

ORGANIZADOR

Francisco Mayron Morais Soares

Práticas do Cuidado Seguro e Tecnologias em Enfermagem e Saúde

VOLUME 1



EDUFMA

PRÁTICAS DO CUIDADO SEGURO E TECNOLOGIAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

VOLUME 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva

Vice-Reitor Prof. Dr. Leonardo Silva Soares



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Diretora Dra. Suênia Oliveira Mendes

Conselho Editorial: Profa. Dra. Ana Caroline Amorim Oliveira

Prof. Dr. Carlos Delano Rodrigues

Profa. Dra. Débora Batista Pinheiro Sousa

Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa

Prof. Dr. José Carlos Aragão Silva

Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Prof. Dr. Luís Henrique Serra

Prof. Dr. Luiz Eduardo Neves dos Santos

Profa. Dra. Luma Castro de Souza

Prof. Dr. Márcio José Celeri

Profa. Dra. Maria Áurea Lira Feitosa

Profa. Dra. Raimunda Ramos Marinho

Prof. Dr. Ubiratane de Moraes Rodrigues

Bibliotecária Iole Costa Pinheiro



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Associação Brasileira das Editoras Universitárias



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0.

FRANCISCO MAYRON MORAIS SOARES
ORGANIZADOR

PRÁTICAS DO CUIDADO SEGURO E TECNOLOGIAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

São Luís



EDUFMA

2025

© 2025 EDUFMA - Todos os direitos reservados

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa Adriano Felix dos Santos Junior
Imagem da Capa: Internet. <https://www.stockfreeimages.com/p1/nurse.html>

Revisão Geral Francisco Mayron Moraes Soares, Ana Beatriz
Frota Lima Rodrigues, Gleiciane Kélen Lima,
Igor Cordeiro Mendes

Revisão dos Capítulos Os autores

Grupo de Pesquisa Grupo de Pesquisa em Segurança do Paciente,
Práticas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde -
GESPATE.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Soares, Francisco Mayron Moraes (Organizador).

Práticas do cuidado seguro e tecnologias em enfermagem e saúde /
Francisco Mayron Moraes Soares (Organizador). — São Luís: EDUFMA, 2025.
v. 1, 440 p.: il.

ISBN: 978-65-5363-488-6

1. Enfermagem – Cuidado seguro - Práticas. 2. Enfermagem – Tecnologia. 3.
Gestantes – Cuidados. 4. Pacientes – Tratamento seguro. 5. Covid 19. I. Título.

CDD 616.736 00

CDU 616-083:6

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Marcia Cristina da Cruz Pereira - CRB 13/418

CRIADO NO BRASIL [2025]

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microimagem, gravação ou outro, sem permissão do autor.

| EDUFMA | EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Av. dos Portugueses, 1966 | Vila Bacanga
CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil
Telefone: (98) 3272-8157
www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

DEDICATÓRIA

Dedicamos este livro a todos os profissionais de enfermagem que, com coragem e dedicação, fazem da ciência do cuidar sua missão diária. Aos pacientes, que nos inspiram a buscar sempre a excelência no cuidado, e aos colegas e mentores que compartilham o conhecimento e a paixão por uma enfermagem mais humana, segura e transformadora. Que este trabalho seja uma fonte de inspiração e aprendizado para todos aqueles que acreditam no poder da empatia e da inovação em saúde.

APRESENTAÇÃO

A enfermagem tem se moldado como uma ciência dedicada ao cuidado humano, buscando incessantemente o aprimoramento das práticas clínicas por meio da Prática Baseada em Evidências. Essa abordagem visa garantir tratamentos mais eficazes e seguros para os pacientes, sempre priorizando o bem-estar, a recuperação e a promoção da saúde de forma integral.

Nos últimos anos, a implementação de tecnologias no cotidiano da enfermagem trouxe uma revolução para os ambientes de cuidado. Essas inovações têm contribuído para elevar os padrões de atendimento e garantir melhores desfechos para os pacientes, ao passo que a profissão avança na busca pela excelência em todas as suas práticas.

Este livro é um marco no caminho de profissionais comprometidos em integrar teoria e prática com foco na segurança e no cuidado de qualidade. Ele reflete o empenho de uma equipe de especialistas que, com dedicação e competência, apresentam as melhores estratégias e recursos tecnológicos que vêm transformando a enfermagem em um campo cada vez mais seguro e eficaz.

Convidamos você a embarcar nesta jornada de aprendizado e descoberta. Desejamos a todos uma excelente leitura e um enriquecimento contínuo em suas práticas de enfermagem.

SUMÁRIO

SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL POLO LOCALIZADO NO SERTÃO CENTRAL CEARENSE	10
QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19.....	22
PERFORMANCE DO ENFERMEIRO FRENTE A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: DIFICULDADES E DESAFIOS	37
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO: COMPARAÇÃO ENTRE PARTO NORMAL E CESARIANA	49
PERCEPÇÃO DE CUIDADORES QUANTO A DESHOSPITALIZAÇÃO PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA	65
PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DA EFICÁCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	80
FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE DO SONO EM GESTANTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	95
CUIDADOS PROFILÁTICOS À PNEUMONIA ADQUIRIDA NA VENTILAÇÃO MECÂNICA: DESENVOLVIMENTO DE UM ÁLBUM SERIADO COM MENSAGENS EDUCATIVAS PARA TELEFONES MÓVEIS.....	107
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À TERAPIA INTENSIVA NO CONTEXTO DA COVID-19: REVISÃO DE LITERATURA.....	119
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DO <i>KNOWLEDGE TRANSLATION</i>	134
AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRESSE DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM - ASPECTOS DO ESTRESSE DE PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E SUA INFLUÊNCIA.....	150
EFICÁCIA DO TREINAMENTO POR SIMULAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	168
VIVÊNCIAS DE ENFERMAGEM JUNTO AOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA	180
CONSTRUÇÃO DE UM MANUAL EDUCATIVO PARA O ENSINO ACERCA DA GASOMETRIA ARTERIAL	191

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E EFICÁCIA DO TRATAMENTO COM CAPECITABINA.....	220
AValiação DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM GESTANTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CESARIANA.....	237
FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE PARTOS PREMATUROS: UM ESTUDO ECOLÓGICO.....	252
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PARTOS NO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO ECOLÓGICO.....	269
AÇÕES PREVENTIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	284
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO MANEJO SEGURO DA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT) NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19: UM ESTUDO REFLEXIVO.....	293
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	305
UTILIZAÇÃO DA LASERTERAPIA EM LESÕES MAMÁRIAS DURANTE A AMAMENTAÇÃO	318
REFLEXÃO ACERCA DA AMAMENTAÇÃO EM MÃES COM COVID-19.....	327
INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	335
ELABORAÇÃO DE PODCAST EDUCATIVO ACERCA DO CHOQUE CIRCULATÓRIO	357
DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM RISCO CARDIOVASCULAR.....	379
ANÁLISE DE VÍDEOS DO <i>YOUTUBE</i> SOBRE PARTO LÓTUS.....	392
AGRAVOS RELACIONADAS AO TRABALHO NOTIFICADOS EM IMPERATRIZ - MA	408
SATISFAÇÃO PESSOAL DE GESTANTES QUANTO À PRÁTICA SEXUAL	422
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA GERAL	436

SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL POLO LOCALIZADO NO SERTÃO CENTRAL CEARENSE

Maria Luiza Ferreira da Silva - Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Católica de Quixadá - Ceará.

Gleiciane Kelen Lima - Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Francisco Mayron Moraes Soares - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Karine de Castro Bezerra - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade Maciço Baturité.

Kirley Kethellen Batista Mesquita - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC.

Igor Cordeiro Mendes - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico é um setor que precisa de ações de cunho processual e preciso, seja para realizar um procedimento de correção, tratamento ou terapêutico, que alguns pacientes necessitam visto as suas patologias ou condições (SOUZA *et al.*, 2019).

O ato cirúrgico pode ser visto por duas vertentes pelo paciente: por um lado ele se apresenta como situação angustiante pelo teor de obscuridade, a existência de perigos, medo do desconhecido, como também estar em mãos estranhas. Pode por outro lado ser a representação de controle da sua vida, finalizar os incômodos gerados pela doença que o acomete. Por isso os pacientes criam expectativas em cima da realização da cirurgia e, por isso, esse procedimento exige um planejamento e preparação por parte do paciente para que a cirurgia ocorra com êxito (GARCIA; FONSECA, 2013).

O planejamento de uma cirurgia é algo que traz consigo muitas inconveniências para o indivíduo, pois esta precisa se preparar psicologicamente para enfrentar uma situação sobre a qual muitas vezes não possui informações suficientes. Além disso tem que abandonar seu lar, sua rotina, seus familiares por um período considerável e enfrentar uma nova rotina com regras pertencentes a um novo ambiente (SAMPAIO; GONÇALVES; SEABRA JÚNIOR, 2016).

A prática de técnicas cirúrgicas é uma realidade crucial na área da saúde e seus números são cada vez mais altos devido aos avanços das tecnologias e a rápida mudança na pirâmide epidemiológica e demográfica da população. Dados obtidos em uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), revelam que em 56 países integrantes da mesma, foi contabilizado por ano, cerca de 234,2 milhões de procedimentos cirúrgicos, em média uma cirurgia para cada 25 pessoas (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Esses elevados índices epidemiológicos de realização de procedimentos cirúrgicos podem ser justificados pelo fato de tal intervenção representar acima de tudo a possível melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Sendo assim, um cancelamento do procedimento prolongaria a ansiedade do indivíduo e só aumentaria os sentimentos negativos (SAMPAIO; GONÇALVES; SEABRA JÚNIOR, 2016).

SOBECC (2017) apresenta alguns termos que são usados frequentemente como sinônimos, porém não são muito conhecidos quanto as suas diferenças pela maioria dos profissionais. Podendo-se conceituar como cancelamento cirúrgico a situação na qual o paciente não vai mais se operar de jeito nenhum, podendo acontecer por mudança de conduta médica ou óbito, ou ainda por recusa do próprio paciente ou familiares.

Sobre a suspensão de cirurgia, decorre devido algum contratempo que impossibilita o procedimento ser realizado naquele momento, como por exemplo, uma gripe, febre ou outras condições clínicas que impossibilitem o paciente de realizar a cirurgia de maneira segura, ou mesmo contraindicação para não realização do preparado cirúrgico, ou ainda ausência de algum profissional da equipe. (SOBECC, 2017).

Embora algumas referências apresentem essa distinção entre as três situações, como a maioria dos artigos divulgados na literatura científica empregam tais termos como expressões similares, para essa pesquisa eles serão utilizados também como sinônimos (LOBO *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde aponta que a taxa de suspensão cirúrgica se determina a partir do número total de cirurgias canceladas, dividido pelo total de cirurgias agendadas em um determinado período e multiplicado por 100. Esse tema tem sido bastante estudado nos últimos 15 anos principalmente pela área da enfermagem (BRASIL, 1978).

Na pesquisa realizada por Moraes *et al.* (2017), aponta que no Brasil são alarmantes as altas taxas de suspensão de cirurgias, trazendo números que podem variar entre 14,1% a 27,4%, destacando-se as regiões Sul e Sudeste, porém, ainda são escassos estudos na região Nordeste. Em alguns países como a Austrália, Irlanda, México, Estados Unidos e Reino Unido tem sido apontado alta taxa de cancelamentos, principalmente, por conta das questões de organização das instituições de saúde.

Os impactos do cancelamento cirúrgico são variados, o que afeta ainda a própria equipe de saúde, no que se refere ao preparo da equipe, ao consumo do tempo e também aos recursos materiais que envolvem tanto o cancelamento, quanto um novo agendamento que muitas vezes se torna necessário e que acarreta novos custos (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

A suspensão de procedimentos cirúrgicos representa algo preocupante, haja vista, que os usuários do sistema de saúde necessitam de uma assistência que proporcione uma resolutividade rápida e de qualidade, sendo uma condição primordial para solucionar seu agravo de saúde.

