvers SM, White RD, Yannopoulos D, Donnino MW. Part 7: adult advanced cardiovascular life support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2015;132(suppl 2):S444–S464.Disponível em**: <**https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf**>.** Acesso em:13 de novembro de 2016.

GONZALEZ, M.M.; TIMERMAN, S.; GIANOTTO-OLIVEIRA, R.; POLASTRI, T.F.; CANESIN, M.F.; LAGE, S.G.; et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *ArqBrasCardiol*. Rio de Janeiro, RJ, v. 101, n. 2, supl. 3, p. 1 – 221, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2017.

GUILHERME, M.I.S.; OLIVEIRA, C.E.F. do V; SILVA, A.R. de M; COSTA, M. de F.R.da; VASCONCELOS R. B. de. O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiorrespiratória (PCR).2000/2013. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivostrabalhos/i52368.e12.t10532.d8ap.pdf>. Acesso em: 06 de novembro de 2016.

GUIMARÃES, M.R.; MOREIRA, L.H.; OLIVEIRA, R.H.L.G. de; MAGALHÃES, S.R. Revisão de literatura: reanimação cardiopulmonar. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, MG, v.5, n. 1, p. 3-12, 2015. Disponível em: <http://docplayer.com.br/18566333-Revisao-de-literatura-reanimacao-cardiopulmonar.html>.Acessoem: 10de novembro de 2016.

KLEINMAN, M.E.; BRENNAN, E.E.; GOLDBERGER, Z.D.; SWOR, R.A.; TERRY, M.; BOBROW, B.J.; GAZMURI, R.J.; TRAVERS, A.H.; REA, T. Part 5: adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**; v. 132, n. suppl 2, p. S414–S435, 2015.

LUGON,A.S.; SANTOS, V.A.P.; FARIAS, L.G.; MARION-REGI, R.P.; HORA, R. Atuação do profissional enfermeiro frente a parada cardiorrespiratória de acordo com as novas diretrizes. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. Cachoeiro de Itapemirim, ES, p. 1-9, 2014. Disponível em: http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivostrabalhos/i54234.e12.t10523.d8ap.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

MACIEL, J.N.; GUEDES, L.; OLIVEIRA, P.C. Percepção para o técnico de enfermagem sobre a atuação da equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória. ***Monografia do Curso de Pós-Graduação Latu Sensu de Enfermagem em Urgência e Emergência, da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz****,* ITAJUBÁ-MG, p. 1 – 62, 2013. Disponível em http://eewb.phlnet.com.br/MonografiaUrg%C3%AAnciaEmerg%C3%AAncia2013/Joana-Lucilena-Pamella.pdf Acesso em: 03 de outubro de 2017.

MELO, A.R.; BARRETO, L.S.; BRASILEIRO, M.E. Atuação do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória segundo as novas diretrizes da *American Heart Association* 2010. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line], jan-jul, v. 4, n. 4, p. 1-9, 2013. Disponível em <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>. Acesso em: 12 de novembro de 2016.

MENEZES, B.G.; SOUZA, B.G. Capacitação dos enfermeiros na reanimação de pacientes da UTI. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde***,* Salvador, BA, v. 1, n. 1, p. 51 – 59 jan./jun. 2015. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/01/CAPACITACAO-DOS-ENFERMEIROS-NA-REANIMA%C3%87%C3%83O-DE-PACIENTES-DA-UTI-REVISTA-ATUALIZA-SAUDE-V1-N1.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: **The PRISMA Statement.** Disponível em: www.prisma-statement.org. Traduzido por: Taís Freire Galvão e Thais de

Souza Andrade Pansani; retro-traduzido por: David Harrad. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 2,abr-jun, 2015.

MORAES, C.L.K; PAULA G.M.A. de; SILVA, J.R. da; RODRIGUES M.C.L; Desafios enfrentados pela equipe de enfermagem na reanimação cardiorrespiratória em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n 1, p. 90 – 99, 2016. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/2231/1056>. Acesso em: 11 de novembro de 2016.

MOURA, L.T.R.de; LACERDA, L.C.A. de; GONÇALVES, D.D.S.; ANDRADE, R.B. de; OLIVEIRA, Y.R. de. Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, Ceará, v 13, n 2, p.419 – 27, 2012. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/225/pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2017.

NACER, D.T; BARBIERI, A.R. Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura. ***Revista Eletrônica de Enfermagem***, Goiânia, GO, v 17, n 3, p. 1 – 8, jul/set, 2015 Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/30792/20778>. Acesso em:16 de março de 2017.

OLIVEIRA K.C.J; Conhecimentos da equipe de enfermagem diante da parada cardiorrespiratória: revisão integrativa. **Repositório Institucional da UFSC**, Florianópolis, SC, p 1 – 27, 2014. Disponível em<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173549/Karla%20Cristina%20de%20Jesus%20Oliveira-EMG-TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 03 de outubro de 2017.

PEREIRA, D.S.; VIEIRA, A.K.I.; FERREIRA, A. M.; BEZERRA, A.M.F.; BEZERRA, W.K.T. Atuação do Enfermeiro Frente à Parada Cardiorrespiratória (PCR). **REBES**, Pombal, PB v. 5, n. 3, p. 08-17, jul-set, 2015. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2016/2628-1461602411.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

ROCHA, F.A.S.; OLIVEIRA, M. da C.L.; CAVALCANTE, R.B.; SILVA, P.C.; RATES, H.F. Atuação da equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, MG, ano 2, n. 1, p. 141 - 150, jan/abr 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/100/265>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

ROSA, M.R. Atuação e desenvolvimento do enfermeiro frente ao cliente/paciente vítima de parada cardiorrespiratória (PCR): Revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde em Foco**, Registro, SP, p.136 – 148, 2014. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/atua_e_desen_do_enfermeiro.pdf>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

SILVA, A.B.; MACHADO, R.C. Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros***. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste***, Fortaleza, Ceará, v. 14, n. 4,p.1014 - 1021, 2013. Disponível em:<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324028789019.pdf> Acesso em: 14 de maio de 2017.

SILVA, S.C; PADILHA, K.G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento**. Revista da Escola da**

Enfermagem da USP, São Paulo, SP, v. 34, n. 4, p. 413 – 20,Dez, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a15.pdf> Acesso em: 26 de fevereiro de 2017.

VEIGA, V.C.; CARVALHO, J.C. de; AMAYA, L.E.C.; GENTILE, J. K. de A.; ROJAS, S.S.O. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira Clínica Médica**. v. 11, n. 3, p. 258 – 62, São Paulo, SP, Jul/ set, 2013. Disponível em http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3758.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2017.

SOBRE OS AUTORES:

Andressa Teoli Nunciaroni
Possui graduação em Bacharelado e Licenciatura em enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (2009). Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da Unicamp (2013). Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Unicamp (2017). Realizou estágio de pesquisa durante quatro meses junto ao grupo de pesquisa *Canada Research Chair in Shared Decision Making and Knowledge Translation, Laval University, Québec, Canadá.* Atualmente é enfermeira do Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Campinas e Professora do curso de Enfermagem Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ. Possui experiência em Saúde Coletiva, Enfermagem em Cardiologia, Saúde do Adulto, Mudanças de comportamentos relacionados à saúde, Redução do consumo de sal.
E-mail: andressateoli@gmail.com

Aline Piccolomini Dias
Aluna do último ano de Graduação em Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIFAJ, com interesse nas áreas de Urgência e Emergência e Saúde do Adulto.
E-mail: lika.piccolomini@hotmail.com

Renata Cristina Parro da Silva Santos
Aluna do último ano de Graduação em Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIFAJ, com interesse na área de Auditoria Hospitalar, Gestão em Enfermagem e Administração Hospitalar.
E-mail: santosparro@gmail.com

Sandra de Almeida Teixeira
Aluna do último ano de Graduação em Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIFAJ, com interesse nas áreas de Saúde do Adulto e Geriatria.
E-mail: sandraalmeidaconceicao@hotmail.com

ESCRITA CIENTÍFICA E BUSCA QUALIFICADA EM BASE DE DADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA E ANÁLISE DOS RESULTADOS.

Scientific writing and qualified data based searching: experience report and results analysis.

AUDI, Celene Aparecida Ferrari
Centro Universitário de Jaguariúna

QUEIROZ, Patrícia Helena Breno
Centro Universitário de Jaguariúna

PETROLI, Silvio Neto
Centro Universitário de Jaguariúna

TAMIÃO, Juliana Silva
Centro Universitário de Jaguariúna

Considerando outras possibilidades na busca de um ensino voltado a uma aprendizagem significativa, há um movimento voltado à produção de mudanças tanto em relação ao uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem quanto à promoção de uma educação transformadora. As Metodologias ativas de ensino com olhar para as distintas técnicas de problematização têm sido utilizadas no ensino com objetivo de contribuir na formação de pessoas possibilitando a integração de saberes e promoção de uma reflexão crítica e reflexiva sobre a prática.

A pedagogia crítica tem como um dos seus mais fortes representantes o educador Paulo Freire, e seus fundamentos têm subsidiado inúmeras experiências pedagógicas na área da saúde, tanto na educação profissional como na educação em saúde. Para Freire, o aluno precisa ser o protagonista de seu processo de aprendizagem e ao professor cabe a tarefa de despertar a curiosidade epistemológica.

No processo de transformação das práticas pedagógicas algumas IES iniciaram movimento de mudanças de seus currículos, mas que inicialmente passam pela qualificação de seus docentes e estímulos à introdução das ações que utilizam metodologias ativas em suas ações pedagógicas, desta forma, esse relato tem como objetivo apresentar os resultados de uma experiência exitosa de despertar o aluno para a importância da pesquisa científica na vida acadêmica e profissional enfermeiro, assim como, preparar para estudo qualificado, nos primeiros semestres do curso de graduação em enfermagem.

Este relato descreve a experiência com alunos do 3º e 4º semestres do curso de graduação de enfermagem, no desenvolvimento das disciplinas Seminário Científico I e Seminário Científico II, que aconteceram no ano de 2017. Ao final das disciplinas obtivemos como produto artigos científicos de revisão integrativa e que foram submetidos à Intellectus Revista Acadêmica Digital. Cada disciplina teve uma carga horária de 40 horas semanais, isto é, duas horas por semana na modalidade presencial.

Essas disciplinas desenvolveram com a utilização de algumas ferramentas das metodologias ativas, que apresentamos resumidamente a seguir: Inicialmente foram apresentados os planos de ensino aos alunos e foram realizados os acordos, contrato e ajustes necessários. O aluno foi convidado a realizar um portfólio das disciplinas para que pudessem acompanhar seu desenvolvimento e crescimento. E, assim, os encontros foram acontecendo de maneira crescente e sistemática iniciando pela leitura de notícias de jornais sobre tema que mais despertassem o interesse e em aulas eles liam as notícias e explicavam o que haviam entendido. Em outro momento os alunos foram ao laboratório de informática pesquisar em publicações científicas sobre aqueles temas que os alunos trouxeram como notícias de jornal ou revistas não científicas. E, assim foram construindo o conceito do que é científico e do que não é científico.

Participaram dessas disciplinas 31 alunos sendo a maioria do sexo feminino, que cursavam o 3º e 4º semestres do curso de graduação em enfermagem, 1 grupo de alunos com 3 participantes não obtiveram nota, isto é, não conseguiram realizar a revisão integrativa, embora após a data limite foi oferecido mais 3 encontros totalizando 6 horas para que pudessem equacionar as dúvidas e finalizar a revisão integrativa.

No total, 10 exercícios escrita científica de revisão integrativa, resultantes das disciplinas de Seminário Científico I e II, foram submetidos à Revista Intellectus. Os assuntos estudados abordados o papel do enfermeiro nos distintos temas: aleitamento materno, autismo, câncer de mama, parada cardiorrespiratória, violência sexual, violência obstétrica, dor neonatal, cuidados paliativos. Além dos artigos, os alunos solicitaram que a aula magna do curso pudesse abordar o tema doação de órgãos, assim como, o grupo que trabalhou esse tema realizou uma campanha sobre doação de órgãos no próprio campus de aulas e foi submetido um projeto para o Programa de Iniciação Científica (PIC), com objetivo de elaborar com

alunos das Ciências da Computação um vídeo com objetivo de esclarecer as pessoas sobre a importância de discutir esse assunto, doação de órgãos, em família, uma vez que, a revisão integrativa deste tema foi “Causa da recusa familiar no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura” e o resultado a falta de tratar deste assunto em família, leva muitos familiares a recusarem a doação de órgãos no momento da morte de seus entes.

A apresentação deste relato de experiência não permite generalizações; no entanto, seus achados podem ser aplicados com grupos de alunos em realidades com características semelhantes. A metodologia ativa aplicada nestas disciplinas teve como ação a utilização dos espaços e recursos que a UNIFAJ oferece juntamente com os conhecimentos prévios e aqueles adquiridos pelos alunos, assim como, a integração de outros docentes de forma que pudéssemos desenvolver as competências previstas. É necessário buscar diferentes alternativas que contenham, em sua proposta, as condições de provocar atividades que estimulem o desenvolvimento de diferentes habilidades de pensamento dos alunos e possibilitem ao professor atuar em situações que promovem a autonomia, substituindo, sempre que possível, as situações evidentemente controladoras.

Considerando o papel formativo das disciplinas Seminário científico I e II, espera-se que os alunos continuem empregando os conhecimentos adquiridos, e que outras propostas semelhantes possam contribuir para o fortalecimento dos estudos nos acadêmicos de enfermagem, e possam despertar para a importância na realização pesquisas qualificada que irão contribuir com formação de futuros enfermeiros críticos e éticos. Assim como, os docentes continuem estimulando as pesquisas qualificadas até que esta ação passe a ser rotina na vida dos estudantes e perdure na vida profissional.

Nas próximas páginas o leitor poderá conferir o conteúdo destes exercícios de graduação, no sentido de capacitar o aluno em relação á escrita científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

BATISTA, N.; et al. O enfoque problematizadora na formação de profissionais da saúde. **Rev Saude Pública**, v. 39, n. 2, p. :231-7, Apr. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Apr. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200014.