Além disso, a literatura científica evidencia os prejuízos tanto para o paciente como também para a família e instituição, podendo essa suspensão ser possivelmente evitada por meio de uma organização e sistematização dos procedimentos cirúrgicos que são desenvolvidos nas unidades hospitalares.

Nesse contexto, o indicador de suspensão de cirurgia consiste em um dos critérios para avaliar a eficiência de uma instituição, sendo relevante o desenvolvimento de pesquisas que permitam conhecer a realidade desses índices negativos em instituições hospitalares. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar os casos de suspensão de procedimentos cirúrgicos em um hospital polo localizado no sertão central cearense.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, transversal, documental e quantitativo, realizado em hospital polo localizado no Sertão Central do estado do Ceará, no período de janeiro e fevereiro de 2020. A coleta de dados se deu por meio da avaliação dos prontuários dos pacientes que tiveram seu agendamento cirúrgico, no referido hospital, no período de janeiro a dezembro de 2018. Devido a limitação do hospital quanto a um sistema informacional para registro dos prontuários, foram incluídos nessa pesquisa os prontuários que foram disponibilizados pelos profissionais da instituição, sendo a amostra por conveniência e composta pelos prontuários que apresentaram registros de suspensão cirúrgicas no ano de 2018. Foram excluídos do estudo os prontuários que apresentaram dados ilegíveis e/ou incompletos.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento que avaliou três agrupamentos de dados (Dados sociodemográficos do paciente, especialidades cirúrgicas e motivos que levaram ao cancelamento da cirurgia). Foi realizada a análise por meio de estatística descritiva, sendo realizada a avaliação da frequência absoluta e relativa das informações que foram analisadas nessa pesquisa com auxílio do programa Epi Info versão 7.0.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de Ética da instituição de ensino, com o parecer de número 3.747.256 e respeitou todos os aspectos éticos, baseada na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 68 prontuários de pacientes agendados a realizar procedimento cirúrgico e que tiveram o procedimento cancelado no hospital em questão. Na tabela 1, apresentam-se as características sociodemográficas dos pacientes que tiveram seu agendamento cirúrgico realizado no período da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos por especialidades cirúrgicas de pacientes agendados e que tiveram sua cirurgia cancelada em um hospital polo, localizado em um município pertencente à Região do Sertão Central 2020.

Variáveis	Cirurgia Geral		Traumatológica		Gineco/obstetra		Urológica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Sexo										
Feminino	21	84,0	5	35,7	21	100	1	12,5	48	70,6
Masculino	4	16,0	9	64,3	0	0	7	87,5	20	29,4
Faixa etária										
<=18 anos	1	4,0	3	21,4	0	0	3	37,5	7	10,2
19 a 49 anos	10	40,0	7	50,0	15	71,4	1	12,5	33	48,5
>=50 anos	14	56,0	4	28,6	6	28,6	4	50,0	28	41,1
Escolaridade										
Não frequentou escolar	5	20,0	2	14,3	1	4,8	3	37,5	11	16,2
Ens. fundamental completo	10	40,0	5	35,7	16	76,2	1	12,5	32	47,1
Demais	10	40,0	7	50,0	4	19,0	4	50,0	25	36,8
Raça										
Branca	1	4,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	2	2,9
Não branca	24	96,0	14	100,0	20	95,2	8	100,0	66	97,1
Estado civil										
Solteiro (a)	12	48,0	8	57,1	8	38,1	4	50,0	32	47,1
Casado (a)	12	48,0	5	35,7	11	52,4	4	50,0	32	47,1
Separado/viúvo (a)	1	4,0	1	7,1	2	9,5	0	0,0	4	5,9

Fonte: Elaborado pelos autores

Quanto à faixa etária destes pacientes, foi possível observar que 48,5% dos participantes tinham idade entre 19 a 49 anos e 47,1% possuíam ensino fundamental completo, 97,1% se consideram da raça não branca, ocorrendo um padrão similar entre o estado civil solteiro e casado com 47,1% ambos. Em relação a variável sexo, existe uma predominância global da constatare feminino, com o total de (70,6%), porém podemos observar o contrário sendo evidenciado nas cirurgias urológicas e traumatológicas com índices e predominância do sexo masculinos, correspondendo a 87,5% e 64,3%, respectivos.

Na tabela 2, são apresentados alguns dos procedimentos que são comumente agendados, mas que foram cancelados, são descritos a seguir, no qual são pertencentes as quatro especialidades que atendem no referido hospital que são: geral, traumatológica, gineco/obstetra e urológica.

Tabela 2 – Distribuição dos principais procedimentos cirúrgicos agendados e posteriormente cancelados em um hospital polo, localizado em um município pertencente à Região do Sertão Central 2020.

Variáveis	N	%
Herniorrafia	6	8,8
Histerectomia	11	16,2
Amputação	1	1,5
Colecistectomia	10	14,7
Apendicectomia	1	1,5
Exérese de tumor em partes moles	1	1,5
Limpeza cirúrgica	1	1,5
Ooforectomia	2	2,9
Implantes/explantes	6	8,8
Perinioplastia	4	5,9
Laqueadura tubaria	4	5,9
Prostatectomia	3	4,4
Postectomia	4	5,9
Outros	14	20,5
Total	68	100

Fonte: Elaborado pelos autores

Observa-se a predominância maior dos procedimentos de Histerectomia com 16,2%, Colecistectomia 14,7%, Herniorrafia e Implantes/Explantos com 8,8%. Dentre a opção outros com 20,5% podemos citar as cirurgias de Corpo estranho no joelho, Cisto no ovário, Varicocele e Orquiopexia.

Na tabela 3, é apresentado os dados sobre as características dos procedimentos cirúrgicos suspensos, qualificando as variáveis que os envolve desde o horário que estava programado para ocorrer as cirurgias, como a sua classificação, já que esse hospital atende tanto urgência e emergência.

Tabela 3 – Distribuição dos dados relacionados às informações sobre os procedimentos cirúrgicos suspensos em um hospital polo no sertão central cearense 2020.

Variáveis	Cirurgia Geral		Traumatológica		Gineco/obstetra		Urológica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Horário programado										
Manhã	5	20,0	5	35,7	11	52,4	4	50,0	25	36,8
Tarde	19	76,0	3	21,4	9	42,9	4	50,0	35	51,4
Noite	1	4,0	6	42,9	1	4,8	0	0,0	8	11,8
Classificação cirúrgica										
Eletiva	25	100,0	7	50,0	20	95,2	7	87,5	59	86,8
Urgência	0	0,0	7	50,0	1	4,8	1	12,5	9	13,2
Emergência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Momento do cancelamento										
Antes de internar	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	1,5
Internado	18	72,0	11	78,6	14	66,7	5	62,5	48	70,5
Sala operatória	7	28,0	3	21,4	6	28,6	3	37,5	19	28,0

Fonte: Elaborado pelos autores

As cirurgias com maior índice de suspensão se concretizam no período vespertino, com 51,4%, sendo que 86,8% se apresentam em caráter eletivo. Em relação ao índice de

procedimentos cirúrgicos cancelados antes de realizar o internamento chega somente a 1,5%, em contrapartida, os que foram cancelados após o internamento alcança um índice de 70,5%.

A tabela 4, vem trazendo as possíveis questões que levam a um cancelamento do procedimento cirúrgico. Foi dividido em quatro secções para um melhor entendimento e organização e posteriormente a um desfecho.

Tabela 4 – Distribuição dos dados referentes ao motivo que ocasionou a suspensão do procedimento cirúrgico em um hospital polo no sertão central cearense 2020.

Variáveis	Cirurgia Geral		Traumatológica		Gineco/obstetrícia		Urológica		Total	
	n	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Relacionado ao paciente										
Condição clínica desfavorável	6	24,0	2	14,3	1	4,8	1	12,5	10	14,8
Não comparecimento	0	0,0	2	14,3	1	4,8	0	0,0	3	4,4
Falta de jejum	1	4,0	1	7,1	1	4,8	1	12,5	4	5,9
Óbito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Relacionado a organização da unidade										
Prioridade para urgência	6	24,0	3	21,4	2	9,5	0	0,0	11	16,1
Erro na programação cirúrgica	0	0,0	2	14,3	2	9,5	0	0,0	4	5,9
Falta de exams	1	4,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	2	3,0
Falta de tipo sanguíneo	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	1,4
Falta de vaga na UTI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Relacionado aos recursos humanos										
Tempo cirúrgico excedido	1	4,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	2	3,0
Falta de anestesista	0	0,0	0	0,0	2	9,5	1	12,5	3	4,4
Falta de cirurgião	0	0,0	0	0,0	5	23,8	3	37,5	8	11,8
Mudança de conduta médica	2	8,0	3	21,4	3	14,3	1	12,5	9	13,2
Falta de reserva sanguínea	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Relacionado aos materiais e equipamentos										
Falta de material	6	24,0	1	7,1	0	0,0	1	12,5	8	11,8
Falta de equipamentos	2	8,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	3	4,4
TOTAL	68	100								

Fonte: Elaborado pelos autores

Os determinantes que tiveram maior índice de suspensão de procedimentos cirúrgicos se destacam os que se relacionam à condição clínica desfavorável do paciente,

chegando a atingir 14,8%, entretanto, o percentual evidenciado no escore de óbitos ficou em zero no período de avaliação do estudo.

Quanto aos motivos relacionados à organização da unidade, obtivemos a prioridade para urgência com 16,1% como a principal causa, enquanto a falta de tipo sanguíneo só pontuou 1,4%.

Na avaliação quanto aos recursos humanos à opção, falta de cirurgião com 11,8% foi apontada como a principal causa da suspensão. Tendo como oposto o tempo cirúrgico excedido com 3.0%.

As variáveis relacionadas a material e equipamentos estar ligado com a falta de compressas, gazes, fios de sutura que teve como total de 11.8%, enquanto a falta de equipamento que pode ser exemplificado como a falta ou a danificação de algum aparelho de bisturi, a falta de alguma placa especial para o procedimento ficou com 4,4%.

DISCUSSÃO

A pesquisa teve como objetivo maior, identificar os casos de suspensão de procedimentos cirúrgicos em um hospital polo localizado no sertão central cearense. Como também verificar as especialidades cirúrgicas e identificar os tipos de procedimentos que sofrem mais suspensões.

Sobre o perfil sociodemográficos dos pacientes que nesse estudo foram analisados os prontuários, encontrou-se uma diferença expressiva em relação ao gênero dos pacientes que tiveram suas cirurgias canceladas, sendo que 70,6% eram do sexo feminino e 29,4% do sexo masculino. Para corroborar, em outro trabalho realizado em um hospital público de São Paulo, que tinha o objetivo de analisar a incidência e causas de cancelamentos de cirurgias de catarata em um hospital público de referência, foi possível obter um índice de 54,3% do sexo feminino, o que se assemelha aos resultados da pesquisa. (MAGRI et al., 2012).

Considera-se, em uma visão global, que a presença de homens nos serviços de saúde é menor do que a das mulheres, ao realizar uma pesquisa sobre as causas da não adesão dos serviços de saúde pelos homens, foi apontado que os principais argumentos para tal acontecimento eram a associação a um modelo hegemônico de masculinidade, pois procurar o serviço de saúde, em uma perspectiva preventiva, poderia associá-lo à insegurança, medo e fraqueza, além do medo da descoberta de uma doença grave, a

vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde e falta de unidades específicas para a saúde do homem. (MORAIS et al., 2017)

Em analogia, um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro RJ, demonstrou que 60,6% dos pacientes que tiveram suas cirurgias canceladas eram do sexo masculino, fato evidenciado pelo tipo de cirurgias realizadas na instituição, que foram principalmente herniorrafias, mais frequente em homens (SAMPAIO; GONÇALVES; JÚNIOR, 2016) o que torna esse estudo similar ao resultado obtido na variável do sexo masculino, em relação a especialidade cirúrgica traumatológica que apresentou um elevado índice com 64,3%, principalmente por conta de um comportamento mais relapso dessa categoria como alcoolismo e alta velocidade no trânsito.

A faixa etária mais frequente encontrada nesse estudo foi de 19 a 49 anos (48,5%), validando resultados encontrados em outros trabalhos, onde tiveram como objetivo as orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade do paciente que realizaria um procedimento cirúrgico, que demonstra que esta população estar mais propensa a realização de um procedimento cirúrgico (COSTA; SAMPAIO, 2015). Visto que é considerado a faixa etária mais ativa do ser humano, como também compreende o período reprodutivo, comprovados com os dados obtidos na pesquisa em questão que teve como resultado no escore faixa etária, nas variáveis das especialidades da Gineco/Obstetra (71,4%) e da traumatologia (50,0%). Já a especialidade urológica apresenta índices elevados na faixa etária igual ou superior a 50 anos que pontuou 50,0% por ser uma área que atende comumente mais a população de idosos.

A escolaridade da amostra apresentou alto nível de pacientes com ensino fundamental completo (47,1%) e com 36,8% tiveram a classificação outros que se adequam ensino médio e graduados, entre outros. Ao analisar outros estudos foi possível observar como dados, que os pacientes com nível de graduação somaram (33,0%) e ensino médio 17,7%. (GONÇALVES *et al.*, 2016).

No trabalho de Carneiro *et al.* (2011), a raça predominante foi a branca com (63,2%) seguida da parda 24,2%, contrariando os resultados dessa pesquisa que apontaram como a raça predominante a não branca (97,1%) e apenas 2,9% se autodeclararam brancas. A constituição étnica do povo cearense remonta a muitos séculos, com predominância de pardos (50%), assim predominam os mestiços, descendentes, em sua maior parte dos índios e brancos, mulatos e caboclos que viviam como vaqueiros, moradores de fazendas, pescadores, dentre outros. (IBGE, 2000).

O turno da tarde teve um índice de cancelamento (51,4%) mais alto que o da manhã, enquanto em outro estudo, o turno da manhã possuía um índice de 72,1% a mais do que o turno da tarde. Dados similares foram encontrados, relatando que os cancelamentos na manhã também foram maioria, somando 76,3%. Essa diferença de valores pode ser atribuída ao modo variado como cada instituição gerencia suas cirurgias por especialidades clínicas nos períodos (BARBOSA; GOULART; ANDRADE; MATTIA, 2012).

A propósito das características do cancelamento na instituição pode favorecer para que os esforços para avanço do indicador sejam direcionados para os grupos em que a ocorrência desse evento é mais habitual. No caso das especialidades clínicas, as que figuraram como tendo os maiores índices nos estudos observados foram: ortopedia, cirurgia geral, otorrinolaringologia, urologia, oftalmologia e cirurgia de mão (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2019).

A suspensão de uma cirurgia pode ocorrer em diversos momentos, desde o seu agendamento. Na pesquisa foi possível observar que o momento que ocorre mais suspensão é quando o paciente já estar internado (70,5%), gerando custos e traumas ao paciente, família e instituição. No estudo de Coady-Fariborzian, Anstead; Lawler (2016), 53% dos casos ocorreram a menos de 24 horas da realização do procedimento. Já o trabalho de Dexter, Shi, Epstein (2012), recomendam que o planejamento de recursos relacionados à utilização das salas de cirurgias deve ser feito com antecedência máxima de 2 dias, uma vez que em seus trabalhos eles verificaram que, a partir desse período, 51,5% das salas não sofreram mais alterações na programação. Leslie, Beiko, Van Vlymen, Siemens (2013), afirmam que por meio de entrevistas com pacientes que tiveram suas cirurgias canceladas, identificaram que quase metade deles foram avisados sobre o fato menos de 60 minutos antes do horário programado para o procedimento.

Visto isso, refletimos uma perspectiva favorável dos achados, já que a maior parte dos cancelamentos ocorreu antes do preparo da sala operatória, logo, possivelmente as suspensões não promoveram maior custo direto a organização se tivesse ocorrido após isso ou durante o procedimento em si (PINHEIRO et al., 2017).

Os resultados obtidos na pesquisa sobre os motivos que levam a uma suspensão do procedimento cirúrgico, a prevalência ficou a prioridade para urgências 16,1%, seguido da condição clínica desfavorável 14,8%, e a mudança de conduta médica 13,2%.

Observa-se notoriamente que a maior parcela dos cancelamentos de cirurgias se deu por motivos isentos ao paciente, ou seja, envolvidos expressivamente às decisões médicas e

ineficiência no planejamento operatório. Isso é preocupante e contribui para a apreciação negativa dos fatos, já que, talvez, se houvesse melhor comunicação entre setores e profissionais, ou seja, medidas simples, o indicador pudesse ser mais benéfico à qualidade do serviço (NASCIMENTO; FONSECA; GARCIA, 2014).

O controle dos indicadores de qualidade, a exemplo da taxa de cancelamento cirúrgico, pode ser um fator que venha a contribuir para a redução do evento, que é indesejável. Nesses termos, os dados descritos neste estudo não são tão discrepantes na comparação com os de outras pesquisas, especialmente as nacionais, demonstrando claramente que as ações gerenciais devem ser estratégicas e sistemáticas para a diminuição das taxas, ou seja, deve-se ir além do monitoramento matemático do indicador, visando também ao incremento de iniciativas de melhoria ao mesmo.

CONCLUSÃO

Sabe-se que o cancelamento cirúrgico ainda é um grande desafio às equipes de saúde e instituições. A realização deste estudo permitiu evidenciar que as especialidades que apresentaram maiores índices de suspensão, foram as de cirurgia geral, traumatológica, gineco/obstetra e por último as urológicas.

Ressalta-se a importância da utilização dos indicadores em uma gestão com qualidade. Por meio dela conseguimos reavaliar, replanejar e reorganizar as atividades do setor, disponibilizando subsídios para a organização do setor.

REFERÊNCIAS

FROES, E. F. et al. Cancelamento de cirurgias como indicador de avaliação das dimensões da qualidade de um centro cirúrgico. 2018.

GARCIA, A. C. K. A.; FONSECA, L. F. A problemática da suspensão cirúrgica: a perspectiva dos anestesiológicos. Rev. enferm. UFPE on line, v. 7, n. 2, p. 481-490, 2013.

GOMES, J. R. A. A. et al. Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal. Revista SOBECC, v. 23, n. 4, p. 184-188, 2018.

GOUVEIA, Y. R. et al. Revisão integrativa como estratégia para descrever os principais motivos, que levam a suspensão de cirurgias eletivas. 2018.

HORI, Y.; NAKAYAMA, A.; SAKAMOTO, A. Surgery cancellations after entering the operating room. JA clinical reports, v. 2, n. 1, p. 40, 2016.

LOBO, L. C. et al. Taxa de suspensão de cirurgias no brasil: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 4, p. e497-e497, 2019.

LOPES, T. M. R. et al. Atuação do enfermeiro na segurança do paciente em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 26, p. e769-e769, 2019.

MAURÍCIO, L. F. S. et al. Prática profissional do enfermeiro em unidades críticas: avaliação das características do ambiente de trabalho. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, p. e2854, 2017.

MORAES, P. G. S. et al. Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos. Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. 7, p. 2645-2653, 2017.

OLIVEIRA, A. M.; PEIXE, B. C. S.; PEIXE, A. M. M. Custos na Área da Administração Hospitalar: Estudo de Caso Aplicado na Organização de Processos do Bloco Cirúrgico de Hospital. In: Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC. 2017.

PEREIRA, J. G.; SIQUEIRA, I. A. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. Rev. Col. Bras. Cir, v. 36, n. 4, p. 283-287, 2009.

SAMPAIO, C. E. P.; GONÇALVES, R. A.; JÚNIOR, H. C. S. Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem/Determination of surgery suspension factors and their contributions with nursing assistance/Determinación de los factores de las suspensiones quirúrgicas y sus contribuciones a la asistencia de enfermería. Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 3, p. 4813, 2016.

SOUZA, I. B. et al. Percepção do cliente no perioperatório sobre o cuidado de enfermagem no centro cirúrgico. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 26, p. e840-e840, 2019

QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Maria Clara Gonçalves da Silva- Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afrobrasileira – Ceará.

Gabriela Araújo Beviláquia- Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afrobrasileira – Ceará.

Camila Chaves da Costa- Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da lusofonia Afro Brasileira (UNILAB).

Alana Santos Monte - Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da lusofonia Afro Brasileira (UNILAB).

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QdV) em termos gerais, é vista como um conceito multidimensional que enfatiza as auto-percepções de um estado mental atual, sendo um conceito que abrange, amplamente, como um indivíduo avalia o “quão bons” são diversos aspetos da sua vida (THEOFILOU, 2013). Lagadec *et al.* (2018), afirmam que a QdV das mulheres grávidas é geralmente menor do que a da população geral e menor do que as mulheres não grávidas da mesma idade.

A QdV da gestante está intimamente relacionada ao trimestre gestacional em que a mulher se encontra, esta diminui no primeiro trimestre, aumenta no segundo e novamente declina no último trimestre gestacional. Essa oscilação ocorre devido às mudanças estruturais da gestação (CAMILLO; NIETSCH; SALBEGO, 2016). Sabe-se que baixos níveis de QdV podem estar relacionados com a ocorrência de nascimentos prematuros e baixo peso a nascer (WANG *et al.*, 2013).

O coronavírus, SARS-COV-2, agente etiológico da Covid-19, tem se propagado no mundo inteiro de maneira rápida, vulnerabilizando, dentre outros grupos, as gestantes. Devido ao risco elevado de morbimortalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou as gestantes como grupo de risco para Covid-19 (MINAYO, 2016). Nesse público, as infecções causadas pelos vírus SARS-COV, influenza H1N1 e MERS-COV, ocorridas em 2002, 2009 e 2012, respectivamente, apresentaram complicações diversas, como febre, tosse e dispneia (ALFARAJ; AL-TAWFIQ; MEMISH, 2019).

Na maioria dos infectados, os sintomas apresentados são leves, a exemplo de febre e tosse seca, porém, em mulheres na segunda metade da gestação, há outros sintomas que podem aparecer com menor intensidade nas gestantes, como fadiga, dispneia, diarreia,

congestão nasal e coriza. Algumas mulheres podem apresentar ainda complicações mais graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SARS) (ZAIGHAM; ANDERSSON, 2020).

Diante desse cenário, muitas mulheres têm receio dos problemas que possam ocorrer durante o período da gestação e no momento do parto, como a possibilidade de transmissão vertical do vírus. Os estudos ainda não são conclusivos sobre esse assunto: há aqueles que sinalizam a possibilidade do aparecimento de sintomas semelhantes ao da mãe infectada no recém-nascido; e outros que referem à impossibilidade de rompimento da barreira placentária (HOFFMANN *et al.*, 2020).

Diante das complicações para a gestação e o feto, faz-se necessário refletir sobre o estar gestante em tempos de pandemia da COVID-19, sendo certa a importância de compreender o impacto da COVID-19 na percepção da QdV das mulheres grávidas. Assim sendo, objetivou-se compreender a percepção da gestante sobre sua qualidade de vida em tempos de pandemia da COVID-19 e identificar as dimensões afetadas na qualidade de vida de gestantes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, descritiva e transversal, realizada em um centro de saúde do município de Acarape, no período de outubro a dezembro de 2021. Os sujeitos da pesquisa foram gestantes cadastradas e acompanhadas na unidade de saúde escolhida para o estudo.

Foi considerado critério de inclusão: Gestante maior que 18 anos que aceitou participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para preservar a identidade, os nomes das participantes foram substituídos por nomes fictícios de flores. Considerado como critério de exclusão: estar com COVID no momento da entrevista pois poderia causar um viés nas respostas e pedir para sair da pesquisa durante a execução.

A amostragem foi por conveniência, com intuito de abordar todas as gestantes acompanhadas na unidade de saúde que atendiam aos critérios de inclusão. No entanto, foi finalizada quando no momento da coleta houve saturação dos dados, não havendo nenhum novo elemento encontrado.