BERBEL, A.N.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. DOI: 10.5433/1679-0359.2011v32n1p25

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1400-1410, out. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=pt&nrm=iso>.acessos em 15 abr. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036.

FREIRE, P**. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

PRADO, M.L.; et al . Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Apr. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023.

FATORES DE RISCO QUE INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Risk Factors Influencing Early Weaning: Integrative Literature Review.

CUSTODIO, Suelem Aparecida
Centro Universitário de Jaguariúna

SILVA, Débora Mary Goulart
Centro Universitário de Jaguariúna

PEREIRA, Leticia Rayana de Morais
Centro Universitário de Jaguariúna

AUDI, Ferrari Celene Aparecida
Centro Universitário de Jaguariúna

RESUMO: O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é indispensável para a proteção e promoção da saúde dos bebês. Objetivo: Identificar os principais fatores de risco que influenciam desmame precoce. Metodologia: É um estudo do tipo "revisão integrativa", realizado a partir de pesquisa em base de dados. Resultados: Através da análise de treze artigos, com a finalidade de identificar as variáveis que influem o desmame precoce, foi possível encontrar as mais diversas causas na interrupção do aleitamento materno, desde causas simples, como o uso de chupeta, a causas mais graves, como mães dependentes de psicofármacos. Considerações finais: A maioria das mães amamenta apenas até os 04 (quatro) meses de vida do bebê, e os motivos são variados, como culturais, sociais e econômicos. A falta de informação também contribui para o desmame precoce, as mães devem receber apoio para que amamentem por vontade própria e não se sintam obrigadas a fazer isso.

Palavras-chaves: Aleitamento Materno; Desmame; Fator de Risco.

ABSTRACT: Exclusive breastfeeding up to six months of age is essential for the protection and promotion of infant health. Objective: To identify the main risk factors that influence early weaning. Methodology: It is a study of the type integrative review, carried out from research in database. Results: Through the analysis of twelve articles, in order to identify the variables that influence early weaning, it was possible to find the most diverse causes in the interruption of breastfeeding, from simple causes like pacifier use to more serious causes such as dependent mothers of psychotropic drugs. Final Consideration: We can conclude that most mothers breastfeed only up to 4 months of the baby's life, and the reasons are varied, such as cultural, social and economic. Lack of information also contributes to early weaning, mothers should be supported to breastfeed willingly and do not feel obliged to do so.

Key-words: Breastfeeding; Weaning; Risk factor.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) deve ser mantido durante os seis primeiros meses de vida e, posteriormente, os bebês devem receber alimentos adequados associados à amamentação contínua até dois de idade. O Leite Materno (LM) é indispensável para a proteção e promoção da saúde das crianças. Possui papel fundamental no estado nutricional, crescimento e desenvolvimento dos lactentes, devido às suas importantes características nutricionais e imunológicas; dentre as intervenções na alimentação infantil, a amamentação é considerada a prática mais eficaz para melhorar a saúde da criança (SALUSTIANO *et al.*, 2012, OMS, 2009).

A Organização Mundial da Saúde e a UNICEF adotaram a estratégia global para alimentação das crianças e crianças pequenas (WHO, 2003). A estratégia foi desenvolvida para revitalizar a atenção mundial ao impacto que as práticas de alimentação sobre o estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, saúde e sobrevivência das crianças.

Os benefícios do Aleitamento Materno (AM) estão comprovados na literatura mundial. Estudos, em países em desenvolvimento, mostram que crianças que não são amamentadas têm de 06 (seis) a 10 (dez) vezes mais chances de morrer nos primeiros meses de vida, quando comparadas com lactentes que são amamentados (WHO, 2000; BAHL, 2005). Diarreia, pneumonia e outras infecções são mais comuns e mais graves em crianças que são alimentadas artificialmente e são responsáveis por muitas dessas mortes (WHO, 1993; VICTORA, 1987).

Apesar da importância e da recomendação do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), nos primeiros 06 (seis) meses de vida do lactente, uma pesquisa realizada no Brasil, constatou que, em relação ao AM na primeira hora de vida, a maioria dos municípios participantes encontra-se em boa situação, com prevalências entre 50% e 89%. Já em relação ao AME, em menores de seis meses, a maioria tem situação considerada pela OMS como “razoável”, com prevalências de 41%, isto é, inferiores a 50% (BRASIL, 2010).

O sucesso do AM pode ser definido por uma amamentação mais prolongada, e depende de condições multifatoriais e interdisciplinares, dentre elas uma política nacional de estímulo à promoção e proteção do AM, serviços de saúde, comunidade, entre outras. O AM faz parte do compromisso assumido pelo Brasil –

os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – e foram estabelecidas estratégias para Redução da Mortalidade Infantil, Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Pacto pela Vida, Programa Mais Saúde (ONU, 2017).

Para Caldeira (2000), as variáveis que afetam o desmame precoce ou a extensão da amamentação podem ser divididas em cinco categorias: a) variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, número de filhos, experiência com amamentação; b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família; c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação e desejo de amamentar; d) variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais; e) variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar): estresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de alimentos.

Buscar entendimento sobre os fatores de risco para o desmame precoce poderá contribuir para a melhoria das ações realizadas.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa e verificar os principais fatores, os quais influenciam as razões principais que levam ao desmame precoce.

METODOLOGIA

Este é um artigo do tipo revisão integrativa da literatura, que é um método que proporciona a síntese de conhecimento. Sua relevância consiste na possibilidade de oferecer subsídios e orientações a fim de proporcionar mudanças.

Esse tipo de estudo é desenvolvido em uma sequência de etapas, como: a) identificação do tema e identificação da questão norteadora, b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, c) definição das informações a serem extraídas dos estudos, d) avaliação dos estudos incluídos na revisão, e) interpretação dos resultados, f) apresentação da revisão/síntese do conhecimento; esta revisão adotou as etapas citadas (MENDES, 2008).

Esta revisão integrativa tem a seguinte questão norteadora: "*Quais são os fatores que levam ao desmame precoce antes dos seis meses de idade?".*

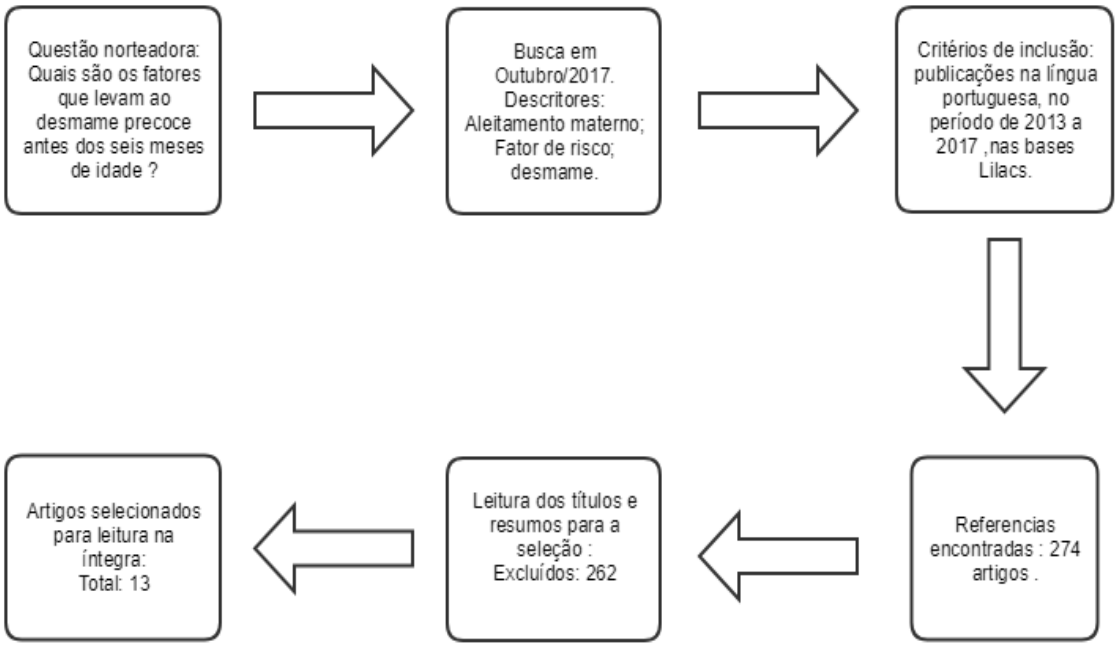
As pesquisas nas bases de dados foram feitas de janeiro de 2017 a novembro de 2017 e foi usada a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Para relacionar os artigos, foram empregadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), por meio das seguintes palavras-chaves: *"aleitamento materno, fator de risco e desmame"*.

No total, foram encontrados 274 artigos e, após a leitura dos títulos e resumos, com a finalidade de verificar os critérios de inclusão, foram selecionados e analisados doze artigos conforme os critérios de inclusão pré-estabelecidos: artigos que apresentem os fatores de risco para o desmame precoce, isto é, antes de 06 (seis) meses de vida; artigos na língua portuguesa, publicados nos últimos 05 (cinco) anos (2013-2017).

RESULTADO / DISCUSSÃO

Por meio da busca nas bases de dados, chegou-se a um total de treze artigos analisados (Fluxograma), os quais sintetizam informações correlacionadas aos fatores que influenciam o desmame precoce. Com os objetivos propostos, tendo em vista que foi selecionados segundo título, ano, objetivos, resultados e conclusões (Quadro 1).

Fluxograma: Artigos analisados**.**



Quadro 1: Artigos relacionados ao desmame precoce antes do sexto mês de vida: ano, título, objetivo do autor, resultados e conclusões.

Nº	AUTOR-ANO	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO	CONCLUSÃO
1	MARGOTTI, 2016	Fatores de risco para o desmame precoce.	Determinar os fatores de risco para o desmame precoce.	Os fatores de risco para a amamentação exclusiva aos dois e três meses foram o escore de Edimburgo, hospital não Amigo da Criança, e mãe que trabalha fora do lar. A escolaridade materna foi fator de risco apenas aos dois meses. Dentre as mães que apresentavam tendências depressivas, tiveram seus filhos no hospital não Amigo da Criança.	Hospital não Amigo da Criança, mãe que trabalha fora do lar e Escore de Edimburgo se mostraram como fatores de risco para amamentação exclusiva aos dois e três meses de vida do bebê, e mulheres com tendências depressivas tiveram predisposição ao desmame.
2	SOUSA, 2015	Aleitamento materno e os determinan-tes do desmame precoce.	Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres que desmamaram precocemente e os fatores de risco para o desmame precoce.	Os resultados evidenciaram mães com renda mensal média de 740,55 reais; jovens no período pós-parto, com média de 23,4 anos de idade, casadas; anos de estudo. Apenas uma mãe teve licença-maternidade de seis meses, o que corresponderia ao tempo ideal para o aleitamento materno exclusivo; e 17 mães relataram o leite insuficiente como motivo para o desmame precoce.	As mães entrevistadas apresentavam vários fatores de risco para o desmame precoce. Ressalta-se, então, a importância dos enfermeiros fazerem um acompanhamen-to de qualidade do binômio "mãe-filho", a fim de fortalecer as práticas de aleitamento materno.
3	BREIGEIRON, 2015	Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças.	Verificar a associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças.	As crianças foram classificadas em: eutróficas, risco para sobrepeso e obesidade, magreza e sobrepeso, e magreza acentuada. O aleitamento materno exclusivo demonstrou ser um fator de proteção contra a magreza acentuada; estar sendo amamentado ou ter sido amamentado foram identificados como fatores de proteção contra sobrepeso, risco para	Inadequado estado nutricional e desmame precoce não foram fatores de risco para o maior tempo de internação nesta amostra.

				sobrepeso e obesidade. O tempo de internação hospitalar foi maior para sobrepeso/ obesidade e menor para magreza acentuada/magreza.	
4	AMARAL, 2015	Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes.	Identificar os fatores que podem influenciar as nutrizes na interrupção do aleitamento materno exclusivo, durante os primeiros seis meses de vida do lactente.	Pouco conhecimento das nutrizes em relação ao vínculo afetivo do binômio, à redução dos gastos da família com a alimentação da criança e ao risco de hemorragias no pós-parto; crença na produção insuficiente de leite; dificuldade de pega da mama; e diversas intercorrências mamárias no pós-parto.	É necessário expandir as orientações e o apoio ao AM com vistas principalmente ao apoio às nutrizes nas primeiras semanas pós-parto.
5	MARGOTTI, 2014	Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamenta-ção.	Objetivou-se determinar os fatores relacionados com o tempo de aleitamento materno exclusivo e associar aos escores da Escala de Autoeficácia na Amamentação.	Os fatores de risco para a amamentação foram: hospitais não Amigos da Criança, escolaridade (≤ oito anos de estudo); e mãe que trabalhava. Ao avaliar o aleitamento materno aos 120 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de proteção para a amamentação foram a maior idade materna e a pontuação no teste de amamentação.	Já aquelas para a amamentação exclusiva foram a maior idade materna e a pontuação no teste de amamentação.

6	MORAES, 2014	A percepção da nutriz frente aos fatores que levam ao desmame precoce em uma unidade básica de saúde de Divinópolis / MG.	Analisar a percepção da nutriz frente aos fatores que levaram ao desmame precoce em uma Unidade Básica de Saúde de Divinópolis / MG.	Os resultados mostraram que as nutrizes possuem uma percepção positiva sobre o aleitamento materno, porém notou-se que este conhecimento não foi suficiente para evitar o desmame precoce.	Com essa avaliação, observa-se a necessidade da intervenção dos profissionais de saúde em ações de educação continuada com as nutrizes.
7	MARTINS, 2014	Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento.	Descrever o calendário de introdução de alimentos/líquidos nos seis primeiros meses de vida e investigar fatores associados a essa introdução, entre lactentes considerados de risco ao nascer.	Foram avaliados 113 lactentes; todos receberam alimentos/líquidos antes dos seis meses de idade: água, chás, leite de vaca integral, leite em pó, sucos, papa salgada, alimentação da família, bolacha/pão, caldos, iogurte; observou-se associação entre introdução precoce de alimentos/ líquidos e uso de chupeta e mamadeira, menor tempo de aleitamento materno exclusivo, aleitamento artificial nas primeiras 24 horas de vida e intercorrências na gravidez / parto.	Faz-se necessária a orientação das gestantes e mães quanto à manutenção da amamentação exclusiva e ao calendário adequado para a introdução de alimentos.
8	MAIS, 2014	Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica.	Desenvolver um escore de inadequações na AC (EIAC) e estudar sua associação com variáveis socioeconômicas, clínico-epidemiológicas e nutricionais.	Foram observadas altas frequências para todas as inadequações, especialmente na introdução tardia de sólidos, precoce de açúcares/ engrossantes e precoce de líquidos. Entre as variáveis mais significantemente associadas com o escore, estão desmame precoce do aleitamento materno exclusivo, ausência de companheiro e a mãe ser a chefe da família.	A utilização do escore identifica situações de maior risco para subsidiar as ações prioritárias da assistência nutricional, especialmente para promover o trabalho matricial.