A coleta de dados aconteceu quando as gestantes se direcionaram ao centro de saúde para as consultas de rotina do pré-natal em dias semanais específicos. A Unidade de Saúde

manteve como sala de espera um espaço aberto (pátio) dentro da unidade no qual as pacientes não precisaram esperar pelas consultas próximas umas das outras. As participantes foram abordadas nessa sala de espera e após o aceite cada gestante foi chamada de forma individual para uma sala reservada para responder às perguntas.

Como as respostas eram gravadas, a gestante ficava sentada em uma cadeira próxima ao gravador e o pesquisador ficava a uma distância de no mínimo 2 metros da mesma, como medida de isolamento por conta do COVID. Diante do aceite em participar e após a assinatura do TCLE, as participantes que aceitaram participar do estudo responderam aos questionários sociodemográfico, obstétrico e às perguntas sobre Qualidade de vida.

Para realização desta coleta foi utilizado formulário impresso contendo as seguintes perguntas norteadoras: “O que você entende por qualidade de vida?”; “Como você acha que está sua qualidade de vida como gestante?”; “Qual área da sua vida você acha que melhorou com a gestação? Exemplo de áreas: autoestima, relacionamento conjugal, relacionamento familiar, área profissional, religiosidade, saúde mental e física.”; “Ainda sobre as áreas acima, qual área você acha que piorou com a gestação?”; “Como você acha que a pandemia influenciou na sua qualidade de vida?”; “Você acha que é o cuidado de enfermagem pode interferir na melhoria da sua saúde?”.

Além disso, as entrevistas foram gravadas em áudio e meio digital com prévia autorização das participantes do estudo. Foram anotadas eventuais reações das entrevistadas num diário de escuta (expressões faciais, gestos, choro, entre outras) e percepções do pesquisador sobre a gestante ao longo da entrevista, sendo que estes recursos serviram para complementar as informações obtidas.

A operacionalização da análise dos dados empíricos deste estudo seguiu as três etapas da análise temática. A primeira etapa ou pré-análise teve início após a transcrição das entrevistas, consistindo na leitura flutuante e exaustiva das mesmas, seguida da organização do material (Constituição do Corpus) visando à imersão no conjunto das informações coletadas no intuito de permitir iniciar a interpretação dos dados.

A segunda etapa compreendeu na exploração do material sendo uma operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto utilizando a codificação dos dados brutos. Nesse processo, encontrou-se expressões significativas em função das quais o conteúdo de uma fala é organizado. Ainda na segunda etapa foram nomeadas as categorizações que “consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas”, na qual se realizou a classificação e a agregação dos dados em categorias empíricas capazes de

especificar os temas. Esta fase significou dividir os dados em unidades relevantes e com sentido próprio, mantendo a conexão com o todo, isto é, a análise se concentra em conjuntos de partes menores denominados de núcleos de compreensão do texto.

Em seguida, estes núcleos foram organizados e agrupados por similaridades e diferenças tendo como principal ferramenta a comparação entre os mesmos. Este recurso foi importante e necessário para a construção das categorias empíricas. Após nova reorganização das unidades temáticas o produto da análise resultou na interpretação dos resultados deste estudo (MINAYO, 2015).

A pesquisa se apoiou nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e os dados foram coletados somente após a aprovação do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 18 gestantes entrevistadas, com média de 28 anos, pardas (83,3%), evangélicas (55,5%), casadas ou com união estável (72,2%); que se dedicavam exclusivamente ao lar e não exerciam nenhum tipo de atividade remunerada (72,2%); com o ensino fundamental incompleto (38,8%) e com renda familiar de um salário mínimo (66,6%).

Em relação aos dados de antecedentes obstétricos, 83,3% eram multigestas, 50% múltiparas e 22,2% relataram ter sofrido abortos. Parte das gestantes afirmou não ter tido intercorrências na gestação passada (44,4%). Quanto à gestação atual, as mesmas afirmaram não apresentar intercorrências atuais (77,7%); não planejaram a gestação (55,5%); todas apresentaram gestação única (88,8%), exceto as gestantes que ainda não haviam realizado a primeira Ultrassonografia (US) (11,1%); e a média da Idade Gestacional (IG) pela US foi de 24 semanas e 2 dias.

Pelas entrevistas foram geradas 3 categorias: "Interferências na qualidade de vida"; "Percepção sobre qualidade de vida"; "O que melhorou e piorou com a gestação".

Interferências na qualidade de vida

É perceptível o incômodo das gestantes e a insatisfação relacionados ao confinamento residencial, em consequência da pandemia da COVID-19, conforme pode-se perceber nas falas a seguir:

[...] um abraço, uma família, uma... uma visita, uma coisa assim que a gente tinha o costume de fazer e passear; e hoje a gente não tem mais, né! [...]. (Margarida)

É a questão de ficar mais em casa né, mais reservada, não poder sair pros lugares que a gente gosta, essas coisas. (Rosa)

[...] a pessoa não pode mais sair com as crianças, com ele (marido), pra poder ter um lazer, uma coisa, a gente tem que ficar em casa [...]. (Azaléia)

Por conta que a pandemia, ela deixou muita gente assim ... trancada, né! [...]. (Ipê)

Pronto, ela (pandemia) mudou a forma da gente poder se expressar, porque a gente passou a poder ficar mais em casa, sem ver os amigos [...]. (Tulipa)

[...] você não sai mais de casa pra nada, então mudou tudo [...]. (Jasmin)

É evidente que a privação das atividades cotidianas externas, de lazer e do contato pessoal direto, repercutiu consideravelmente de forma negativa na vida pessoal das participantes, elas relataram essa privação de liberdade como uma mudança brusca do cenário atual, que consequentemente pode interferir nas relações afetivas.

Segundo estudo sobre o efeito do isolamento social na qualidade de vida durante a pandemia do COVID-19, foi observado que grupos totalmente isolados tinham uma QdV mais afetada em relação a grupos parcialmente isolados; e as áreas mais afetadas pelo isolamento social foram a saúde física e/ou mental, tornando esses âmbitos mais vulneráveis durante esse período de isolamento (ALHOFAIAN *et al.*, 2022).

Segundo Williams *et al.* (2021), “é imperativo que pesquisadores e formuladores de políticas trabalhem juntos para desenvolver programas seguros e eficazes que aliviem a solidão e o isolamento social”.

Além disso, em consequência do cenário pandêmico, a empregabilidade está cada vez mais difícil de ser mantida ou ofertada, o que vem a ser um motivo de preocupação para muitos dos trabalhadores, implicando diretamente na saúde emocional de ambos. (CHIRKOWSKA-SMOLAK; CHUMAK, 2021).

[...] sem poder até trabalhar logo no começo, a gente não podia trabalhar, mudou bastante, acho que isso. (Tulipa)

[...] questão de trabalho que tá mais difícil. (Lírio)

[...] os trabalhos, essas coisas, piorou os trabalhos [...]. (Orquídea)

Podemos observar nas falas das participantes, a insatisfação quanto à dificuldade de retomar ou até mesmo obter um emprego, em meio ao cenário atual. Devido ao grande índice de demissões em decorrência da pandemia, a população de carteira assinada passou a depender do seguro desemprego fornecido pela Compensação Federal de Desemprego Pandêmico (FPUC), contudo, a expiração do benefício trouxe risco de moradia perdida, risco de insuficiência alimentar, além de riscos de depressão e episódios de ansiedade, ou seja, implicando diretamente na saúde e consequentemente na QdV (A BERKOWITZ; BASU, 2021). O seguro desemprego reduziu a insegurança alimentar, principalmente durante o primeiro mês após recebimento do benefício, proporcionando uma melhor alimentação para grupos vulneráveis (RAIFMAN; BOR; VENKATARAMANI, 2020).

É perceptível que a renda familiar de muitas das participantes resulte de trabalhos informais, pensões ou benefícios do governo, devido ao valor estimado e relatado por elas. A vulnerabilidade econômica e a dificuldade no mercado de trabalho são indicadores de redução da QdV, pois ambos podem contribuir para diminuição da expectativa de vida (TAFRAN; TUMIN; OSMAN, 2020).

Por outro lado, ainda é possível observar nas falas o receio que as participantes expressam em serem contaminadas pelo agente infeccioso da doença.

[...] eu tive COVID, mulher é muito ruim, só faltava morrer sem fôlego, isso eu tenho medo de passar pra criança [...]. (Gardênia)

[...] tem muita gestante não pode nem sair de casa, por conta... por medo né, da pandemia, acho que somente. (Ipê)

Muda né, a gente fica meio ansiosa, medo de sair, medo de... de se expor, muda um pouco. (Hortência)

[...] querendo ou não, é... deixa a pessoa mais receosa né, com medo. (Dália)

[...] e tipo, né... teve mais medo por conta da... da pandemia [...]. (Hibisco)

O medo relacionado ao COVID-19 pode ser considerado preditor de problemas de saúde mental como estresse, depressão e ansiedade, mediado pelo apoio social (MAHAMID; VERONESE; BDIER, 2021).

A pandemia trouxe uma série de mudanças e desafios que gerou impacto nas massas; logo o medo e a ansiedade tornaram-se resultado deste impacto afetando a saúde mental principalmente das gestantes, visto que as mesmas já lidam com preocupações rotineiras da

gestação, o que torna necessário a atenção redobrada à este grupo, para uma maior preservação da saúde mental (SALEHI *et al.*, 2020).

Gardênia relata já ter vivido uma experiência ruim com a COVID-19; e destaca seu medo em infectar-se novamente com o vírus e passar de forma vertical para a bebê. Dana *et al.* (2020), afirmam que embora não tenha havido nenhum sinal de infecção vertical em bebês, a infecção materna pode causar sérios problemas, como trabalho de parto prematuro e sofrimento fetal. O receio gerado pelo medo de contrair a doença, pode estar relacionado ao gênero, status sociodemográfico, doença crônica, estar em grupo de risco e ter uma família morrendo de COVID-19 (BITAN *et al.*, 2020). É possível perceber que a relação do medo com a COVID-19 pode estar associada à preocupação com os possíveis agravantes da doença, bem como os sintomas e/ou efeitos posteriores ao período de infecção do vírus.

Malik *et al.* (2021), concluem que a Síndrome de COVID Pós Aguda (PCS), tem sido associada à má qualidade de vida; sintomas persistentes a longo prazo; incluindo fadiga, dispnéia, anosmia, distúrbios do sono, dor torácica, artralgia e pior saúde mental geral.

Obviamente, diante das referências que destacam o medo como fator de risco para problemas psicológicos, nota-se que o mesmo pode interferir na QdV das gestantes significativamente.

Percepção sobre qualidade de vida

Grande parte delas apontou a saúde como a principal condição que possibilita uma maior QdV. De acordo com as falas, nota-se que a QdV na percepção das participantes está relacionada à saúde em primeiro lugar, ou seja, na visão delas outros fatores também proporcionam QdV, contudo, a saúde ganha destaque sendo evidenciada como condição indispensável e essencial.

Ter saúde, primeiramente, saúde né! (Rosa)

Primeiro de tudo é ter saúde né! Saúde [...]. (Gardênia)

Viver com saúde né! Primeiro lugar [...]. (Ipê)

[...] com saúde que é mais importante. (Lírio)

Segundo estudo que avalia a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), níveis socioeconômicos baixos implicam numa QVRS ruim, além de destacar que maiores

níveis de escolaridade estão relacionados a menores chances de se obter problemas de saúde (HUANG *et al.*, 2017). É importante destacar que mais da metade das gestantes possuem renda familiar menor que um salário mínimo, ou seja, possuem vulnerabilidade socioeconômica. Quanto à escolaridade, mais da metade relatou ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto.

A pandemia do COVID-19 modificou a vivência cotidiana das pessoas, afetando a qualidade de vida, principalmente de crianças e/ou adolescentes, relacionada à saúde (NOBARI *et al.*, 2021). Desta forma, é possível compreender que a QdV em relação a saúde, pode estar afetada.

No decorrer da entrevista, foi abordado sobre outro fator que está ligado diretamente à saúde, que é a assistência de enfermagem, onde foi questionado se o cuidado de enfermagem pode interferir na melhoria da saúde das participantes. Podemos observar nas falas, que as participantes se sentem bem assistidas quanto ao cuidado de enfermagem e assistência prestada pela equipe da unidade básica.

Certeza, que é por meio deles né, que a gente sabe como é que tá a nossa saúde, tanto nossa como da criança. (Rosa)

Pode melhorar, porque tá sendo acompanhada né, examinada, essas coisas. (Copo de leite)

Pode, pode. Ele melhora muito por conta que ela conversa, ela explica, ela, é ... vamos se dizer que ela cuida da gente, né! (Ipê)

Ele não pode interferir, ele interfere. Tipo, ele é muito bom, é muito bom, muito gratificante a gente ter um... uma enfermeira né, pra cuidar da gente, até porque antes do médico a gente passa por ela, então é uma coisa muito, muito boa mesmo, na minha opinião, sim. (Jasmin)

Pode. Com certeza, né. A enfermagem, ela é muito importante na vida da gente né, a gente precisa né, de acompanhamento com... Com os enfermeiros, médicos, pra gente ter uma vida mais saudável né, que eles tem mais experiência pra ensinar a gente, né! (Hibisco)

Torna-se evidente que o cuidado de enfermagem é visto como fator que interfere na melhoria da QdV das gestantes que são acompanhadas na unidade básica. Na visão delas, a assistência de enfermagem é reconhecida como um serviço essencial para o acompanhamento gestacional individualizado.

O pré-natal é o acompanhamento e assistência de enfermagem voltada para a gestante; onde por meio das consultas com cuidados baseados em evidências, é possível conduzi-la a um bom parto e puerpério, trazendo impacto positivo tanto para a mãe quanto para o bebê (BENEDET *et al.*, 2021). Na possibilidade de uma cesariana, o impacto pode ser positivo

caso as consultas de pré-natal tenham sido realizadas precocemente, além das futuras complicações que podem ser identificadas e tratadas (GEDEFW; WALTENGUS; DEMIS, 2021). Desta forma, pode-se considerar que o cuidado de enfermagem pode interferir na melhoria da saúde.

É perceptível que em algumas falas, podemos notar que a percepção sobre QdV segundo as gestantes também está relacionada à provisão alimentícia, resultante de condições empregatícias que garantam uma boa renda.

[...] com comida pra gente comer né, com as crianças da gente [...]. (Orquídea)

É ter um bom salário né, assim. viver bem, comer bem [...]. (Azaléia)

[...] trabalhar, ter alimento na mesa. (Violeta)

[...] não faltar nada em casa. (Girassol)

Qualidade de vida? Se alimentar bem [...]. (Hortência)

Viver bem é ter um trabalho bom, uma alimentação boa, né! (Lírio)

Lagadec *et al.* (2018), destacam que a ausência de problemas sociais e econômicos estão associados a uma melhor QdV. Outros fatores também são destacados, como: idade materna média, IG precoce, primiparidade, prática de exercícios físicos, dentre outros.

Levando em conta os dados sociodemográficos, é possível observar que grande parte das gestantes possuem renda familiar insuficiente (<1 salário-mínimo), o que caracteriza um perfil socioeconômico vulnerável, evidenciando as percepções das mesmas quanto à QdV relacionada à condições básicas humanas de sobrevivência, como alimentação.

A insegurança alimentar tornou-se um forte alvo do desemprego em razão da pandemia do COVID-19, tendo seu impacto minimizado pelo recebimento de bolsas sociais, que auxiliam na provisão básica alimentar (GELO; DIKGANG, 2022). No período de pandemia, as famílias de baixa renda passaram a ter hábitos alimentares menos saudáveis relacionados ao período que antecedeu a pandemia, consumindo menos alimentos nutritivos, afetando assim os hábitos alimentares de crianças e adolescentes que estão em fase de desenvolvimento (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

O que melhorou e piorou com a gestação

É possível perceber através dos relatos das entrevistadas, que a relação das participantes com seus cônjuges melhorou após a gestação, o que nos faz questionar dois pontos: o primeiro, está relacionado diretamente ao bebê, evidenciando as respostas do questionário

referente a gestação atual, onde quase metade delas afirma ter planejado a gestação, ou seja, ambos os pais possivelmente encontram-se numa fase feliz da relação, por consequência da gestação concebida. O segundo ponto, pode estar relacionado diretamente ao período de isolamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19, considerando que esta influenciou para a aproximação do casal e/ou da criança que está sendo gerada, estreitando os laços e promovendo uma melhora afetiva.

Melhorou com o pai do meu filho né, eu achei que melhorou, nós melhoramos mais o relacionamento nosso, aí foi... melhorou as coisas pra nós dois. (Orquídea)

Só no relacionamento com o meu parceiro [...]. (Copo de leite)

Meu relacionamento com o meu marido [...]. (Ipê)

A melhora do relacionamento conjugal, pode estar relacionada tanto à interação e/ou companheirismo do casal como à atividade sexual. É sabido, que a prática sexual de gestantes de risco habitual é segura, no entanto, não se sabe ao certo se o mesmo pode ser aplicado às gestantes de alto risco (MACPHEDRAN, 2018).

A atividade sexual durante a gestação, apresenta uma regressão principalmente quando relacionada ao terceiro trimestre gestacional, o que implica na necessidade de um aconselhamento sobre atividade sexual saudável na gestação, para casais (KHALESÍ; BOKAIE; ATTARI, 2018).

Fernández-Carrasco *et al.* (2020), revelam que “a gravidez influencia o desejo sexual de ambos os parceiros, e que o desejo sexual se comporta de forma diferente nas mulheres do que nos homens durante a gravidez”.

Alipour *et al.* (2020), destacam que “a comunicação baseada na abordagem focada no casal e ênfase nas necessidades das gestantes durante a gravidez, podem melhorar a satisfação conjugal”.

A satisfação do casal quanto ao relacionamento conjugal, pode reduzir as chances de gestantes obterem oito tipos de doenças infecciosas durante a gestação, visto que relacionamentos conflituosos e disfuncionais podem prejudicar o sistema de defesa, causando uma baixa imunidade (HENRIKSEN; TORSHEIM; THUEN, 2015). Podemos ver que relacionamentos conjugais saudáveis refletem diretamente na saúde pessoal e gestacional, possibilitando efeitos benéficos e elevando o padrão de QdV.

Estudo sobre o impacto da pandemia de COVID-19 no funcionamento dos pais, filhos e família; destaca a necessidade do apoio e das intervenções voltadas para as famílias

durante esse período, afim de evitar possíveis problemas de saúde e do convívio familiar, pois acredita-se que as consequências da pandemia possam perdurar (FEINBERG *et al.*, 2021).

O envolvimento familiar durante o período gestacional, possibilita para a gestante um impacto muito positivo na gestação, principalmente tratando-se do terceiro trimestre gestacional, possibilitando menor chance de obter sintomas emocionais e maior predisposição para autoeficácia (WENSU *et al.*, 2021).

Segundo Favez (2012), a aliança familiar é definida como a qualidade da coordenação interativa entre os membros da família. Sendo assim, é importante destacar que o vínculo familiar pode classificar-se como um ponto forte, podendo contribuir para uma melhor QdV.

Por outro lado, percebe-se que algumas gestantes relatam mudanças fisiológicas decorrentes da gestação, tornando a saúde física um fator que piorou com a gestação.

Saúde física. É, só essa... fiquei muito sedentária, muito dorminhoca, dormindo demais mesmo.
(Rosa)

[...] tive tanto enjoo, minha filha. (Violeta)
Não, só a saúde, porque as vezes eu tenho queda de pressão, aí fico passando mal, aí só isso.
(Girassol)

Saúde física. (Cravo)

Estudo sobre benefícios potenciais do yoga, afirma que o mesmo pode evitar complicações gestacionais decorrentes do sedentarismo, atividade física restrita e estresse em período de pandemia do COVID-19, aumentando a QdV, principalmente relacionada à saúde física e mental. (NADHOLTA *et al.*, 2020). Lu *et al.* (2021), afirmam que distúrbios do sono foram relacionados a maiores morbidades em gestantes com 30 anos ou mais e com sobrepeso antes da gestação.

Violeta relata os enjoos como fatores ruins decorrentes da gestação. Mulheres com histórico pessoal ou familiar de náuseas e vômitos, tem uma maior suscetibilidade para apresentar esses sintomas (LAITINEN *et al.*, 2020).

A hipotensão também é relatada como condição ruim da gestação, segundo (Girassol). Segundo Bánhidý *et al.* (2011), “a hipotensão materna protege contra a pré-eclâmpsia; no entanto, mulheres grávidas hipotensas estavam em maior risco de náuseas ou vômitos graves, ameaça de aborto (hemorragia no início da gravidez) e anemia”.

A saúde física foi considerada uma área que piorou com a gestação. É importante ressaltar que as alterações fisiológicas são bastante presentes no período gestacional, variando os sintomas de mulher para mulher, no qual os mais frequentes são: dor nas costas, dor no quadril ou pélvica e falta de ar, o que consequentemente pode acabar alterando a QdV das gestantes (OVIEDO-CARO; BUENO-ANTEQUERA; MUNGUÍA-IZQUIERDO, 2021).

As alterações fisiológicas da gestação estão associadas a uma diminuição da QdV, principalmente relacionadas à saúde física e mental (LAGADEC *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Na percepção das gestantes, a qualidade de vida está relacionada à saúde em todos os seus âmbitos e às condições favoráveis que um bom emprego pode proporcionar como bem-estar familiar e alimentação. Quanto à sua QdV como gestante, ambas afirmam ter uma boa QdV gestacional, contudo, há relatos de piora na saúde física decorrente da gestação. Percebe-se que parte das participantes afirmaram nada ter piorado com a gestação, em contrapartida, as mesmas relatam fatores que interferiram na qualidade de vida em geral, como: isolamento social; dificuldade no mercado de trabalho e medo da COVID-19, ou seja, é possível que seus relatos quanto ao que piorou com a gestação esteja relacionado somente às condições gestacionais, sem considerar as demais áreas que estão sujeitas ao impacto positivo/negativo da QdV.

É importante destacar o cuidado de enfermagem como preditor para uma melhor QdV, visto que foram identificados fatores de risco para o surgimento de problemas que afetem a saúde mental das gestantes, sendo necessário que intervenções sejam implementadas junto ao acompanhamento individualizado no intuito de minimizar esses riscos.

Desta forma, conclui-se que a percepção das gestantes quanto a qualidade de vida em meio ao cenário de pandemia da COVID-19, está relacionada à saúde integralizada, com foco na preservação da saúde mental e física, além dos subsídios necessários para viver despreocupadamente.