9	ANDRADE, 2014	Níveis séricos do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro e citocinas e a duração da amamenta-ção em crianças e adolescen-tes.	Avaliar a concentração de BDNF, IL6, IL10, TNF-α em crianças e correlacionar com a duração da amamentação.	Níveis séricos de BDNF em T0 foram significativamente menores no grupo amamentado por ≥ seis meses, sendo que este não teve diferença entre os grupos em T1. Níveis de IL6 apresentaram-se aumentados significativamente em T0 no grupo de desmame precoce. O IMC em T1 foi maior no grupo de desmame precoce. E em relação aos níveis de IL10 e TNF-α não houve diferenças significativas entre os grupos.	Os resultados deste estudo mostraram semelhanças entre os níveis séricos de BDNF medidos em longo prazo, entre crianças amamentadas por < seis meses e ≥ seis meses, sugerindo que futuros estudos são necessários, com dosagens durante o período de amamentação para investigar o papel de marcadores neuroquímicos, na duração do aleitamento materno e suas implicações no estado nutricional e cognição das crianças amamentadas.
10	MACHADO, 2014	Determinan-tes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicosso-ciais.	Avaliar os determinantes ao abandono do aleitamento materno exclusivo.	As prevalências de abandono do aleitamento materno exclusivo aos 30, 60 e 120 dias após o parto. Sintomas de depressão pós-parto e parto traumático associaram-se com abandono do aleitamento materno exclusivo no segundo mês após o parto. No quarto mês, mostraram significância as variáveis: menor escolaridade materna, não possuir imóvel próprio, ter voltado a trabalhar, não ter recebido orientações sobre amamentação no puerpério, reação negativa da mulher com a notícia da gestação e não receber ajuda do companheiro com a criança.	Fatores psicossociais e sociodemográ-ficos se mostraram fortes preditores do abandono precoce do aleitamento materno exclusivo. Dessa forma, é necessário identificar e tratar precocemente as nutrizes com sintomatologia depressiva, reduzindo a morbidade a ela associada e promovendo maior duração do aleitamento materno exclusivo. Os profissionais de saúde, bem como o apoio recebido no lar e no trabalho, podem beneficiar esse processo.

11	FARIA, 2014	Fatores que favorecem o desmame precoce no aleitamento materno.	Elaborar um projeto de intervenção capaz de diminuir o índice de desmame precoce no PSF Pontello 2.	Mitos e crenças relatados pelas mães, intercorrências com as mamas e falta de informação em relação à importância do aleitamento materno, baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o aleitamento materno.	Torna-se necessário compreender este processo a fim de possibilitar a assistência de forma integral e humanizada aos sujeitos envolvidos, superando as dificuldades, podendo assim evitar a introdução de novos alimentos antes dos seis meses de vida da criança.
12	PEREIRA, 2014	Fatores relacionados ao desmame precoce: um plano de ação.	Elaborar um plano de intervenção para evitar o desmame precoce.	Quando se identificam os principais fatores de risco para o desmame precoce, é possível pensar em uma intervenção mais efetiva direcionada para a melhoria da assistência à mãe e ao bebê.	Faz-se necessário oferecer orientações qualificadas com abordagens que considerem os aspectos psicossociais envolvidos no comportamento das mães, a fim de que alcancem maior eficácia.
13	FIGUEREDO 2013	Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenien-tes.	O objetivo da pesquisa foi identificar o padrão de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida de crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança e os fatores que contribuíram para o desmame precoce.	Na análise multivariada, as variáveis que mostraram risco para o desmame precoce foram a intercorrência mamária hospitalar e, na consulta de retorno, a posição inadequada e a associação das duas anteriores.	A iniciativa Hospital Amigo da Criança favorece o aleitamento materno exclusivo.

Dentre os treze artigos analisados na avaliação dos fatores de risco que influenciam o desmame precoce, verificaram-se diversas variáveis que influem no desmame ou na extensão da amamentação. Foram divididas em cinco categorias:

A) Variáveis demográficas:

Idade materna: a média de idade materna foi de 12 a 44 anos. A idade materna influencia muito, tanto no modo de vida da mãe e do bebê, quanto nas preocupações que a mãe tem, relacionada à sua idade, quando eventualmente descobre uma gravidez. É importante ressaltar que a idade materna avançada implica preocupações com a proximidade do nascimento (MARGOTTI, 2016; SOUSA, 2015; AMARAL, 2015; MARGOTTI, 2014; MORAES, 2014; MARTINS, 2014; FIGUEREDO, 2013; MACHADO, 2014).

Número de filhos: na maioria das análises, as mulheres eram primíparas, ou seja, tinham ou iriam parir o primeiro filho. Isso ocorre pela baixa taxa de fecundidade que se encontra no país atualmente, a qual está diretamente relacionada às práticas contraceptivas, renda ou nível educacional (MORAES, 2014; MAIS, 2014; MACHADO, 2014).

B) Variáveis socioeconômicas:

Renda familiar: esse conceito refere-se a qualquer renda econômica que entra em uma família; foram encontrados casos de famílias com renda familiar entre 01 (um) e 03 (três) salários mínimos e, até mesmo, rendas mais baixas do que as mencionadas (MORAES, 2014; MAIS, 2014; FIGUEREDO, 2013; PEREIRA, 2014; MACHADO, 2014).

Escolaridade materna e paterna: a escolaridade dos pais tem impacto na vida dos filhos, seja positivo ou negativo, causando muitas vezes um alto poder de discriminação aos pais com menos conhecimento. A renda familiar também pode interferir na baixa escolaridade dos responsáveis, como foi mostrado nos estudos; porém, também houve grande número de pais com escolaridade média, de oito a dez anos (MARGOTTI, 2016; SOUSA, 2015; BREIGEIRON, 2015; MORAES, 2014; MARTINS, 2014; MAIS, 2014; FIGUEREDO, 2013; PEREIRA, 2014; MACHADO, 2014).

Tipos de trabalho do chefe da família: esse indicador está totalmente voltado ao território, às características sociais e econômicas da família. Há casos em que todos da casa trabalham, de mães que voltaram a trabalhar com 04 (quatro) meses de vida do filho e, na maioria das famílias com baixa renda, o trabalho que mais se sobressai para as mulheres é como diarista e para os homens como pedreiro, motorista ou “fazem bicos” para ajudar na renda

(MARGOTTI, 2016; SOUSA, 2015; MARGOTTI, 2014; MAIS, 2014; PEREIRA, 2014; MACHADO, 2014).

C) Variáveis associadas à assistência pré-natal:

Orientação sobre amamentação: na maioria das análises, foi possível identificar que as mães têm muita falta de orientação e até mesmo de apoio, seja dos profissionais de saúde como dos próprios familiares. Para melhoria da falta de orientação, é necessário fazer intervenções efetivas e oferecer orientações qualificadas que melhorem a vida da mãe e do bebê (MARGOTTI, 2016; MARTINS, 2014; MAIS, 2014; ANDRADE, 2014; FIGUEREDO, 2013; FARIA, 2014; PEREIRA, 2014; MACHADO, 2014).

Desejo de amamentar: o desejo de amamentar está presente antes mesmo do bebê nascer, pois significa realizar plenamente o papel de mãe; porém, há muitos fatores que interferem, como falta de leite, dor, o bebê não pega o peito, sangramentos, entre outros. É importante que na assistência pré-natal isso seja discutido, pois se a mãe deseja amamentar e não consegue, é frustrante para ela, ocasionando sentimentos que podem prejudicar ainda mais (MARGOTTI, 2016; MARTINS, 2014; MAIS, 2014; ANDRADE, 2014; FIGUEREDO, 2013; FARIA, 2014; PEREIRA, 2014; MACHADO, 2014).

Tipos de parto: existem muitas variáveis para a escolha do tipo de parto; entre eles estão o parto normal, cesárea, parto natural, parto na água, parto de cócoras, parto fórceps; ainda há o parto humanizado, parto de Leboyer e o parto sem dor, que são menos utilizados. Os estudos mostraram que o parto mais utilizado foi o parto vaginal (normal), seguido pelo parto cesárea (MARGOTTI, 2016; SOUSA, 2015; MARGOTTI, 2014; MORAES, 2014; MAIS, 2014; FIGUEREDO, 2013; FARIA, 2014; MACHADO, 2014).

D) Variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata:

Alojamento conjunto, auxílio dos profissionais de saúde e dificuldades iniciais: o aconselhamento profissional é útil para reforçar a autoestima e confiança no ato de amamentar; houve apenas um relato de apoio dos profissionais de saúde sobre o aleitamento materno exclusivo. A maioria das mulheres reclama de muita falta de orientação dos profissionais de saúde, falta também de auxílio nas dificuldades iniciais, e isso leva a entender que ainda há uma certa deficiência dos profissionais em abordar o aleitamento em todos

seus aspectos, desmistificando crenças e mitos e orientando em cada detalhe (SOUSA, 2015; MAIS, 2014; FARIA, 2014; PEREIRA, 2014; MACHADO, 2014).

Presença paterna na estrutura familiar: diversas são as importâncias da figura paterna para o desenvolvimento infantil; o pai desempenha um papel de protetor, companheiro, cuidador, entre outros, que se diferenciam da figura materna; porém, com a fragilização da estrutura familiar, cada vez mais ocorre a ausência da figura paterna. Nesse indicador, apesar de haver muitas mulheres casadas, a maioria das mães se encontrava solteiras (MARGOTTI, 2016; SOUSA, 2015; MARGOTTI, 2014; MORAES, 2014; MAIS, 2014; MACHADO, 2014).

Experiência com amamentação: esse é um assunto delicado, a maioria das mulheres tem muita falta de apoio e de experiência, problemas com a falta de leite ou até mesmo a demora do bebê para desenvolver o hábito de mamar. São inúmeras variáveis que implicam na experiência com amamentação, isso levou a maioria das mães a amamentar até os 04 (quatro) meses, algumas até 12 meses e em, alguns casos, nem houve amamentação (MARGOTTI, 2016; SOUSA, 2015; AMARAL, 2015; MARGOTTI, 2014; MAIS, 2014; FIGUEREDO, 2013; PEREIRA, 2014; MACHADO, 2014).

E) Variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar):

Estresse e ansiedade materna: houve um relato de que 1/3 (um terço) das mulheres foi diagnosticada com depressão pós-parto. Com a grande dificuldade de diagnosticar a DPP, foram criadas escalas para mensurar e caracterizar os sintomas; desse modo, no primeiro artigo, foi usada a Escala de Depressão Pós- Parto de Edimburgo (MARGOTTI, 2016; MAIS, 2014; MACHADO, 2014).

Uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê: são diversos os usos de medicamentos que podem ser utilizados tanto pela mãe como pelo bebê, para tratamento das mais diversas causas; foi encontrado um relato de uso de psicofármacos; é necessário lembrar que deve ser feita a interrupção do aleitamento materno quando as mães estão em uso de algum fármaco incompatível com o ato de amamentar (PEREIRA, 2014).

Introdução precoce de alimentos: até os 06 (seis) meses de vida, o bebê deve ingerir apenas o leite materno; há vários estudos que comprovam que a introdução precoce de alimentos aumenta o risco de diversos problemas, como infecções de ouvido, respiratórias e até mesmo morte súbita. Porém, por diversos fatores, as mães, muitas vezes, não podem/conseguem amamentar seus filhos até os seis meses; nas análises, foi possível identificar que houve introdução precoce de alimentos antes dos 04 (quatro) e 06 (seis) meses de vida, mais da metade dos bebês não recebia mais o aleitamento materno exclusivo antes dos 04 (quatro) meses, algumas mães alegam que o leite era fraco e a introdução alimentar foi indicação do pediatra (MARGOTTI, 2016; SOUSA, 2015; BREIGEIRON, 2015; AMARAL, 2015; MARGOTTI, 2014; MAIS, 2014; FARIA, 2014; MACHADO, 2014).

É de grande importância o aleitamento materno na nutrição das crianças, principalmente antes dos seis meses de vida; o aleitamento materno tem suprido todas as necessidades nutricionais da criança nesse período.

Neste estudo, os resultados foram analisados através de divisões em cinco categorias, o que permitiu uma melhor compreensão das diversas variáveis que influem o desmame precoce. Também foi possível identificar os fatores de risco que afetam o desmame precoce; são eles: mães que trabalham fora de casa, escolaridade, tendências depressivas, baixa renda, idade materna, trabalho, falta de orientação sobre o aleitamento materno, poucos filhos, ordenha e armazenamento de leite, estado nutricional da criança, uso de medicamentos, dificuldades iniciais devido a crenças e mitos, falta de conhecimento das nutrizes, falta na pega mamária, vínculo afetivo do binômio “mãe-bebê”, falta de leite ou leite fraco/seco, falta de confiança e de apoio familiar, hospital não credenciado, nível de instrução e índice do desmame, uso de chupeta e mamadeira, e introdução precoce de alimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados e discussão foi possível concluir que a maioria das mães amamenta apenas até os 04 (quatro) meses de vida do bebê, e os motivos são variados, como culturais, sociais e econômicos. Muitas razões talvez se deva ao fato da mulher atual ter um cotidiano muito ansioso e tenso, a

falta de informação também contribui para o desmame precoce, é primordial que a mulher receba apoio em suas dúvidas e dificuldades, para que se sinta confiante em seu papel de mãe e no aleitamento de seu filho. Sendo da competência dos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, a responsabilidade de desempenhar um atendimento de qualidade a essas mães, a fim de que se o desmame precisa acontecer não precisa haver sentimento de culpa para que não se torne uma experiência traumática para ambos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, L. J. X. *et al*. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** [s.l.], v. 36, n. , p. 127-134, 2015. Disponivel em: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676.