REFERÊNCIAS

- A BERKOWITZ, Seth; BASU, Sanjay. Unmet social needs and worse mental health after federal unemployment insurance expires from the COVID-19 pandemic. *Health Aff*, [s. l], v. 40, n. 3, p. 8-9, 18 fev. 2021.
- ALFARAJ, S. H.; AL-TAWFIQ, J. A.; MEMISH, Z. A. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: Report of two cases & review of the literature. *Journal of Microbiology, Immunology, and Infection*, v. 52, n. 3, p. 501-503, jun. 2019.
- ALHOFAIAN, Aisha *et al.* The Effect of Social Isolation Types on Quality of Life during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic Sudit Arabia: a cross-sectional study. *International Journal Environmental Research And Public Health*, [s. l], v. 19, n. 11, p. 7-9, 02 jun. 2022
- ALIPOU, Zahra *et al.* Marital communication skills training to promote marital satisfaction and psychological health during pregnancy: a couple-focused approach. *Play Health*, [s. l], v. 17, n. 1, p. 7, 10 fev. 2020.
- BÁNHIDY, Ferenc *et al.* Hypotension in pregnant women: a population-based case-control study on pregnancy complications and delivery outcomes. *Hypertension Res.*, [s. l], v. 34, n. 1, jan. 2011.
- BENEDET, Deisi Cristine Forlin *et al.* Fortalecimento do enfermeiro na pré-natal por meio da reflexão-ação. *Rev Gaúcha Enferm.*, [s. l], v. 42, p. 5-7, 16 jul. 2021.
- BITAN, Dana Tzur *et al.* COVID-19 fear scale: psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Res. of Psychiatry*, [s. l], v. 289, p. 3-4, 15 jul. 2020.
- BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- CAMILLO, B.S.; NIETSCH, E.A.; SALBEGO, C.; CASSENOTE, L.G.; OSTO, D.S.D.; BÖCK, A. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, v.10(Supl. 6), p.4894-901, dez., 2016.
- CHIRKOWSKA-SMOLAK, Teresa; CHUMAK, Mykola Insecurity at work and emotional disturbance of Polish employees during the COVID-19 pandemic. *Medycyna Pracy*, [s. l], v. 72, n. 6, p. 651-651, 06 dez. 2021.
- DANA, P.M. *et al.* COVID-19 and pregnancy: a review of current knowledge. *Infez Med.*, [s. l], v. 28, p. 50-50, 01 jun. 2020.
- FAVEZ, N. *et al.* The development of family alliance from pregnancy to childhood and child outcomes at age 5. *Family Process*, [s. l], v. 51, n. 4, p. 2, 20 set. 2012.
- FEINBERG, M.e *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the functioning of parents, children and family. *Family Process*, [s. l], v. 61, n. 1, p. 11-12, 08 abr. 2021.

FERNÁNDEZ-CARRASCO, F.J. *et al.* Changes in sexual desire in women and their partners during pregnancy J Clin Med., [s. l], v. 9, n. 2, p. 12, 14 fev. 2020.

GEDEFAW, G.; WALTENGUS, F.; DEMIS, A. Does Timing of Antenatal Care Initiation and the Contents of Care Have Effect on Caesarean Delivery in Ethiopia? Findings from Demographic and Health Survey. Journal of Environmental and Public Health, [s. l], v. 2021, p. 5-6, 10 ago. 2021.

GELO, D.; DIKGANG, J.. Implications of the COVID-19 Labor Market Shock for Child and Domestic Hunger in South Africa: Do Social Protection Programs Protect? PLoS One, [s. l], v. 17, n. 7, p. 10-11, 01 jul. 2022.

HA, A.; WONG, R.; NG, J. Effect of family income and physical activity on children's quality of life. Psychological Medicine., [s. l], p. 6, 23 dez. 2021.

HENRIKSEN, R.E.; TORSHEIM, T.; THUEN, F. Relationship satisfaction reduces the risk of maternal infectious diseases in pregnancy: the Norwegian cohort study of mothers and children. PLoS One, [s. l], v. 10, n. 1, p. 6-8, 21 jan. 2015

HOFFMANN, M. *et al.* SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. Cell, 2020.

HUANG, W. *et al.* Assessing Health-Related Quality of Life of Chinese Adults in Heilongjiang Using EQ-5D-3L. International Journal Environmental Research And Public Health, [s. l], v. 14, p. 11-12, 23 fev. 2017.

KHALES, Z.B.; BOKAI, M.; ATTARI, S.M. Effect of pregnancy on the sexual function of couples. Afr Health Sci., [s. l], v. 18, n. 2, p. 229-233, 18 jun. 2018.

LAGADEC, N., STEINECKER, M., KAPASSI, A., MAGNIER, A. M., CHASTANG, J., ROBERT, S., (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1).

LAITINEN, L. *et al.* Nausea and vomiting of pregnancy: associations with personal history of nausea and affected relatives. Gynecol Obstet Arch, [s. l], v. 302, n. 4, p. 952-954, 11 jul. 2020.

LU, Q. *et al.* Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev, [s. l], v. 58, ago. 2021

MACPHERAN, S. Recommendations for sexual activity in high-risk pregnancies: what is the evidence?. Sex Med Rev., [s. l], v. 6, n. 3, jul. 2018.

MAHAMID, F. A.; VERONESE, G.; BDIER, D. Coronavirus (COVID-19) fear and mental health outcomes in Palestine: the mediating role of social support. Current Psychoanalysis, [s. l], p. 6-7, 20 out. 2021.

MALIK, P. et al. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL): a systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*, [s. l], v. 94, n. 1, p. 260-260, 07 set. 2021.

MINAYO, MC de SO. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

NOBARI, H. *et al.* Effect of COVID-19 on Health-Related Quality of Life in Adolescents and Children: a systematic review. *Int J Environ Res*, [s. l], v. 18, n. 9, p. 8-10, 25 abr. 2021.

OVIEDO-CARO, M.A.; BUENO-ANTEQUERA, J.; MUNGUÍA-IZQUIERDO, D. The associations of pregnancy-related symptoms with health-related quality of life in mid-pregnancy: the pregnactive project. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, [s. l], 21 fev. 2021.

RAIFMAN, J.; BOR, J.; VENKATARAMANI, A. Unemployment insurance and food insecurity among who lost employment in the wake of COVID-19. *Medrxiv*, [s. l], p. 11-13, 30 jul. 2020.

SALEHI, L. *et al.* The relationship between COVID-19 fear and anxiety, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: a structural equation model. *Brain behavior*, [s. l], v. 10, n. 11, p. 4-6, 23 set. 2020.

TAFRAN, K.; TUMIN, M.; OSMAN, A.F. Poverty, income and unemployment as determinants of life expectancy: empirical evidence from panel data from thirteen Malaysian states. *Iran J Public Health*, [s. l], v. 49, n. 2, p. 300-301, fev. 2020.

TEIXEIRA, M.T. *et al.* Eating habits of children and adolescents during the COVID-19 pandemic: The impact of social isolation. *Dieta J Hum Nutr*, [s. l], p. 6-7, 26 abr. 2021.

THEOFILOU, P. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1). 2023.

WANG, P., LIOU, S. R., CHENG, C. Y. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 124. 2013.

WENSU, Z. *et al.* Does the presence of anxiety and depression symptoms mediate the association between family functions and self-efficacy in third trimester pregnant women?: a community-based cross-sectional survey. *Front Psychiatry.*, [s. l], v. 12, p. 7-8, 04 nov. 2021.

WILLIAMS, C. Y *et al.* Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: a rapid systematic review. *PloS One*, [s. l], v. 16, n. 2, p. 22-22, 17 fev. 2021.

WU, Y *et al.* Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

PERFORMANCE DO ENFERMEIRO FRENTE A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: DIFICULDADES E DESAFIOS

Brena Késsia Oliveira Albuquerque - Enfermeira. Pela Faculdade UNINTA Itapipoca

Paulo Cesar Teles Correia Júnior - Enfermeiro, Mestre em saúde da criança e do adolescente – UECE

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a interrupção da atividade cardíaca, evidenciado pela ausência de sinais da circulação. Para reverter esse quadro crítico e restaurar o retorno da circulação espontânea (RCE) do paciente, é necessário executar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) no qual devem ser realizadas de maneira efetiva, padronizadas e de intervenção imediata. (Silva *et al*, 2016)

Mundialmente a parada cardiorrespiratória é responsável por aproximadamente 17,8 milhões de mortes por ano, apesar da evolução de casos favoráveis de ressuscitação, o índice de sobrevivência permanece prejudicado, calculado em apenas 8% a 10%, nos últimos 10 anos. (Tobase *et al*, 2023).

Em síntese, é manifesto que o enfermeiro possui fundamental importância no serviço prestado a pacientes graves. Na PCR não é diferente (Santiago *et al*, 2020). Com base no exposto e em concordância com Benetti (*et al*, 2021), o papel do enfermeiro frente a parada cardiorrespiratória torna-se bem mais amplo e complexo. Esse processo possui início desde o diagnóstico, a intervenção nas condutas, suporte técnico-emocional, treinamento continuado da equipe e organização tanto do time de parada quanto dos materiais a serem utilizados.

Portanto, considerando a relevância desse conteúdo, o estudo procura compreender as dificuldades e desafios com a finalidade de propor estratégias de melhorias na assistência. Assim sendo, surge a seguinte pergunta norteadora: quais são os principais problemas que o enfermeiro enfrenta no evento de PCR?

O interesse pela temática surge por meio da vivência acadêmica e prática de enfermagem da pesquisadora, principalmente na urgência e emergência, onde percebe-se que no decorrer de uma parada cardiorrespiratória, o enfermeiro encontra diversos impasses, que afetam diretamente na oferta de uma assistência de qualidade com o mínimo possível de erros ao acometido. Com base nisso, a pesquisa pretende contribuir para o aprimoramento de protocolos, capacitações, treinamentos e sugestões na prática de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2022) a pesquisa descritiva possui por finalidade a exposição dos aspectos de uma determinada população ou fenômeno além de identificar a relação de possíveis variáveis. Assim, a maioria deste tipo de estudo são direcionadas a objetivos profissionais.

Foi realizada segundo o que preconiza as diretrizes do método qualitativo proposto por Minayo (2016), refere-se à ordenação, classificação em categorias empíricas, síntese e interpretação dos dados que foram transcritos e lidos rigorosamente. Os dados de identificação foram organizados e detalhados em quadros fundamentados em seguida. Já os dados obtidos mediante os discursos dos entrevistados, foram apresentados por meio de categorias e subcategorias separadas em tópicos com análise posterior da literatura coerente ao assunto.

A pesquisa realizou-se em um Hospital referência em urgência e emergência localizado no município de Itapipoca/CE. Conhecida como “cidade dos três climas” a cidade de Itapipoca está localizada no interior do ceara, a aproximadamente 130 km de Fortaleza/CE.

O hospital inserido nessa localidade oferece suporte além da própria região a mais 6 municípios. Dispõe de médicos Clínicos, cirurgiões, pediatras, neonatologistas, intensivistas, emergencistas e ortopedistas, envolvendo ainda a equipe assistencial de enfermagem composta de Enfermeiros de diversas especialidades, técnicos de enfermagem e auxiliares proporcionando suporte 24 horas aos usuários. Nesse cenário, o pronto socorro é porta de entrada para diversos tipos de problemas de saúde tornando assim o de primeira escolha para cuidados a emergências.

O início da coleta ocorreu em julho de 2023 estendendo-se até o mês de agosto do presente ano. Nesse período, a pesquisadora desenvolveu o questionário aplicado e estratégias de comunicação profissional, a fim de evitar interações pessoais. Foi providenciado também os materiais a serem utilizados.

A amostra é composta por profissionais enfermeiros que presenciam ou lidam com PCR e que compõe os seguintes setores: Clínica médica, clínica cirúrgica, UTI e Emergência.

Foram inclusos enfermeiros independentemente de gênero e idade, que possuíam pelo menos 6 meses de experiência na unidade e que trabalhem ou já trabalharam nos setores supracitados.

Os critérios de exclusão atenderam aos enfermeiros em licença médica e maternidade, estar gozando de férias no período de coleta do estudo, que nunca trabalharam nos setores destacados acima e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

A pesquisadora foi a campo ao encontro dos participantes selecionados em concordância aos critérios de inclusão e de exclusão já retratados. Os entrevistados foram devidamente esclarecidos sobre os principais objetivos do estudo e após essa etapa, conheceram todo o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e seus requisitos propostos. Em seguida após a oficialização da participação dos trabalhadores, a pesquisadora iniciou a entrevista com cada participante individualmente em uma sala fechada, e utilizou o auxílio de um gravador e de um questionário semiestruturado elaborado previamente apresentado no apêndice A, cada pergunta foi lida com o auxílio de um computador para que assim facilitasse a desenvoltura da entrevista. Foi ainda identificado o contribuinte com a letra “P” de Profissional numerado, em correlação a ordem de chamada de cada um como forma de manter o anonimato, por exemplo: “P1”.