ANDRADE, J. S. et al. Níveis Séricos do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro e Citocínios e Duração da Amamentação em Crianças e Adolescentes. **Revista HCPA,** V. 34 N. 1, P. 53-59, 2014.

BALH, R. et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 83, p. 418–426, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros. Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros.** Brasília-DF, 2010.

BREIGEIRON, M. K. *et al*. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** [s.l.], v. 36, p. 47-54, 2015. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2015.esp.57459.

FARIA, M. C. **Fatores que favorecem o desmame precoce no aleitamento materno.** p.1-25, Trabalho de conclusão de curso - Universidade Federal de Minas Gerais - Pompéu MG - 2014.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRAO, A. C. F. de V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp,** [s.l.], v. 47, n. 6, p. 1291-1297, dez, 2013. Disponível em:10.1590/S0080-623420130000600006.

MACHADO, M. C. M. *et al*.Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública,** [s.l.], v. 48, n. 6, p. 985-994, dez. 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005340.

MAIS, L. A. *et al*. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 19, n. 1, p. 93-104, jan. 2014. Disponível em: 10.1590/1413-81232014191.2168.

MARGOTTI, E.; MATTIELLO, R. Fatores de risco para o desmame precoce. **Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste**. [s.l.], v. 17, n. 4, p.537-544, 8 set, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400014.

MARGOTTI, E.; EPIFANIO, M. Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** [s.l.], v. 15, n. 5, p. 771-779, novembro, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000500006.

MARTINS, C. B. de G. *et al*. Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** [s.l.], v. 23, n. 1, p. 79-90, mar. 2014. Doi: 10.5123/S1679-49742014000100008.

MENDES K.D.S, SILVEIRA R.C.C.P, GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. v. 17 n. 4 p. 758-64, 2008.

MORAES, J. T.; et al. A percepção da nutriz frente aos fatores que levam ao desmame precoce em uma unidade básica de saúde de Divinópolis / MG. **Revista De Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro**; v. 4, n. 1, p. 971-982, jan\abr. 2014.

PEREIRA, J. R. **Fatores Relacionados ao desmame precoce: Um plano de ação**. p. 1-33, Trabalho de conclusão de curso .Universidade Federal de Minas Gerais - Lagoa Santa MG - 2014.

SALUSTIANO, L. P. Q. *et al*. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obstet.**; v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

SOUSA, M. S. *et al*. Aleitamento materno e os determinantes do desmame precoce. **Revista de Enfermagem da UFPI**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 19-25. junho, 2015. Disponível em: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3142

VICTORA, C.G. *et al*. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet.** v. 2, p. 319-22, 1987.

WHO. **Infant and young child feeding: model chapter for text books for medical students and allied health professionals**. Geneva, 2009.

WHO/UNICEF. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva, World Health Organization, 2003.

WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and childhood mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, v. 355, p. 451–455, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Breast-feeding. The technical basis and recommendations for action.** Geneva, 1993.

SOBRE AS AUTORAS:
SUELEM APARECIDA CUSTÓDIO

Brasileira, 19 anos. Graduanda em Enfermagem, no Centro Universitário de Jaguariúna (2016 - 2020). Residente em Águas de Lindóia – SP.

E-mail: suelemm.44@gmail.com

DÉBORA MARY GOULART SILVA

Brasileira, 20 anos. Graduanda em Enfermagem, no Centro Universitário de Jaguariúna (2016-2020). Residente em Jaguariúna – SP.

E-mail: deboramary_jnf@hotmail.com

LETICIA RAYANA DE MORAIS PEREIRA

Brasileira, 20 anos. Graduanda em Enfermagem, no Centro Universitário de Jaguariúna (2016-2020). Residente em Monte Sião – MG.

E-mail: leticiademorais862@gmail.com

TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS COMO CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS A PACIENTES ONCOLOGICOS PEDIÁTRICOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Animal assisted therapy as palliative care for pediatric oncology patients: Integrative Literature Review.

SILVA, João Pedro Gonçalves
Centro Universitário De Jaguariúna

NOGUEIRA, Janaina Costa
Centro Universitário De Jaguariúna

SANTOS, Ieda Eduarda
Centro Universitário De Jaguariúna

QUEIROZ, Patrícia H. Breno
Centro Universitário De Jaguariúna

Resumo: Reconhecido como um tipo inovador de cuidado à saúde, os cuidados paliativos tornaram-se mais populares no Brasil, especialmente na última década. A presente revisão buscou levantar métodos utilizados para cuidados paliativos em conjunto da terapia assistida por animais (TAA) em crianças com câncer, agregando informações para melhoria no atendimento de enfermagem para estes pacientes e suas famílias. Foram utilizados como critérios de elegibilidade descritores de assunto já contidos sobre o tema selecionado, classificando os que agregam ao cuidado mais humanizado e uma qualidade de vida melhor, buscando um cuidado diferenciado para os pacientes oncológicos pediátricos. A TAA traz grandes benefícios para os pacientes que são submetidos ao contato diário com animais. A revisão aponta uma escassez de publicações relacionadas ao papel do Enfermeiro frente aos cuidados paliativos prestados na Oncologia pediátrica nos cursos de graduação em enfermagem, até mesmo o papel do enfermeiro na adesão da terapia assistida por animais. Neste sentido, sugere-se que sejam implantadas novas pesquisas sobre a temática.

Palavras chave: Cuidados Paliativos; Oncologia Pediátrica; Terapia Assistida por Animais.

Abstract: Recognized as an innovative type of healthcare, palliative care has become more popular in Brazil, especially in the last decade. The present review sought to raise methods used for joint palliative care of animal assisted therapy (AAT) in children with cancer, aggregating information to improve nursing care for these patients and their families. Descriptors of the subject already included on the selected topic were used as eligibility criteria, classifying the ones that add to the more humanized care and a better quality of life, seeking differentiated care for pediatric oncology patients. AAT brings great benefits to patients who are subjected to daily contact with animals. The review points to a paucity of publications related to the role of the nurse in the palliative

care provided in pediatric oncology in undergraduate nursing courses, including the role of nurses in the adherence of assisted therapy. In this sense, it is suggested that new research on the subject be implemented.

Keywords: Palliative Care; Pediatric Oncology; Animal-Assisted Therapy.

INTRODUÇÃO

O câncer é um grupo de doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais que invadem os tecidos e os órgãos e pode se espalhar para várias partes do corpo, causando metástases. Considerada uma doença rara, o câncer em crianças, ou seja, aquele que afeta crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos, corresponde a 1% e 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações. (BRASIL, 2014)

No Brasil, o câncer ocupa a segunda posição das mortes de crianças e adolescentes (0-19 anos), perdendo apenas por óbitos por causas externas, configurando-a como a doença que mata mais no país. (BRASIL, 2014)

Quando o tratamento curativo não é mais uma opção, o paciente, a família e a equipe de saúde enfrentam grandes desafios, como o estabelecimento de medidas para o controle da dor e de outros sintomas, acompanhamento e suporte psicossocial e espiritual para a criança, o adolescente e seu entorno familiar, com a finalidade de buscar melhor qualidade de vida. (MONTEIRO. 2015).

Dentro dos tratamentos oferecidos pelas equipes hospitalares, classificamos os cuidados paliativos, como um dos cuidados mais importantes para a manutenção de uma qualidade de vida melhor.

Reconhecido como um tipo inovador de cuidado à saúde os cuidados paliativos tornaram-se mais populares no Brasil, especialmente na última década. Eles diferem fundamentalmente da medicina curativa, concentrando-se no atendimento integral, através da prevenção e controle dos sintomas enfrentados pelo paciente e que repercutem em seu estado geral, muitas vezes com risco de vida - um conceito que também se aplica aos membros da família, cuidadores e equipes de saúde (GOMES. 2016).

O papel do enfermeiro inicia-se no primeiro contato com a criança até o momento da notícia à família e à criança, dependendo de sua idade e da sua capacidade de compreender o que está sendo dito, até o momento de apoio ao

luto da família. O profissional deve promover um cuidado centrado nas particularidades da criança, além de estabelecer comunicação com a família, que é componente essencial na promoção da saúde. Uma vez que assistência integral à criança engloba os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, espirituais e culturais. (GUIMARAES. 2016)

Dentre as técnicas oferecidas que podem auxiliar o processo de comunicação e interação com os pacientes, destacamos a Terapia Assistida por Animais (TAA), que surgiu na década de 60 e consiste na utilização de animais com finalidade terapêutica. (KOBAYASHI. 2009)

Nos últimos anos, a capacidade dos animais de funcionar como animais de estimação e trabalhar como curandeiros de seus guardiões humanos têm demonstrado na pesquisa resultados significativos, embora esta literatura seja limitada. Enquanto a terapia assistida animal (AAT) não são tipos comuns de tratamentos complementares utilizados entre pessoas que vivem com doenças crônicas, foi pesquisado e considerado valioso em várias configurações, como hospital, terapia, ambientes de vida educativos e assistidos, particularmente entre crianças e idosos. (REED. 2012)

São utilizados todos os tipos de animais que possam entrar em contato com os humanos sem oferecer-lhes perigo como: gato, coelho, tartaruga, chinchila, hamster, peixe, furão, pássaro e até mesmos animais exóticos como a iguana. O principal animal utilizado é o cão, pois apresenta uma natural afeição pelas pessoas, é facilmente adestrado e capaz de criar respostas positivas ao toque, possuindo grande aceitação por parte das pessoas. (KOBAYASHI, 2009)

A terapia animal obtém resultados mais eficientes com os animais que podem ser tocados. Encontramos diversos benefícios da terapia assistida por animais, que possibilitam uma melhora para os pacientes que são submetidos á terapia, são elas. (KOBAYASHI, 2009)

- Dar nomes aos filhotes ou chamar os animais pelo nome são excelentes exercícios fonoaudiólogos á pacientes que possuem dificuldade de falar. Aqueles que não falam são estimulados a produzir expressões vocais;
- Diminui a percepção da dor e a ansiedade;
- O estímulo do animal faz com que aumente o nível de endorfina, ajudando a minimizar os efeitos da depressão;

- Diminui a solidão e a inibição dos pacientes melhorando consideravelmente o comportamento social;
- Ajuda a descontrair o clima pesado de um ambiente hospitalar;
- Aumenta o desejo de lutar pela vida;
- Melhora as relações interpessoais; e finalmente, mas não menos importante;
- O animal facilita e nutri a comunicação entre o profissional e o paciente.

Constatou-se que os pacientes que cuidavam de animais gastavam 16% a menos de medicamentos e saíam dois dias antes dos hospitais do que os doentes que não mantinham contato com os bichos. (KOBAYASHI, 2009)

Este trabalho avaliou alguns métodos utilizados para cuidados paliativos em conjunto da terapia assistida por animais em crianças com câncer, agregando informações para melhoria do atendimento de enfermagem para estes pacientes e suas famílias.

MÉTODO

Estudo bibliográfico descritivo pelo método de revisão integrativa da literatura para coleta e análise de dados.

Foram utilizados como critérios de elegibilidade descritores de assunto já contidos sobre o tema selecionado, classificando os que agregam ao cuidado mais humanizado e uma qualidade de vida melhor, buscando um cuidado diferenciado para os pacientes oncológicos pediátricos.

Como ferramenta de busca foram utilizadas as palavras chave: *Cuidados paliativos, Oncologia pediátrica, Enfermagem oncológica, Qualidade de vida, Terapia assistida por animais*, no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs, Google acadêmico em agosto e setembro de 2017.

A busca apontou 44 artigos, com os descritores utilizados, publicados entre 2000 e 2017, selecionando 18 para leitura, excluindo da revisão 26 artigos, por conter assuntos iguais ou não estar disponíveis para texto completo. Após a leitura dos 18 artigos selecionados, contou-se que 11 deles repetiam a temática, sendo assim utilizados 7 dos artigos na revisão

RESULTADOS

A tabela 01 apresenta a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa que trouxeram um arrazoado das melhores práticas de cuidado paliativo destinados à criança com diagnóstico de câncer e que resultem em um cuidado mais humanizado, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Quadro 01 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

	Título dos artigos e autor(es)/ano	**Periódico**	**Tipo de estudo**	**Conclusões**
1	Cuidados paliativos - Ana Luia Zaniboni Gomes e Marília Bense Othero Dezembro de 2016	***Revista Estudos Avançados***	Qualitativo	Os Cuidados Paliativos devem ser voltados para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam essa prática em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter multiprofissional e interdisciplinar.
2	Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. Patrícia Pereira Remedi et al. Fevereiro de 2009	**Revista Brasileira de Enfermagem**	Pesquisa bibliográfica	Urgência de se intensificar as investigações sobre cuidados paliativos para adolescentes com câncer, com objetivo de trazer subsídios que permitam viabilizar a introdução dessa prática nos serviços de saúde, e ainda, que os gestores e produtores de políticas públicas utilizem tais evidências científicas no planejamento das ações em saúde.
3	Cuidados de enfermagem à criança com câncer: uma revisão integrativa da literatura - Thiago Privado da Silva et al. Junho de 2015	**Revista Gaúcha Enfermagem**	Estudo bibliográfico	Necessidade de capacitação profissional e apoio psicológico aos profissionais que atuam no cuidado a esta clientela e valorização dos aspectos subjetivos nos cuidados.

4	A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos - Ana Claudia Moreira Monteiro et al. Março de 2015	**Revista Enfermagem UERJ**	Estudo qualitativo	Os enfermeiros tratam das crianças em cuidados paliativos de forma singular, pautados na compreensão, no carinho e no respeito às suas necessidades e de sua família.
5	Cuidados paliativos à criança com câncer - Jael Rúbia Figueiredo de Sá França et al. Agosto de 2014	**Revista enfermagem UERJ**	Qualitativa	Os cuidados paliativos são um instrumento eficaz no cuidado com a criança com câncer, para promover uma comunicação autêntica e um vínculo entre ela e o enfermeiro, que pode desenvolver um processo terapêutico baseado em valores humanísticos universais, com benefícios para ambos.
6	Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário. Cassia Tiemi Kobayashi, et al Agosto 2009	**Revista Brasileira Enfermagem**	Experiência	O feedback do PA com profissionais e pacientes desta Instituição demonstrou, de fato, sua importância no processo de humanização da assistência.
7	Curadores naturais: uma revisão da terapia e atividades assistidas por animais como tratamento complementar de doenças crônicas - Reiley Reed Lilian Ferrer e Natalia Villegas *Junho de 2012*	**Revista Latino-Am. Enfermagem**	Pesquisa Qualitativa	Há numerosos benefícios potencias de se implementar maior número de programas de AAA/T em centros médicos e hospitais, mas maiores investigações são necessárias nessa área. Essa terapia alternativa é de baixo custo, demonstra muitos resultados favoráveis e, se utilizada corretamente, pode melhorar a vida de muitas pessoas que vivem com diversas condições médicas e sociais.

DISCUSSÃO

As pesquisas realizadas sobre o papel do enfermeiro frente aos cuidados paliativos prestados na oncologia pediátrica mostraram que cuidados paliativos é um instrumento muito importante no cuidado das crianças com

câncer, para promover uma comunicação e um vínculo entre as crianças e o enfermeiro, que pode desenvolver um processo terapêutico baseado em valores humanísticos universais, com benefícios para ambos.

Por todas as repercussões que o câncer traz à vida da criança, a revisão aponta que o enfermeiro que cuida dessas crianças deve, juntamente com sua família, buscar estratégias para manter a melhor qualidade de vida possível durante o tratamento, através de atendimento humanizado, e que os recursos materiais e terapêuticos específicos não sejam seu foco principal (FRANÇA, 2013; GOMES, 2016; MONTEIRO, 2015; REMEDI, 2009; SILVA, 2015; SILVA, 2013)

Os artigos referentes à terapia assistida por animais inclusos na revisão concordam que a TAA traz grandes benefícios para os pacientes que são submetidos ao contato diário com animais, fazendo com que o tratamento seja mais eficaz e haja uma relação entre paciente/família e a equipe de enfermagem mais agradável para ambos (KOBAYASHI, 2009; REED, 2012).

Compartilha se da opinião de que a assistência prestada pela equipe de enfermagem na terapia assistida por animais como cuidado paliativo prestado a pacientes oncologicos pediátricos é de suma importância para um cuidado humanizado e para que haja uma melhor adesão do tratamento tradicional (KOBAYASHI, 2009; REED, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor levantar métodos utilizados para cuidados paliativos em conjunto à TAA em crianças com câncer, considerou-se a valorização de aspectos imprescindíveis para o desenvolvimento infantil, como a necessidade de brincar, e dentro deste contesto, assuntos referentes ao tratamento assistido por animais que apontam algumas barreiras na adesão da prática nos diferentes estágios do desenvolvimento, que requerem intervenções diferenciadas.

Poucas pesquisas baseadas em evidências apresentam um o panorama dos sintomas que afetam a qualidade de vida do adolescente durante o tratamento e no estágio final da doença, e ao mesmo tempo há falta de programas educativos voltados para formação dos profissionais na área da saúde, visando implantar medidas efetivas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

Transpor estas barreiras é imprescindível para que os profissionais envolvidos com cuidados paliativos possam se dedicar à pesquisa que sustente a prática da assistência articulada ao cuidado em um momento tão sensível para as crianças e suas famílias.

A revisão aponta uma escassez de publicações relacionadas ao papel do Enfermeiro frente aos cuidados paliativos prestados na Oncologia pediátrica nos cursos de graduação, até mesmo sobre o papel do Enfermeiro na adesão da TAA. Neste sentido, sugere-se que sejam estabelecidas–novas pesquisas sobre a temática.

Referencias Bibliográficas:

FRANÇA, J; COSTA, S; NÓBREGA, M; LOPES, M.. Cuidados paliativos à criança com câncer. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2013 dezembro; 21(esp.2): 779-84. • p.779. Disponível em: http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12283. Acesso em: 06 setembro. 2017.

GOMES, Ana Luísa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudo avançado.** São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dezembro. 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011. Acesso em: 07 Junho. 2017.

KOBAYASHI, Cassia Tiemi et al. Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário. **Revista Brasileira enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 632-636, Agosto. 2009. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400024. Acesso em 12 Junho. 2017.

Ministério da Saúde (BR**).** Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014 - incidência de câncer no Brasil**.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf

MONTEIRO, A; RODRIGUES, B; PACHECO, S; PIMENTA, L. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. **Revista Enfermagem UERJ** v. 21, n. 6 (2013) França, 22, março. 2015. Disponível em: http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15665. Acesso em: 06 setembro. 2017.

REED, Reiley; FERRER, Lilian; VILLEGAS, Natalia. Curadores naturais: uma revisão da terapia e atividades assistidas por animais como tratamento complementar para doenças crônicas. **Revista LatinoAmericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 3, p. 612-618, Junho 2012 . Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300025. Acesso em: 10 Novembro. 2017.

REMEDI, Patrícia Pereira et al. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. **Revista brasileira enfermagem.** Brasília, v. 62, n. 1, p. 107-112, Fevereiro. 2009. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100016. Acesso em: 07 Junho. 2017.

SILVA, Adriana Ferreira da et al . Palliative care in paediatric oncology: perceptions, expertise and practices from the perspective of the multidisciplinary team. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 56-62, Junho 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.46299. Acesso em: 13 Setembro. 2017.

SILVA, Thiago Privado da et al. Cuidados de enfermagem à criança com câncer: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 68 - 78, maio 2013. ISSN 2179-7692. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6918. Acesso em: 13 setembro. 2017.

SOBRE OS AUTORES:

João Pedro Gonçalves da Silva
Estudante do 4º Semestre de Enfermagem
E-mail: joao19goncalves@gmail.com

Janaina Costa Nogueira
Estudante do 4º Semestre de Enfermagem
E-mail: jacostanogueira@gmail.com

Ieda Eduarda dos Santos
Estudante do 4º Semestre de Enfermagem
E-mail: iedaeduarda@hotmail.com

Patricia Helena Breno Queiroz
Docente do Centro Universitário de Jaguariúna.
E-mail: phbqueiroz@hotmail.com

CAUSAS DE RECUSA FAMILIAR NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.

Causes of family refusal in the organ donation process: Integrative literature review

ANACLETO, Amanda Mandato
Centro Universitário de Jaguariúna

SABADINI, Caroline Godoi
Centro Universitário de Jaguariúna

VILLANOVA, Talia Caroline
Centro Universitário de Jaguariúna

AUDI, Celene Aparecida Ferrari
Centro Universitário de Jaguariúna.

RESUMO: A doação de órgãos trata-se de um ato realizado após o óbito confirmado por morte encefálica. Objetivo deste estudo de revisão integrativa foi avaliar as causas de recusa das famílias dos potenciais doadores no processo de doação de órgãos. Método: Pesquisa nas bases de dados foi feita de 29 de agosto à 25 de outubro de 2017 e foi usada a terminologia em saúde consultada nos DECS. Para selecionar os artigos, foram empregadas a bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), seguintes palavras chaves: *doação de órgãos, morte encefálica e família.* Resultados: A recusa pela doação evidenciou-se pelo desconhecimento da vontade do potencial doador. As causas da recusa familiar estão ligadas a não compreensão do diagnóstico da morte encefálica pelos familiares, aspectos ligados à religião e falta de preparo dos profissionais que realizaram a entrevista. Considerações Finais: A formação do profissional de saúde é fundamental para que a doação de órgãos passe a ser vista como forma humanitária e que nas escolas este tema faça parte dos projetos pedagógicos dos cursos da área de saúde.

Palavras-chave: Doação de Órgãos**;** Morte Encefálica; Família.

Abstract: Organ donation is an act performed after death confirmed by encephalic death Objective of this integrative review study was to evaluate the causes of refusal of families of potential donors in the organ donation process. Method: Data search was done from August 29 to October 25, 2017 and the health terminology consulted in the DECS was used. In order to select the articles, the following key words were used: databases of the Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs)

and Scientific Eletronic Library Online (SciELO), donation of organs, encephalic death and family. Results: The refusal to donate was evidenced by the lack of knowledge of the will of the potential donor. The causes of family refusal are related to the lack of understanding of the diagnosis of brain death by relatives, aspects related to religion and lack of preparation of the professionals who performed the interview. Final Considerations: The training of the health professional is fundamental so that donation of organs is seen as a humanitarian form is that in schools this theme is part of the pedagogical projects of the courses in the health area

Keywords: Organ donation; Brain death; Family.

INTRODUÇÃO

A doação de órgãos trata-se de um ato realizado após o óbito confirmado por morte encefálica (ME). O potencial doador (PO), ou seja, aquele em que se constatou com morte encefálica, pode salvar até 9 vidas, sendo que 2 pulmões, coração, 2 rins, córneas, pâncreas, tecidos e fígado são utilizados para doação. Porém ainda existem muitas pessoas nas filas de espera pelo transplante já que ainda há baixa autorização familiar para que a doação seja realmente efetiva. (BRASIL, 2016)

O diagnóstico de morte encefálica é legalmente reconhecido como morte sendo baseado no exame clínico e em um exame complementar comprovando a ausência de atividades elétricas, ou de fluxo sanguíneo cerebral. O transplante entre doadores vivos é também regulado pelo Estado, requerendo uma autorização judicial em caso de doação entre pessoas sem parentesco. Todo este sistema é centralizado nas Secretarias Estaduais de Saúde com listas únicas regionais, supervisionada pelo Ministério Público (RAMB, 2003).

O Brasil tem um dos maiores programas públicos de transplante de órgãos do mundo. Na fila de espera em setembro de 2017, foram constatadas 33.071 pessoas aguardando serem transplantadas, porém segundo a lei nº9.343, de 4 de fevereiro de 1997, capítulo II artigo 4º a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplante ou outra finalidade terapêutica dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau

inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes a verificação da morte (BRASIL, 2017). Campanhas de esclarecimentos têm sido desenvolvidas, no Brasil, com objetivo de conscientização da população, para que este assunto, o desejo de ser um doador de órgãos, seja conversado dentro das casas e as famílias conheçam o desejo de seus potenciais doadores (BRASIL, 2016).

Em Portugal, na sua legislação sobre a prática, toda pessoa que venha a óbito por ME, é um PO, a não ser que o mesmo tenha feito sua inscrição no Registro Nacional de Não-doadores (RENNA), o qual regulariza a não doação após a morte por ME. (SPT, 2014)

Embora muitas sejam as causas da não efetivação, nesta revisão integrativa será abordado a recusa familiar. O que será que causa esta indignação quando o assunto é doação de órgãos? Algumas questões que os fazem negar a doação são: falta de conhecimento sobre o processo, deformidade para o funeral, religião, má entrevista, pouco tempo para decisão, não conhecimento do desejo do PO, venda de órgãos no mercado negro e muitos outras, que se resumem em total falta de conhecimento sobre a real importância e eficácia neste processo. E qual o papel do enfermeiro mediante estas situações? O enfermeiro tem papel fundamental no acolhimento, na prestação do cuidado em quais palavras utilizar, em como falar e como saber o momento certo para abordar a família.

O objetivo deste estudo de revisão integrativa é avaliar as causas de recusa das famílias dos potenciais doadores no processo de doação de órgãos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual se baseia em leitura e análise de artigos já publicados, desta forma garante por parte dos que a estudam dar suporte para a decisão e melhoria na prática.

A revisão integrativa tem como objetivo possibilitar aos pesquisadores leitura, análise crítica e aprofundar conhecimento dos estudos de interesse publicado, assim como, dar suporte a tomada de decisões e apontar lacunas do conhecimento que carecem ser preenchidas e justifique novos estudos (MENDES, 2008), apresenta o mesmo rigor metodológico dos estudos

primários, com processo explicito e ordenado de seleção dos estudos, análise criteriosa da metodologia utilizada, clareza na descrição dos resultados e nas conclusões encontradas (GANOG, 1987).

Esse tipo de estudo é desenvolvido em uma sequência de etapas como: a) identificação do tema e questão de pesquisa; b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; c) definição das informações a serem extraídas dos estudos; d) avaliação dos estudos incluídos na revisão; e) interpretação dos resultados; f) apresentação da revisão/síntese do conhecimento, esta revisão adotou as etapas citadas (MENDES, 2008).

a) Identificação do tema e identificação da questão norteadora:

A realização da revisão integrativa inicia-se com a escolha do TEMA que neste caso foi "Doação de órgãos" e a pergunta norteadora foi "*Quais são as causas da recusa familiar no processo de doação de órgãos.".*

A adequada escolha da pergunta norteadora determina o processo de revisão garantindo que o processo de seleção dos artigos seja recuperado na base de dados. A estratégia PICO- acrônimo para P (Paciente, População ou Problema); I (Intervenção, Independente ou questão de Interesse); C (Controle, Comparação); O (Ouctome, Desfecho ou Variáveis dependente), são elementos importantes para a construção da pergunta norteadora, por favorecer a coleta de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias (SANTOS, 2007).

Descrição da estratégia PICO

P	Paciente, População ou Problema.	Recusa familiar (Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes comum a condição particular ou um problema de saúde)
I	Intervenção, Independente ou questão de Interesse.	Doação de órgão. (Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica (ex: diferentes tipos de curativo), preventiva (ex: vacinação), diagnóstica (ex: mensuração da pressão arterial), prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos)
C	Controle, Comparação	Nenhuma Intervenção. (Definida como uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção).
O	Ouctome, Desfecho ou Variáveis dependente	Resultado esperado.