A análise qualitativa dos dados realizou-se de acordo com a técnica de análise de conteúdo temático-categorial. Assim, os dados obtidos foram organizados e apresentados em quadros e tabelas e posteriormente fundamentados. E as informações coletadas por discurso, através de categorias e subcategorias temáticas.

Este estudo foi submetido ao comitê de ética com parecer de número 6.121.242 a fim de assegurar a veracidade do conteúdo e a participação dos contribuintes. Obedecerá aos critérios que a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) preconiza e ao código de ética da enfermagem.

Todas as pesquisas independentemente de sua área, ao envolver seres humanos devem cumprir algumas premissas. São dadas: ser realizada apenas quando não houver outra maneira de se obter as informações que se deseja alcançar; a utilização de metodologias adequadas para responder o que será estudado, especificando-as, seja a pesquisa qualitativa, quantitativa ou qualiquantitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os dados coletados observou-se que de todos os entrevistados, 100% responderam aos questionamentos, explanando e descrevendo suas principais dificuldades e intercorrências relacionadas a cerca do objeto do estudo. Dos 13 profissionais enfermeiros abordados, apenas 1 pessoa recusou-se a contribuir para o estudo, sendo totalmente compreendido a medida que esta pesquisa visa causar o mínimo de prejuízos possíveis aos seres humanos, portanto não foi contabilizada na amostra da pesquisa.

Ao observarmos o aspectos de gênero, nota-se a predominância do sexo masculino dentre as variáveis com o total de 8 homens, correspondendo a 66,6 %, sobrepondo o público feminino com 4 mulheres, caracterizado por 33,3 %.

É importante destacar a hegemonia do público masculino no estudo. Sales *et al.* (2018) explica que por muito tempo em diferentes momentos da história a população dissociava os homens da enfermagem limitando a uma prática atribuída somente as mulheres, esse pensamento foi construído através de Florence Nightingale, uma das precursoras da enfermagem que direcionou o exercício do cuidado como ação intuitiva predominante do sexo feminino. Com o passar dos anos e com a fusão de diferentes etnias, a sociedade contemporânea vem agregando diferentes valores, onde os homens não são mais vistos como antigamente, sendo mais visíveis como contribuintes necessários para a continuidade do cuidado assim como o público feminino.

Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros da amostra por sexo



Fonte: Elaborado pelos autores

Todos os participantes se enquadram na faixa etária de 23 a 42 anos, em razão disso conclui-se que é um público consideravelmente jovem. Isso pode se explicar pelo fato da instituição possuir grandes demandas de pacientes que desenvolvem PCR ao longo de sua estadia, seja ela gerada por fatores clínicos ou por fatores externos como acidentes automobilísticos por exemplo. De forma, a esclarecer, a população jovem tende a desenvolver habilidades mais rapidamente em comparação as pessoas mais velhas no serviço sendo necessário também o uso da força na execução de uma RCP com qualidade ou de agilidade na tomada de decisões.

O tempo de serviço foi estipulado em menos de 1 ano, 1 a 5 anos e mais de 5 anos atuantes na unidade. Em dados percentuais, 8,3% (1 enfermeiro) dos membros da pesquisa possui menos de 1 ano de serviço hospitalar, 75 % (9 enfermeiros) atuando entre 1 a 5 anos e 16,6% (2 enfermeiros) com mais de 5 anos de experiência. O hospital São Camilo, referência do estudo possui uma grande rotatividade dos profissionais enfermeiros, possibilitando assim que cada trabalhador permaneça em média 4 meses apenas em um setor e depois ocorrendo seu remanejamento para outro departamento, permitindo a ampliação de suas habilidades e diversidades de suas vivências.

Conhecimento acerca da PCR

A primeira categoria temática a ser analisada no discurso dos enfermeiros participantes, busca observar o nível de conhecimento dos mesmos acerca da PCR. Assim, inicialmente todos foram indagados com a seguinte pergunta: Você conhece os protocolos da PCR?

Observando os discursos foi possível identificar que houve diversas respostas dissemelhantes, mas que respondia exatamente a indagação como é possível contemplar a seguir:

“É... dentro desse hospital em que eu trabalho já vai fazer 2 anos somente de emergência, esses protocolos já estão na ponta da minha língua há bastante tempo desde o meu tempo de faculdade, então... sim” (P8)

“Conheço. Inclusive aqui na unidade onde a gente trabalha a gente sempre procura tá relembrando-os protocolos de PCR mesmo que não haja parada, como em forma de treinamento da equipe” (P4)

“Como antes de me formar enfermeiro eu fiz um curso de socorrista então eu tinha, tenho um pouco de noção do APH e nesse contexto a gente aprende um pouco sobre alguns protocolos, o de parada... enfim. Eu sei um pouco, conheço um pouco, porém não estou atualizado por que sou da turma de 2019 e como a rotina de plantonista é bem intensa eu não consigo fazer atualização, mas eu tenho ciência da existência, do CADB, porém eu não estou atualizado.” (P1)

Farias *et al* (2021) cita que os melhores profissionais que possuem os melhores conhecimentos do tema tratado, são aqueles que participam de cursos atualizados. Além disso, quando se fala em educação continuada, é de fundamental relevância ter como base a leitura de guidelines publicado e atualizado pela AHA a cada 5 anos o qual complementa os procedimentos. Ter uma equipe competente faz total diferença durante a prestação de serviço ao paciente acometido pela PCR. A capacitação profissional acarreta em um aprendizado dinâmico e baseado em evidências e consequentemente atribui o diferencial e empoderamento do enfermeiro.

Quando questionado sobre a utilização dos materiais de emergência, a maioria dos trabalhadores afirmaram saber conduzir e conhecer todos os equipamentos de maneira adequada. Apenas 4 enfermeiros relataram possuir dificuldade ou desconhecimento em algum equipamento ou insumo como é possível averiguar adiante:

“Pra falar a verdade eu não tenho muita prática com relação as drogas, a questão de... é... AMBU, lâminas, tubo, essa parte não tenho a reclamar da minha desenvoltura, mas com relação as medicações, diluições, são ... é.... não tenho tanta prática e nem destreza pra isso” (P1)

“Sim, sim. Todos os materiais são utilizados durante a parada a gente sabe manusear todos, principalmente o DEA que ele é auto instrutivo, é bem fácil de manuseio.” (P5)

“O carrinho de parada sim, drogas também, o DEA na verdade a gente não tem né na unidade que eu trabalho então não me sinto segura pra manusear o DEA agora os outros dispositivos BVM também, acho que a minha maior dificuldade tá no DEA por que não faz parte da nossa realidade.” (P4)

“Sim, sim hoje é... com toda propriedade do mundo eu me considero um profissional apto a manusear todo esse tipo de tecnologias né desde a droga ao BVM por que a gente realmente teve uma educação continuada também sou um cara que busco muito a

literatura e também a prática né então assim, hoje sim eu me considero um profissional realmente apto a manusear todo esse tipo de tecnologias citadas.” (P6)

O profissional da enfermagem possui papel primordial de liderança e exige uma postura ética livre de negligências, imperícias e imprudências. Dos 12 entrevistados, 8 referem saber e realizar a devida condução de todos os equipamentos e 4 mencionaram sobre a questão da insegurança relacionado as drogas presentes na parada e da utilização do desfibrilador externo automático. Isso retrata mais uma vez que é necessário a implantação dos utensílios na vivência dos enfermeiros mesmo que não haja necessidade de uso, mas, haja vista a importância de não coexistir nenhum tipo de dúvida ou insegurança na hora da emergência.

Correspondendo a utilização das drogas no qual houve carência de conhecimento, um estudo mensura que é competência da enfermagem a administração de medicações e para isso, é exigido que o profissional possua habilidade técnica, científica e competência ética e legal com o objetivo de fomentar o indicador assistencial. Portanto, consequentemente o enfermeiro e a equipe no qual ele lidera devem reconhecer os fármacos utilizados na hora de uma emergência devendo, no entanto, oferecer uma postura dinâmica, criativa e estratégica para assim se obter o desfecho favorável nessas situações evitando o acréscimo de falhas, reforçando como resolução ou redução do déficit a educação continuada permanente (Farias, 2014).

Ao lançar a seguinte pergunta: Como você reconhece a ausência de atividade vital do paciente? Todos os entrevistados souberam detalhar e articular respondendo á pergunta através da inserção das seguintes falas:

“Os nossos pacientes na UTI né, eles estão monitorizados 24 horas né então a ausência ali é... alteração desses sinais vitais já é um indício, muitas vezes o paciente já evolui com bradicardia severa ,então a gente ver que o paciente ele já tem perda de consciência ,a gente checa pulso, então isso são fatores,são sinais que a gente verifica que esse paciente esta em PCR.”(P10)

“É ... primeiramente a gente checa... dá pra gente perceber movimentos respiratório ausente, resposta verbal motora ausente e a presença... falta de pulso ausente também na hora da checagem, essas três coisinhas junto né.” (P8)

”Como eu falei na pergunta anterior, eu vou visualizar o paciente né, tanto visualmente e vou fazer o exame físico do paciente que é o que ,é pelo pulso carotídeo até 10 segundos eu vou visualizar na região proximal da carótida e vou verificar se há ou não pulso

palpável ,se não ,já inicio as medidas de RCP. Ah, mas eu tenho duvida. se eu tenho dúvida também inicio as medidas de RCP” (P3)

“A gente primeiro faz aquele exame físico ne detecção de pulso ne, carotídeo, a gente vai também nas pupilas também e literalmente ver que ele não tem nenhum sinal vital.” (P9)

O participante 3 cita sobre a dúvida que se tem quando o paciente exterioriza uma PCR. Isso permite resgatar a última atualização que a American Heart Association (2020) instituiu, essa modificação explica que o risco da iniciação da RCP no caso de dúvida expõe a vítima ao menor risco de morte em contraparte se houver atraso na aplicação das manobras, ou seja, em caso de incerteza, as massagens e seus procedimentos sucessíveis seguem sendo a melhor proposta de sobrevida do cliente.

Dificuldades e desafios identificados na PCR

Sabe-se que por coexistir diversos fatores já retratados anteriormente, que possam atrasar o atendimento dessa emergência, surgem então algumas dificuldades e desafios ao longo da ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Logo, foi solicitado aos participantes que respondessem o seguinte questionamento: Quais as principais dificuldades e desafios você enfrenta em um evento de PCR? Com a obtenção dos seguintes discursos:

“Uma das principais dificuldades, é... a não eficácia do material que é utilizado no momento de intubação. Seja uma lâmina que se apaga, seja um fio guia que não se encontra presente, seja um AMBU que na hora que a gente vai usar na ventilação não apresenta o devido serviço que necessita ter.” (P8)

“A falta de material por conta que alguns desses materiais apresentam algum defeito na hora da urgência.” (P7)

“As vezes a falta de conhecimento né de algum técnico na equipe ou falta de segurança mesmo de algum deles, mas é mais comum a gente ver uma equipe já mais estruturada, mas que eu vejo de maior problemática é a falta de segurança que ai gera desorganização durante a parada.” (P4)

Em relação ao impasse descrito sobre os equipamentos, segue essa tarefa de checagem rigorosa ao líder da equipe, sendo este o enfermeiro. Ao ofertar cuidados à paciente

vítima de parada, o enfermeiro deve ser rápido e possuir ações intensivas durante a RCP, e assim, após o paciente obter o RCE, continuar a realização do atendimento e complementar a assistência médica. (Silva e Silva, 2015)

Habitualmente, é o enfermeiro que avalia o estado do paciente e identifica se o mesmo está em PCR e aciona a equipe para dar início a RCP. A série de cuidados que se sucedem após o acionamento, é determinante de um resultado, a depender da maneira que é realizada, torna-se eficaz ou não. Acima é exposto sobre a falta de conhecimento de algum membro do time de parada sobre os procedimentos existentes da RCP. Assim, é direcionado ao enfermeiro o treinamento da equipe para lidar com situações emergenciais e para isso, esse profissional deve estar ciente dos protocolos. Isso torna-se importante, pois a equipe liderada por ele é tida como responsável nos cuidados iniciais desse paciente com esse tipo de adversidade. (Silva e Silva, 2015)

O enfermeiro e a equipe na PCR

Sabe-se que a PCR pode ser identificada previamente, porém há casos em que acontece de forma inesperada. Sendo assim, a RCP nas duas situações muitas vezes o momento se torna tenso ou a equipe se encontra despreparada prejudicando a assistência do paciente.