Adaptado: Santos, 2007.

A pesquisa nas bases de dados foi feita de 29 de agosto à 25 de outubro de 2017 e foi usada a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS). Para selecionar os artigos, foram empregadas as bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), por meio das seguintes palavras chaves: doação de órgãos, morte encefálica e família. Assim foram selecionados artigos que respondessem a questão norteadora, que se baseia nas causas de recusa familiar no processo de doação de órgãos.

Para selecionar os artigos foi feita a leitura dos títulos e dos respectivos resumos, com a finalidade de verificar a pertinência do estudo com a questão norteadora levantada para investigação. Ao final da busca, foram encontradas 380 referências, contudo somente 5 se enquadravam nos critério de inclusão pré-estabelecidos. Os critérios de inclusão foram artigos em português, os quais os títulos se remetiam a doação de órgãos e recusa familiar. De modo que muitos dos artigos encontrados com a temática, se repetiam em ambas as bases de dados.

Em relação ao tipo de delineamento/desenho de estudo, verificaram-se 1 estudo descritivo, exploratório e de campo, 1 estudo transversal qualitativa descritiva, 1 estudo qualitativo, 1 estudo qualitativa vertente fenomenológica e 1 estudo transversal correlacional.

Lilacs	**SCIELO**
Palavras do Decs 359	Palavras do Decs 21
Português/texto completo 29	Português/texto completo 17
Artigos iguais 9	Artigos iguais 9
Pergunta Norteadora 11	Pergunta norteadora 6
Revisão integrativa 2	Revisão integrativa 1
Selecionados 5	

RESULTADOS/DISCUSSÃO

O corpus literário foi constituído por cinco estudos os quais atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os artigos foram lidos de maneira exploratória, crítica e seletiva. A apresentação dos dados e discussão dos resultados foi realizada com apresentação do Quadro I e em seguida fez se a discussão de forma descritiva e comparativa apoiando-se em literatura pertinente do assunto visando atender ao objetivo do estudo.

Quadro I: Título dos artigos, periódico em que foi publicado, tipo de estudo, resultados da pesquisa e autores e ano de publicação.

Título do artigo	Autores Ano	Periódico	Tipo de estudo	Quais são as causas da recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos
O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva	BOUSSO, 2008	SCIELO e Texto & Contexto - Enfermagem	Qualitativo	O tempo que a família dispõe para se dar conta da realidade da morte é determinante na sua disposição de considerar a doação de órgãos.
Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores	MORAES, 2009	SCIELO e Acta Paulista de Enfermagem	Qualitativa vertente fenomenológica	Os motivos de recusa familiar para doação de órgãos e tecidos estão relacionados à crença, valores e inadequações no processo de doação e transplante.
Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante	CINQUE, 2010	SCIELO e Rev. Esc. enferm. USP	Descritivo, exploratório e de campo	Os principais estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação foram: receber a notícia de ME de forma intranquila e a demora na liberação do corpo.
Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos	ROSÁRIO, 2013	SCIELO e Caderno Saúde Coletiva	Transversal qualitativa descritiva	A recusa pela doação evidenciou-se pelo desconhecimento da vontade do potencial doador, desejo de permanecer o corpo íntegro e respeito pelo desejo em vida do potencial doador.
Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos	PESSOA, 2013	SCIELO e ACTA Paul. Enfer	Transversal correlacional	As causas da recusa familiar estão ligadas a não compreensão do diagnóstico da morte encefálica pelos familiares, aspectos ligados a religião e falta de preparo dos profissionais que realizaram a entrevista.

A doação e alocação de órgãos é um processo trabalhoso e delicado que depende da confiança da população no sistema e do comprometimento dos profissionais de saúde no diagnóstico de morte encefálica. O Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes e, para consolidar essa conquista, é crucial a atuação do Ministério da Saúde, dos governos estaduais, das entidades e profissionais de saúde em todo o processo de doação e transplantes (ABTO, 2016).

A taxa de doadores efetivos aumentou 11,8% no 1o semestre de 2017, tendo passado de 14,6 pmp (números por milhão de população) para 16,2 pmp, dando-nos a perspectiva de que podemos atingir a meta proposta para o ano (16,5 pmp) (ABTO, 2017). Entretanto, as doações foram distintas nas diferentes regiões do país, que pode ser interpretada como consequência intrínseca das diferenças regionais ao acesso à saúde e à qualidade de assistência médica observada nas diferentes regiões do país (MEDINA-PESTANA, 2011). Ressalta-se que três estados (Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul) e o Distrito Federal apresentaram taxa de notificação superior a 70 pmp - valor que foi estimado como “piso” da taxa de morte encefálica no Brasil em 2006, reforçando a possibilidade de que essa taxa esteja entre 85 e 100 pmp, muito mais elevada do que a observada nos países desenvolvidos (30 a 55 pmp) (ABTO, 2017).

Houve crescimento nos transplantes de rim (5,8%), fígado (7,4%) e córneas (7,6%) e diminuição nos transplantes de coração (3,6%), pulmão (6,5%) e pâncreas (6,0%) (ABTO, 2017), entretanto, a taxa de órgãos transplantados por doador falecido, de 2,5, é muito baixa, enquanto que nos países desenvolvidos varia de 3,5 a 4,2, ainda assim, o Brasil ocupa o 2º lugar em número absoluto entre 30 países nos transplantes renal e hepático, ficando atrás do Estado Unidos da América. (ABTO, 2017; ABTO, 2016).

A prevalência da efetivação de doação de órgãos foi 40%, entretanto, a recusa familiar foi responsável por 22% da não efetivação da doação de órgãos e 38% dos potenciais doadores foram desconsiderados por motivos relacionados à notificação tardia, resultando em parada cardíaca antes que o processo de doação se completasse (SES, 2011).

Para Moraes (2009), vê-se que o maior número de recusas é pela falta de conhecimento da família sobre o desejo das pessoas em serem doadores de órgãos, acredita-se que este é um assunto pouco comentado dentro das casas pela questão de que a morte seja um tema muito forte para ser conversado, porém caso a ME em algum momento seja confirmada, seria uma forma de diminuir a angústia da família frente qual decisão tomar.

Não há como trabalhar com o tema doação de órgãos sem falar com a família do potencial doador, tendo em vista que a doação só será efetivada após o *sim* dos familiares. No Brasil a taxa de recusa familiar tem sido 43%, muitas famílias ainda dizem não e outras vidas deixam de ser salvas, foi criada até uma campanha no dia 27 de setembro, Dia Nacional do Doador de Órgãos, viabilizando a importância de ter esta conversa em casa, sobre o desejo do *sim* na hora da doação de órgãos, para que está não seja uma das dúvidas no momento. (BRASIL, 2017).

Estudo realizado por Bousso 2008 relata que a notícia da ME não é fácil, por isso há etapas a serem conquistadas para uma aceitação da família 1) Vivendo o impacto da tragédia, 2) Trabalhando com as incertezas da morte encefálica, 3) Manejando o problema da decisão e 4) Reconstruindo a história da morte. Essas etapas tornam-se uma forma de o assunto ser trabalhado de forma mais tranquila, pois para os familiares que estão recebendo a notícia àquilo passa a ser uma tragédia, e eles buscam entender e achar meios para que aquilo possa ser revertido, perpassando pela questão religiosa e a plena certeza de que o familiar faleceu, pois muitas vezes pela falta de entendimento da ME e a família acredita estar assassinando o familiar ao fazer a retirada dos órgãos para doação. É neste momento que o profissional da Organização de Procura de Órgãos (OPO), realiza a entrevista e então deve-se abordar de forma que a família sinta segurança com o diagnóstico e com a decisão tomada.

As famílias dizem-se insatisfeitas com a abordagem do profissional, o qual pode fazer toda a diferença na tomada de decisão (PESSOA, 2013). Relato de família entrevistada mostra a insatisfação em um momento tão crucial na vida dessas pessoas *(...) eu falei: então ele não está morto? Ele falou assim: não, ele teve morte encefálica e nem podemos comprovar ainda*

antes de fazer esses três exames (MORAES, 2009). Na fala da familiar, demonstra-se incerteza sobre a ME, portanto, o enfermeiro deve estar capacitado para abordagem ética além do conhecimento científico referente ao quadro clínico, preparo emocional que lhe permita lidar com as diferentes reações dos familiares diante da perda, de modo que estes compreendam a morte encefálica e aceitem a doação de órgãos como um ato humanitário (GIOVANI, SANTOS & CROCI, 2000).

A assistência de enfermagem prestada ao doador de órgãos tem como objetivo a viabilização dos órgãos para transplante, bem como a necessidade de permanência do doador em unidade de terapia intensiva, até a retirada dos órgãos, sendo que a assistência de enfermagem deve atender às necessidades fisiológicas básicas do potencial doador, dentre todos os cuidados. Cabe ainda ao enfermeiro a incumbência de aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pós-transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar) (Resolução COFEN 292/2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos artigos selecionados, observamos que a questão cultural, religiosa e a dinâmica familiar tem grande relevância quando o assunto é doação de órgãos. O temor à morte não é um assunto que as famílias conversem naturalmente e conheçam o desejo de seus parentes.

Assim como, o papel desenvolvido pela equipe de doação de órgão e especificamente o enfermeiro responsável por fazer a entrevista pode ser determinante para que o entendimento ocorra e a doação de órgão aconteça. Acolher o sofrimento familiar, sanar as dúvidas, ter um tempo para que a família compartilhe com outros familiares, oferecer apoio social e psicológico são atitudes que contribuem para a efetivação da doação.

A formação do profissional de saúde é fundamental para que a doação de órgãos passe a ser vista como forma humanitária e que nas escolas este tema faça parte dos projetos pedagógicos dos cursos da área de saúde. As campanhas também precisam ser motivadas e realizadas, de forma que se

torne amplo e que a população tenha acesso a informações relevantes em relação sobre o que é a ME e a importância da doação de órgãos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARAÚJO, M. V. Reflexões sobre a enfermagem e a política de transplantes de órgãos. **COREN BA**, Bahia, out. 2013. Disponível em <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/reflexoes-sobre-a-enfermagem-e-a-politica-de-transplantes-de-orgaos_5286.html >. Acesso em 18 out. 2017.

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes** 2009-2016; Ano XXII n 4-89 pgs

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos**. Registro Brasileiro de Transplantes** 2017; Ano XXIII n 2-24 pgs

BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgão do filho: uma teoria substantiva. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis; v.17, n.1, p.45-54. Jan 2008.
Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100005&lang=pt >. Acesso em 06 set. 2017.

BRASIL. **Lei n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**, que dispõe sobre a remoção de órgão, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/centraldetransplantes/Lei9434.pdf >. Acesso em 18 out. 2017.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rer. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo; v.44, n.4, p.996-1002. Dez 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400020&lang=pt >. Acesso em 06 set. 2017.

Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. **Portal da saúde,** Brasília. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes >. Acesso em 11 out. 2017.

CROSSETTI, M. G. O. Integrative review of nursing research: scientific rigor required. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre; v.33, n.2, p.12-13. Jun. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200003 >. Acesso em 17 out. 2017.

Dador Cadáver. **Sociedade Portuguesa de Transplantação**, Portugal. Disponível em <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-23.php >. Acesso em 11 out. 2017.

Doação. **Portal da saúde,** Brasília, jan. 2016. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-

ministerio/principal/secretarias/366-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/21679-doacao >. Acesso em 11 out. 2017.

FRASÃO G. Brasil registra recorde de doadores de órgão, mas ainda é alta a recusa das famílias. **Portal da saúde,** Brasília, set. 2017. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/29750-brasil-registra-recorde-de-doadores-de-orgao-mas-ainda-e-alta-a-recusa-das-familias >. Acesso em 11 out. 2017.

FRASÃO, G. Saúde lança campanha com atletas para incentivar doação de órgãos. **Portal da saúde,** Brasília, set. 2016. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25653-saude-lanca-campanha-com-atletas-para-incentivar-doacao-de-orgaos >. Acesso em 11 out. 2017.

MEDINA-PESTANA, J. O.; GALANTE, N. Z.; SILVA J. H. T.; HARADA, K. M.; GARCIA, V. D.; ABBUD-FILHO, M.; CAMPOS, H. H.; SABBAGA, EMIL. O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. **J Bras Nefrol**, São Paulo; v.33, n.4, p.472-484. Dez 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000400014 >. Acesso em 25 set. 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis; v.17, n.4, p.758–764. Dez.2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 set. 2017.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo; v. 22, n.2, p.131-135. Jun 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200003&lang=pt >. Acesso em 06 set. 2017.

PESSOA, J. L. E.; SCHIRMER J.; ROZA, B. A. Avaliação de causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo; v.26, n.4 p.323-330. 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400005&lang=pt>. Acesso em 06 set. 2017.

ROSÁRIO, E. N.; PINHO, L. G.; OSELANE G. B.; NEVES, E. B. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. **Caderno de saúde coletiva.**, Rio de Janeiro; v.21, n.3, p.260-266. Set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300005>. Acesso em 06 set. 2017.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev.**

Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto; v.15, n.3, jun 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 out. 2017.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Central de Transplantes. **Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo**; 2011 Disponível em: http://ctxses.saude.sp.gov.br/

Transplantes de órgão no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo; v.49, n.1, p.1, Jan. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2017.

SOBRE OS AUTORES:

Amanda Mandato Anacleto
Curso de Graduação em Enfermagem
Centro Universitário de Jaguariúna
Email: amandamandato@hotmail.com

Caroline Godoi Sabadini
Curso de Graduação em Enfermagem
Centro Universitário de Jaguariúna
Email: carolinegodoy2009@hotmail.com

Talia Caroline Villanova.
Curso de Graduação em Enfermagem
Centro Universitário de Jaguariúna
Email: tata_villanova@hotmail.com

Profa Dra Celene Aparecida Ferrari Audi
Coordenadora do Curso de Enfermagem.

MÉTODOS UTILIZADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA AVALIAR E INTERVIR NA DOR NEONATAL EM UMA UTI

Methods used by the nursing team to evaluate and intervene in neonatal pain in an ICU

FERREIRA, Natália dos Santos
Centro Universitário de Jaguariúna

MIRANDA, Barbara Nataly
Centro Universitário de Jaguariúna

SEZARINO, Carla Fernanda
Centro Universitário de Jaguariúna

DE ALMEIDA, Luana de Souza
Centro Universitário de Jaguariúna

QUEIROZ, Patrícia Helena Breno
Docente em Saúde do Recém Nascido, Criança e Adolescente do Centro Universitário de Jaguariúna.

RESUMO: a equipe de enfermagem deve proporcionar qualidade no manejo da dor em neonatos, sabendo avaliar e intervir, respeitando o direito do neonatal não sentir dor. Objetivo: este estudo tem por objetivo identificar o que a literatura aponta como o melhor método de avaliação e intervenção da dor no recém-nascido em UTI. Método: revisão integrativa, a busca foi realizada nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE, de Março a Setembro de 2017. Os critérios de inclusão foram artigos publicados em português e inglês, e que estavam disponíveis em textos completos. Discussão: de acordo com os estudos as escalas mais utilizadas para as avaliações são: Neonatal Infant Pain Score (NIPS) e Premature Infant Pain Profile (PIPP). Em relação ao melhor método de intervenção, pode variar muito de qual profissional irá intervir e também em qual recém-nascido irá ser aplicado, mas em geral o contato pele a pele ou método *kangaroo* é muito utilizado e tem sido uma das formas mais importantes para recuperar a homeostase neonatal. Considerações finais: sugere-se que os profissionais de enfermagem transformem o conhecimento científico em prática e que ainda na graduação os acadêmicos aprofundem seus conhecimentos através da pesquisa científica e apliquem meios de avaliação e intervenção para a qualificação da assistência de enfermagem ao neonato.

Palavras-chave: Dor, Recém-nascido, Cuidados de Enfermagem.

Abstract: the nursing team should provide quality pain management in neonates, knowing how to evaluate and intervene, thus respecting that neonatal not to feel pain. Objective: this study aims to identify what the literature points out as the best method of evaluation and intervention of pain in the newborn in ICU. Method: integrative review, the search was performed in the databases LILACS, BDENF and MEDLINE. The inclusion criteria were articles published in Portuguese and English, which were available in full texts. Discussion: according to the studies the most used scales for the evaluations are: Neonatal Infant Pain Score (NIPS) and Premature Infant Pain Profile (PIPP). Regarding the best method of intervention, it can vary greatly from which professional will intervene and also in which newborn will be applied, but in general the skin-to-skin contact or kangaroo method is widely used and has been one of the most important ways to recover neonatal homeostasis. Final considerations: it is suggested that nursing professionals transform scientific knowledge into practice and that even in undergraduation, academics deepen their knowledge through scientific research and apply means of evaluation and intervention for the qualification of nursing care to the newborn.

Key-words: Pain, Newborn, Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A dor pode ser considerada uma lesão nos tecidos, subjetiva, pessoal, que possui aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais, a qual não é manifestada do mesmo modo em todas as culturas e nem sentida de forma idêntica pelos indivíduos. A avaliação da dor é importante para intervir no problema desta natureza com algum tratamento ou a conduta terapêutica. (BOTTEGA, 2014)

Em uma hospitalização, mais especificamente uma unidade de terapia intensiva, geralmente, o paciente é submetido a procedimentos dolorosos ou sentem a dor causada pela própria doença, e a avaliação da mesma é considerada um desafio para os profissionais, principalmente na área neonatal, devido à ausência de comunicação verbal e os diferentes níveis percepção à dor desses pacientes, tornando-os incapazes de relatar a dor que sentem, até mesmo por não terem experiências prévias de eventos dolorosos. (BOTTEGA, 2014)

Até a década de 50, muitos profissionais da área da saúde alegavam que não tinha a necessidade do tratamento da dor neonatal, pois achavam que imaturidade neurológica diminuiria a sensibilidade à dor. Então, por muitos anos, os neonatos eram submetidos a procedimentos dolorosos sem nenhuma

conduta terapêutica. A partir da década de 60, foi possível observar a transmissão de impulsos dolorosos sensoriais em neonatais. Desde então passou a ter ações terapêuticas a respeito da dor neonatal, mas ainda existem lacunas no conhecimento sobre esse evento. (COSTA, 2016)

Dentre os comportamentos que indicam a dor destacam-se o choro, agitação, resposta motora, expressão facial e alteração no padrão de sono, e reações fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial, diminuição da saturação de oxigênio, apneia, cianose, tremores e sudorese.

A equipe de enfermagem deve proporcionar qualidade no manejo da dor em neonatos, sabendo avaliar e intervir, respeitando assim o direito do neonatal não sentir dor, quando existem meios para evitar, ocasionando a redução da morbidade, no tempo de internação, minimizar o desconforto e prevenir complicações. (BOTTEGA, 2014)

Este estudo tem por objetivo identificar o que a literatura aponta como o melhor método de avaliação e intervenção da dor no recém-nascido em UTI.

METODOLOGIA

Utilizou-se da revisão integrativa da literatura, com intuito de reunir e condensar o conhecimento científico já produzido sobre o tema, para contribuir com o desenvolvimento da prática baseada em evidências.

Para a elaboração deste estudo foi definido o tema, a questão norteadora, objetivo da revisão, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações, ou seja, seleção dos artigos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e discussões, apresentando a síntese do conhecimento. (BUBLITZ, 2012)

A questão que serviu como base para a pesquisa foi: *"Quais são os melhores métodos utilizados pela equipe de enfermagem para avaliar e intervir a dor neonatal em uma UTI?".*

As pesquisas nas bases de dados foram feitas de Março a Setembro de 2017 e usada a terminologia em saúde dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio dos seguintes descritores para a busca dos artigos: "*Unidade de Terapia Intensiva", "Dor", "Recém-Nascido", "Manejo da Dor" e "Cuidados de Enfermagem".*

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês, e que estavam disponíveis em textos completos; os critérios de exclusão foram: artigos somente no formato de resumo e artigos repetidos.

Para selecionar os artigos, foi feita leitura dos títulos e dos respectivos resumos, com a finalidade de verificar a pertinência do estudo com a questão norteadora levantada para investigação. Ao final da busca, foram selecionadas 45 referências, contudo somente 22 se enquadravam nos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

A análise dos estudos foi realizada de forma descritiva, possibilitando observar, descrever e classificar dados com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

RESULTADOS

A tabela 1 representa um panorama específico em relação à quantidade desses artigos selecionados e excluídos nas respectivas bases de dados e a tabela 2 representa a síntese da leitura dos artigos selecionados, com objetivo de analisar e discutir o assunto e responder a pergunta norteadora.

Tabela 1: Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE.

	LILACS	**BDENF**	**MEDLINE**	**TOTAL**
Produção encontrada	16	10	19	45
Artigos excluídos da revisão:	10	05	08	23
Artigos repetidos	02	03	0	05
Não disponíveis	08	02	08	18
Artigos incluídos na revisão	06	05	11	22

Tabela 2: Análise de artigos pesquisados nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE.

Título	Autoria/Ano	Base de dados/ Periódico	Tipo de estudo	Síntese dos estudos
Oral sucrose and "facilitated tucking" for repeated pain relief in preterms: a randomized controlled trial.	Cignacco, E. L. et all. 2012	MEDLINE/ Official Journal of the American Academy of Pediatrics	Controlado aleatorizado multicêntrico.	Os autores concluíram que FT sozinho foi menos eficaz do que a sacarose, portanto FT não pode ser considerado uma intervenção não farmacológica.
Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros.	Santos, L. M. et all. 2012	BDENF/ Revista de Enfermagem da UFSM	Descritivo e quantitativo.	O estudo mostra que a avaliação e o manejo da dor no recém-nascido necessitam ser vistos como um foco do cuidado integral da enfermagem.
Promoção da saúde e o enfermeiro frente à dor do recém-nascido na unidade neonatal: estudo exploratório descritivo.	Lélis, A. L. P. A. et all. 2010	LILACS/ Online Brazilian Journal of Nursing	Exploratório-descritivo e observacional.	Neste estudo conclui-se que ainda há necessidade dos enfermeiros em aprimorar seus conhecimentos sobre o manejo da dor, e por sua vez nas escalas levando maior percepção quanto à dor do RN em procedimentos dolorosos.
A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem.	Veronez, M. et all. 2010	BDENF/ Cogitare Enfermagem	Descritivo e qualitativo.	O estudo evidencia a necessidade de saber avaliar e intervir a dor, considerando a implantação emergencial de um protocolo de avaliação da dor na unidade e treinamento da equipe.
Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: A crossover trial.	Johnston, C. C. et all. 2008	MEDLINE/ BMC Pediatrics	Descritivo e qualitativo.	Os neonatos muito prematuros parecem ter mecanismos endógenos provocados por contato materno cutâneo que diminuem a resposta à dor, mas não tão poderosamente como nos recém-nascidos prematuros mais velhos.
Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal.	Costa, K. F. et all. 2016	LILACS/ Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa.	O estudo aborda ferramentas que contribui para avaliação da dor como as escalas: "sistema de codificação facial neonatal; escala comportamental de dor para recém-nascidos; escala de Hannallah; perfil de dor do prétermo; escala Comfort e escala de avaliação pós-operatória."
Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal.	Christoffel, M. M. et all. 2016	LILACS/ Revista Brasileira de Enfermagem	Descritivo, exploratório, com análise quantitativa.	O artigo mostra que o enfermeiro necessita obter o conhecimento durante a graduação e coloca-lo em prática, também foi possível perceber que não é em todos os cursos que a dor é abordada de forma coerente, isto dificulta a tradução do conhecimento para a prática.
Dor neonatal: revisão de literatura no período de 1998 a 2008.	Rocha, M. C. P. et all. 2008	BDENF/ Online Brazilian Journal of Nursing	Abordagem qualitativa	O estudo enfatiza que é necessário que se obtenha enfermeiras capacitadas para utilizar estratégias eficazes em relação ao manejo da dor neonatal, estimando a qualidade de vida.
Staff Nurse Utilization of Kangaroo Care as an Intervention for Procedural Pain in Preterm Infants.	Benoit, B. et all. 2016	MEDLINE/ Advances in Neonatal Care	Descritivo e qualitativo	O artigo tem como objetivo avaliar as mudanças nas crenças, utilização e desafios da enfermagem em uma UTI neonatal, relacionados à mudança de prática na implementação do KC como uma intervenção para o tratamento de dor.
Dor em unidade neonatal: conhecimento,	Soares, A. C. O. et all. 2016	LILACS/ Cogitare Enfermagem	Avaliativo, tipo inquérito CAP, corte transversal	O artigo conclui que os profissionais que trabalham com o recém-nascido devem ser

atitude e prática da equipe de enfermagem.			e abordagem quantitativa	capacitados e treinados continuamente, para que o conhecimento teórico reflita sobre a prática profissional.
Perceptions of health professionals on pain in extremely low gestational age infants.	Gibbins, S. et all. 2015	MEDLINE/ Qualitative Health Research	Qualitativo e quantitativo	A informação extraída deste estudo pode ajudar a identificar lacunas no conhecimento e informar estratégias de tradução de conhecimento organizacionais e organizacionais para essa população vulnerável.
Medical record documentation and symptom management at the end of life in the NICU.	Fortney, C. A. et all. 2015	MEDLINE/ Advances in Neonatal Care	Descritivo e exploratório	É importante que a pesquisa com os bebês e pais ocorra para que o gerenciamento de EOL não continue baseando-se apenas na experiência clínica, mas sim em evidências científicas fortes para orientar a prática.
Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo.	Silva, G. M. et all. 2015	BDENF/ Revista Iberoamericana De Educación E Investigación En Enfermería	Abordagem qualitativa, exploratória e descritiva	Os autores conclui que as ações humanizadas, a subjetividade e o cuidado centrado na família, devem subsidiar os processos tecnológicos com vistas a uma assistência ampla, para que possam permear o alcance no controle e no manejo da dor.
Perceptions on Pain Management among Korean Nurses in Neonatal Intensive Care Units.	Ihn Sook Jeong, I. S. et all. 2014	MEDLINE/ Asian Nursing Research	Descritivo	O artigo conclui que os enfermeiros que cuidam de recém-nascidos de alto risco devem realizar PMs ou CMs para prevenir ou reduzir a dor neonatal.
Neonatal nurses' perceptions of pain management: survey of the United States and China.	Cong, X. et all. 2014	MEDLINE/ Pain Management Nursing	Descritivo	Os obstáculos ao gerenciamento efetivo da dor incluem resistência à mudança, falta de conhecimento, falta de tempo, medo de efeitos colaterais da medicação para dor e falta de confiança nas ferramentas.
Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo.	Amaral, J. B. et all. 2014	LILACS/ Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Abordagem quantitativa, descritiva exploratória	O artigo mostra que eles utilizam, para alívio da dor a conduta não farmacológica de posicionamento/manuseio do RN, seguida da sucção não nutritiva, enrolamento e diminuição de ruídos e luminosidade.
Non-pharmacological methods for relief of discomfort and pain in newborns: a collective nursing construction.	Cordeiro, R. A. et all. 2014	LILACS/ Texto & Contexto - Enfermagem	Convergente-assistencial, qualitativa.	O artigo propôs que os profissionais destacaram a importância de, após todos os procedimentos, oferecer consolo para o RN, facilitando sua reorganização e a retomada da condição de bem-estar.
Successful implementation of a neonatal pain and sedation protocol at 2 NICUs.	Deindl, P. et all. 2013	MEDLINE/ BMC Pediatrics	Descritivo	Conclui que administrar a dor e a sedação de acordo com um protocolo definido é seguro e eficaz em pacientes neonatais.
Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva.	Santos, L. M. et all. 2012	BDENF/ Revista Brasileira de Enfermagem	Descritivo e qualitativo	O artigo mostra que os profissionais conhecem métodos alternativos e sua importância e sabem identificar um melhor método para melhorar a qualidade de vida do RNPT minimizando assim as sensações dolorosas.
Improving pain assessment in the NICU: a quality improvement project.	Daphne A. et all. 2014	MEDLINE/ Advances in Neonatal Care	Descritivo e qualitativo	Conclui-se que embora tenha sido observada uma melhora em todos os monitores de melhoria de qualidade ainda é necessário reavaliar a dor após uma intervenção para um escore de dor elevado.
Human touch effectively and	Herrington, C. J. et all. 2014	MEDLINE/ Pain management	Descritivo	O artigo conclui que o toque terapêutico efetivo é uma terapia

safely reduces pain in the newborn intensive care unit.		nursing		não farmacológica simples que pode ser usada por enfermeiras e famílias para reduzir a dor em prematuros na UTIN.
Neonatal nurses' perceptions of pain assessment and management in NICUs: a national survey.	Cong, X. et all. 2013	MEDLINE/ Advances in Neonatal Care	Descritivo transversal	O artigo mostra que a maioria dos enfermeiros concordou que os pais devem estar envolvidos com o cuidado da dor de seus bebês.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos possibilitaram a classificação dos dados em duas categorias: a primeira categoria remete o que a literatura aponta como o melhor método de avaliação da dor neonatal, e a segunda categoria sobre a intervenção dessa dor.

AVALIAÇÃO DA DOR NEONATAL

Perceber a dor de um recém-nascido para poder minimiza-la é um papel fundamental dos enfermeiros, pois colabora na integralidade do cuidado e amplia o olhar da enfermagem diante da complexidade que é prestar os cuidados a um recém-nascido em uma UTI. (LÉLIS, 2010)

Dentre as diversas formas de avaliação os estudos apontam muito sobre a questão de comportamento do recém-nascido, como choro, expressão facial, e movimentos de membros, juntamente com alterações fisiológicas, e para que isso ocorra é importante a utilização de escalas de dor, para que possa avaliar todos esses parâmetros de uma única vez e saber conhecer a dor, tornando assim a avaliação mais fidedigna.

O choro é uma das principais formas de comunicação, principalmente para comunicar a dor, porém 50% dos recém-nascidos não choram durante algum procedimento doloroso, pelo fato de que o choro também pode significar fome ou outras circunstâncias. (VERONEZ, 2010) Entretanto, uma forma de identificar o choro de dor é avaliar se o som é de forma tensa e estridente. (SANTOS, 2012)

As expressões faciais em relação à dor podem ser consideradas como careta facial, músculos contraídos, fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, boca aberta e estirada (horizontal ou vertical), tremor de queixo, protrusão e tensão da língua (COSTA, 2016)

De acordo com os estudos as escalas mais utilizadas para as avaliações são: Neonatal Infant Pain Score (NIPS) e Premature Infant Pain Profile (PIPP).

A NIPS é composta por seis indicadores de dor: expressão facial, choro, movimentos de braços, movimentos de pernas, padrão respiratório, e estado de consciência, esta escala é uma das mais recomendadas por ser mais fácil de ser aplicar na prática. (SANTOS, 2012)

A PIPP apresenta sete indicadores: idade gestacional, estado comportamental, aumento da frequência cardíaca, queda de saturação, protuberância da testa, olhos espremidos e sulco nasolabial. (LÉLIS, 2010)

Percebe-se que com todas essas ferramentas, os profissionais acabam avaliando a dor baseado somente em sua vivência e não com fundamentos científicos, o que leva a algumas lacunas que se resulta em uma intervenção sem qualidade.

INTERVENÇÃO NA DOR NEONATAL

A atuação do enfermeiro frente à dor é uma forma de proporcionar medidas que minimizem o sofrimento, e melhore a humanização, que na verdade, são as coisas mais enfatizadas durante a graduação. (LÉLIS, 2010)

As ações humanizadoras, a subjetividade e o cuidado centrado na família, devem subsidiar os processos tecnológicos com vistas a uma assistência ampla em todas as direções que envolvam o ser humano, para que juntos possam permear o alcance no controle e no manejo da dor. (SILVA, 2013)

Dentre todos os estudos analisados as intervenções feitas com métodos não farmacológicos são os mais recomendados, pois além de não haver riscos de afetar o sistema nervoso do neonatal, pode ser mais eficiente, como a contenção, diminuição do barulho, do excesso de luz, contato pele a pele, o toque terapêutico no recém-nascido e a sucção não nutritiva. (SANTOS, 2012)

Em relação ao melhor método de intervenção não farmacológica é um pouco complicado identificar, pois pode variar muito de qual profissional irá intervir e também em qual recém-nascido irá ser aplicado, mas em geral o

contato pele a pele ou método *kangaroo* é muito utilizado e tem sido uma das formas mais importantes para recuperar a homeostase neonatal. (JOHNSTON, 2008)

Deve-se ressaltar que a maioria dos estudos enfatiza sobre a importância dos pais estarem juntos aos seus bebês durante algum procedimento doloroso, desde que a equipe de enfermagem prepare esses pais.

Em geral, os resultados revelam uma visão valiosa de que são necessárias mais ações para resolver as questões de treinamento e educação inadequada, a falta do uso de ferramentas de avaliação de dor clinicamente viáveis e válidas, e a ausência de diretrizes baseadas em evidências. (CONG, 2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a produção da revisão integrativa, assumimos o compromisso de revisar o que a literatura aponta como o melhor método de avaliação e intervenção na dor utilizada em UTI neonatal.

Encontramos estudos que falam a respeito da avaliação da dor, da intervenção da dor, e estudos que tratavam de ambas as temáticas, o que nos permitiu atingir nosso objetivo, como também identificar as dificuldades dos profissionais de enfermagem em aplicar escalas de avaliação dentro do ambiente de trabalho e consequentemente intervir nesse problema.

Desenvolver a revisão e ler os métodos utilizados pela equipe de enfermagem para avaliar e intervir a dor neonatal, permitiu a aquisição de conhecimentos sobre o assunto, uma vez que os métodos utilizados trazem melhorias para o neonato.

Infelizmente nem todos os profissionais da enfermagem conseguem colocar as técnicas de avaliação ou intervenção em prática, ou por desconhecimento dos métodos, ou por inabilidade técnica.

Sendo assim, propomos que os profissionais de enfermagem transformem o conhecimento científico em prática e que ainda na graduação os acadêmicos aprofundem seus conhecimentos através da pesquisa científica e

apliquem meios de avaliação e intervenção para a qualificação da assistência de enfermagem ao neonato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, J. B.; RESENDE, T. A.; CONTIM, D.; BARICHELLO, E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** Minas Gerais, v. 18, n. 2, p. 241-246, 2014. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200241

BENOIT, B.; CAMPBELL-YEO, M.; JOHNSTON, C.; LATIMER, M.; CADDELL, K.; ORR, T. Staff Nurse Utilization of Kangaroo Care as an Intervention for Procedural Pain in Preterm Infants. **Advances in Neonatal Care,** v. 16, n. 3, p. 229-238, 2016. Acesso em 28.10.2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27148835

BOTTEGA, F. H.; BENETTI, E. R. R.; BENETTI, P. E.; GOMES, J. S.; STUMM, E. M. F. Avaliação da dor em neonatos e crianças em terapia intensiva. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 909-917, 2014. Acesso em 16.05.2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3115/pdf_1330http%3A.

CHRISTOFFEL, M. M.; CASTRAL, T. C.; DARÉ, M. F.; MONTANHOLI, L. L.; SCOCHI, C. G. S. Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 69, n. 3, p. 552-558, 2016. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300552

CIGNACCO, E. L.; SELLAM, G.; STOFFEL, L.; GERULL, R.; NELLE M.; ANAND, K. J. S.; ENGBERG, S. Oral sucrose and "facilitated tucking" for repeated pain relief in preterms: a randomized controlled trial. **Offcial Journal of the American Academy of Pediatrics,** v. 129, n. 2, p. 299-308, 2012. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/299

CONG, X.; DELANEY, C.; VAZQUEZ, V. Neonatal nurses' perceptions of pain assessment and management in NICUs: a national survey. **Advances in Neonatal Care,** v. 13, n. 5, p. 353-360, 2013. Acesso em 28.10.2017. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24042143

CONG, X.; MCGRATH, J. M.; DELANEY, C.; CHEN, H.; LIANG, S.; VAZQUEZ, V.; KEATING, L.; CHANG, K.; DEJONG, A. Neonatal nurses' perceptions of pain management: survey of the United States and China. **Pain Management Nursing,** v. 15, n. 4, 834-844, 2014. Acesso em 28.10.2017. Disponível em: http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(13)00146-X/fulltext

CORDEIRO, R. A.; COSTA, R. Non-pharmacological methods for relief of discomfort and pain in newborns: a collective nursing construction. **Texto & Contexto – Enfermagem,** Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-192, 2014. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100185

COSTA, K. F.; ALVES, V. H.; DAMES, L. J. P.; RODRIGUES, D. P.; BARBOSA, M. T. S. R. B.; SOUZA, R. R. B. Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3758-3769, 2016. Acesso em 16.05.2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3950/pdf_1786

DAPHNE A. REAVEY, D. A.; HANEY, B. M.; ATCHISON, L.; ANDERSON, B.; SANDRITTER, T.; PALLOTTO, E. Improving pain assessment in the NICU: a quality improvement project. **Advances in Neonatal Care,** v. 14, n. 3, p. 144-153, 2014. Acesso em 28.10.2017. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24796482

DEINDL, P.; UNTERASINGER, L.; KAPPLER, G.; WERTHER, T.; CZABA, C.; GIORDANO, V.; FRANTAL, S.; BERGER, A.; POLLAK, A.; OLISCHAR, M. Successful implementation of a neonatal pain and sedation protocol at 2 NICUs. **BMC Pediatrics,** v. 132, n. 1, p. 211-218, 2013. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/132/1/e211

FORTNEY, C. A.; STEWARD, D. K. Medical record documentation and symptom management at the end of life in the NICU. **Advances in Neonatal Care,** v. 15, n. 1, p. 48-55, 2015. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4310764/?tool=pubmed

GIBBINS, S.; STEVENS, B.; DIONNE, K.; YAMADA, J.; RIDDELL, R. P.; MCGRATH, P.; ASZTALOS, E.; O'BRIEN, K.; BEYENE, J.; MCNAMARA, P.; JOHNSTON, C. Perceptions of health professionals on pain in extremely low gestational age infants. **Qualitative Health Research,** Canadá, v. 25, n. 6, p. 763-774, 2015. Acesso em 28.10.2017. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732315580105

HERRINGTON, C. J.; CHIODO, L. Human touch effectively and safely reduces pain in the newborn intensive care unit. **Pain management nursing,** v. 15, n. 1, p. 107-115, 2014. Acesso em 28.10.2017. Disponível em: http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(12)00086-0/fulltext

IHN SOOK JEONG, I. S.; PARK, S. M.; LEE, J. M.; CHOI, Y. J.; LEE, J. Perceptions on Pain Management among Korean Nurses in Neonatal Intensive Care Units. **Asian Nursing Research,** v. 8, p. 261-266, 2014. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(14)00073-5/pdf

JOHNSTON, C. C.; FILION F.; CAMPBELL-YEO, M.; GOULET, C.; BELL, L.; MCNAUGHTON, K.; BYRON, J.; AITA, M.; FINLEY, G. A.; WALKER, C. D. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: A crossover trial. **BMC Pediatrics,** v. 8, n. 13, p. 01-09, 2008. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2383886/?tool=pubmed

LÉLIS, A. L. P. A.; FARIAS, L. M.; REBOUÇAS, C. B. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Promoção da saúde e o enfermeiro frente à dor do recém-nascido na unidade neonatal: estudo exploratório descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing,** Ceará, v. 9, n. 2, 2010. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2996/699

ROCHA, M. C. P.; ROSSATO, L. M. Dor neonatal: revisão de literatura no período de 1998 a 2008. **Online Brazilian Journal of Nursing,** v. 7, n. 3, 2008. Acesso em

28.08.2017. Disponível em:
http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1668/399

SANTOS, L. M.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 65, n. 2, p. 269-275, 2012. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200011

SANTOS, L. M.; SILVA, T. P. C. C.; SANTANA, R. C. B.; MATOS, K. K. C. Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros. **Revista de Enfermagem da UFSM,** Bahia, v. 2, n. 1, p. 01-09, 2012. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/3510/3121

SILVA, G. M.; FIGUEIREDO, M. G. S.; KAMEO, S. Y.; OLIVEIRA, F. M.; SANTOS, A. D. Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo. **Revista Iberoamericana De Educación E Investigación En Enfermería,** Sergipe, v. 5, n. 1, p. 47-55, 2015. Acesso em 28.08.2017. Disponível em: http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/150/

SOARES, A. C. O.; CAMINHA, M. F. C.; COUTINHO, A. C. F. P.; VENTURA, C. M. U. Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem,** Recife, v. 21, n. 2, p. 01-10, 2016. Acesso em 28.10.2017. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-788357

VERONEZ, M.; CORRÊA, D. A. M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem,** Paraná, v. 15, n. 2, p. 263-270, 2010. Acesso em 28.08.2017. Disponível em:
http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17859/11652

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a professora Celene Aparecida Ferrari Audi, que nos deu a oportunidade de realizar um artigo de revisão, e a professora Patrícia Helena Breno Queiroz, pela a orientação, as correções e incentivos.

SOBRE OS AUTORES

Autora: Natália dos Santos Ferreira
E-mail: nataliaa_ferreiraa@hotmail.com

Coautora: Barbara Nataly Miranda
E-mail: mirandanataly95@hotmail.com

Coautora: Carla Fernanda Sezarino
E-mail: carlasezarino@hotmail.com

Coautora: Luana de Souza de Almeida
E-mail: luanaalmeida053@gmail.com

Alunas do 4º semestre de enfermagem
Centro Universitário de Jaguariúna

Orientadora: Patrícia Helena Breno Queiroz
Docente em Saúde do Recém Nascido, Criança e Adolescente do Centro Universitário de Jaguariúna.