Ao direcionar a pergunta ao líder da equipe de enfermagem: O que você acha da desenvoltura da sua equipe em uma RCP? Obteve-se as seguintes respostas:

“Pronto. A desenvoltura é bem boa da equipe. E a gente sempre busca melhorar após a parada, tentar achar o que foi que a gente fez de errado pra na próxima corrigir, na maioria das vezes é mais so a questão de organização.” (P5)

“Eu acho a desenvoltura deles muito boa mas em melhoria falta a gente melhorar a comunicação”. (P7)

Nesses discursos foi possível identificar algumas fragilidades das equipes que o enfermeiro lidera na hora da parada, são elas: desorganização, vícios de uma mesma função na parada e precariedade na comunicação.

A divisão de tarefas a serem executadas e o direcionamento da equipe, deve ser elaborada previamente ao admitir o paciente possibilitando assim formar uma equipe de alto desempenho. O enfermeiro responsável pela equipe deve realizar essa divisão e estruturar o atendimento, bem como ser apto a avaliar as prioridades do paciente, possuir comunicação clara

e adequada com os técnicos e auxiliares de enfermagem, realizando nesse contexto boas condutas (Rosa, Santos e Zimmer, 2023). Desta maneira, a fim de melhorar os obstáculos citados anteriormente, é cabível realizar o rodízio dos membros do time de resposta rápida evitando estabelecer vícios de uma mesma função, fazendo com que cada integrante conheça todos os manejos da RCP, desde as compressões até a ventilação, sendo ainda possível melhorar a comunicação da equipe se houver esse dialogo instalado previamente.

Ao perguntar aos líderes: Você apresenta algum sentimento ao se deparar com um paciente em PCR? houve as seguintes respostas:

“Com certeza. Eu falando de mim particularmente, né como eu já ensino suporte básico de vida pros meus alunos né, outros cursos que eu fico ministrando, eu particularmente devido minha parte teórica e pratica eu me sinto mais seguro, né, na verdade eu não fico nervoso, não fico com medo, nem ansioso, eu fico mais bem concentrado pra fazer um bom atendimento, né.”(P2)

“O sentimento no momento da parada é mais de adrenalina, tentar muitas das vezes trazer o paciente de voltas a vida e dependendo do sentimento que for apresentado pode sim trazer prejuízo pra assistência do paciente ,se for uma equipe insegura, nervosa, pode trazer prejuízosnegativos pra ele.”(P4)

“Sim, o nervosismo. Não acho que o nervosismo atrapalhe em relação a assistência, eu acredito que o nervosismo possa contribuir pra essemomento, que dê tudo certo.”(P7)

“Não, acho que as vezes a gente até as vezes peca um pouco por se tornar um pouco tudo no automático ne, é claro que humanamente falando a gente se depara com situações de paciente jovens, crianças ne, mas isso a gente, eu pelo menos particularmente individualmente falando de mim, eu sei separar a situação.” (P9)

Estuqui *et al.* (2022) menciona que grande parte da categoria de enfermeiros, demonstram sentimentos de tristeza quando há alguma vítima fatal, além disso na hora da ocorrência gera também sentimento de frustração, incapacidade, insegurança e instabilidade emocional do líder e consequentemente da equipe. Visto por outro lado da categoria, ocorre também sentimentos de prazer e valorização pessoal e profissional ao realizar as técnicas corretas na RCP.

CONCLUSÃO

Nesse estudo foi possível observar e constatar que nessa unidade, grande parte da equipe assistencialista possui uma liderança eficaz, segura e resolutiva com falhas no qual são passíveis de ajustes a fim de evitar eventos adversos a vítima com PCR.

Contudo, apesar de já existir estudos que retratem essa temática, é necessário que haja a instigação da realização de pesquisas mais específicas aplicadas em unidades que ofertam serviços a esse tipo de agravo a saúde. Portanto, essa pesquisa visa influenciar pesquisadores a acompanhar minuciosamente como os cuidados do paciente em PCR são ofertados e se estão de acordo com todos os protocolos vigentes no âmbito intra-hospitalar, pretende contribuir ainda no meio acadêmico como ferramenta de estudos e de fomentar conhecimento.

REFERÊNCIAS

BENETTI, Henrique Aprijo. Et al. Desafios enfrentados pelos enfermeiros frente à parada cardiorrespiratória em um hospital de urgência e emergência. Brazilian Journal of Development. Rondônia. v. 7, n.12, p. 112925-112943, dez, 2021.

CASTRO, Ana Vitória Araujo. et al. IMPORTÂNCIA DA ADEQUADA CHECAGEM DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS. In: XXIII

ENFERMAIO, 2019, Ceára. Tecnologias, inovações, e os desafios da enfermagem no século XXI. ISSN: 24465348

ESTUQUI, Marina Ramos. Et al. SAÚDE MENTAL DO ENFERMEIRO FRENTE AO SETOR DE EMERGÊNCIA E A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR. Revista enfermagem atual. Santa Catarina. 2022.

FARIAS, Eloisa Costa. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DA PARADA CARDIOPULMONAR EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA. Cuiabá, 2014. 33 p. monografia (especialização em urgência e emergência) - Universidade federal de santa catarina.

FARIAS et al. O conhecimento dos profissionais de enfermagem frente á parada cardiorrespiratória na emergência. Research, society and development. São Paulo.v. 10, n. 16,

e499101622373, 2021.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 7ª edição. Barueri (SP): atlas Ltda., 2022.

LAVONAS, Eric J. et al. DESTAQUES DAS DIRETRIZES DE RCP E ACE DE 2020 DA AMERICAN HEART ASSOCIATION. São Paulo: 22Brasil treinamentos, JN-1088,2020.

ROSA, Gabriela Ferreira de Camargos ; SANTOS, Jule Rouse de Oliveira Gonçalves; ZIMMER, Leticia de Maria Juncklaus. Equipes de alto desempenho em reanimação cardiopulmonar: o uso de crachás de identificação pode ajudar?. Jornal Brasileiro e Medicina de emergência. Brasília,DF. v. 3, n. 1, 2023

SALES, Órcelia Pereira. et al. GÊNERO MASCULINO NA ENFERMAGEM: ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA. Revista humanidades e inovação. Tocantins. v. 5, n. 11, dez. 2018.

SANTIAGO, Bruno Melo Gênê. Et al. Parada Cardiorrespiratória: intervenções dos profissionais de enfermagem. Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental. Bahia. v. 12, p. 1105-1109, jan. /Dez ,2020.

SILVA, Rose Mary Ferreira Lisboa da. Et al. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Minas Gerais. v.28, n.4, p. 427-435, outubro,2016.

SILVA, Talita ;SILVA, Priscilla Itatianny de Oliveira. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ADULTO COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. Uniatenas.

TAQUETTE, S.R. MINAYO, M.C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. Physis revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.26, n.2 p. 417-434, 2016.

TOBASE, Lucia. Et al. O Uso da Escala de Borg na Percepção do Esforço em Manobras de Reanimação Cardiopulmonar. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo. V. 120, n.1, e20220240, janeiro, 2023.

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO: COMPARAÇÃO ENTRE PARTO NORMAL E CESARIANA

Alana Rocha Tomaz de Souza – Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da Universidade Estadual do Ceará.

Alana Santos Monte – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira.

Bruno de Melo do Nascimento – Enfermeiro. Residente em Enfermagem Obstétrica pelo Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Ceará.

Camila Chaves da Costa – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira.

Nayara Lourenço Rocha – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Yasmin Vitória de Oliveira Castro - Acadêmica. Graduanda em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira.

INTRODUÇÃO

Dentre os ciclos vitais vivenciados pela mulher, o ciclo gravídico-puerperal caracteriza-se como uma etapa de grandes vulnerabilidades, que envolvem a dimensão física, emocional, social e espiritual. Esse período representa uma fase delicada do ciclo reprodutivo feminino em que a mulher necessita de atenção e cuidado (ANDRADE *et al.*, 2015).

As mulheres vivenciam este período com sentimentos variados, que vão da alegria pelo nascimento do filho ao medo e insegurança nos cuidados que devem prestar ao novo ser sob sua responsabilidade, o que pode afetar diretamente o modo como a mulher vai se relacionar com o meio social onde está inserida (WOUDE *et al.*, 2015).

Observa-se que nesse período a puérpera sente a necessidade de ser respeitada, de ser ouvida, de sentir-se segura, de orientação e informação, de cuidado com o corpo, de aeração do ambiente e lazer, de ter uma melhor alimentação e de descanso (ANDRADE *et al.*, 2015). Essas necessidades devem ser consideradas pelo profissional de saúde ao planejar uma assistência individual e integral as reais necessidades da mulher após o parto (WOUDE *et al.*, 2015).

Assim, os profissionais de saúde devem se preocupar com os fatores determinantes da qualidade de vida de mulheres no pós-parto, objetivando identificá-los e buscando intervir para a sua melhoria neste período, conforme proposto pela Política Nacional de Promoção da

Saúde, a qual objetiva promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2011).

A qualidade de vida tem um conceito amplo porque considera a subjetividade e a percepção do indivíduo no contexto de vida pessoal, profissional e social (ANDRADE *et. al.*, 2015). Com isso, o planejamento e a implementação de ações para a melhoria da qualidade de vida de puérperas devem considerar a individualidade do ser humano (WHO, 1995). Nesta perspectiva, o The Mother Generated Index, versão brasileira (MGI – VB) caracteriza-se como um instrumento capaz de identificar a percepção da puérpera acerca de sua qualidade de vida, favorecendo o cuidado individualizado (RIBEIRO, 2013).

O estudo justifica-se, pois, torna-se necessária na área obstétrica a investigação da qualidade de vida das mulheres no puerpério afim de contribuir com assistência prestada à mulher no processo de parto e nascimento e qualificar a atual assistência. Objetiva-se com esse estudo avaliar a qualidade de vida de mulheres no puerpério imediato fazendo uma comparação entre parto normal e cesariana, identificar as dimensões afetadas da qualidade de vida da puérpera e analisar as associações realizadas entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas com a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres no puerpério imediato.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa (POLIT; BECK, 2011). O estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Paulo Sarasate, em Redenção - CE, uma unidade filantrópica e integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. A amostra foi composta por 60 mulheres, sendo 30 puérperas de parto normal e 30 puérperas de cesariana. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2019 a março de 2020.

Como critérios de inclusão foram definidos: mulheres no puerpério imediato, internadas no alojamento conjunto da referida maternidade; puérperas alfabetizadas. Como critérios de exclusão: puérperas com complicações no parto e no pós-parto atual; puérperas com recém-nascidos natimortos; puérperas com deficiência auditiva.

As entrevistas foram realizadas no leito e alguns dados complementares coletados no prontuário e no cartão de gestante das entrevistadas. Para a coleta de dados todas as participantes receberam orientação sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foi adotado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas para caracterização das participantes.

A qualidade de vida das mulheres foi verificada pela utilização do MGI, versão brasileira, trata-se de um índice aberto que possibilita uma maior aproximação com a puérpera. Este índice é subdividido em três partes. Na primeira, cada puérpera destacou os aspectos de sua vida que foram afetados após o nascimento do filho, o instrumento disponibilizava 13 áreas para as puérperas escolherem 8 delas, identificando também se esses aspectos foram positivos, negativos ou ambos / nenhum.

Posteriormente, na segunda parte, a participante pontuou cada área citada na etapa anterior, de zero (pior) a 10 (melhor), com base no sentimento após o nascimento do bebê. Na terceira, a participante distribuiu 20 pontos entre as áreas descritas, conforme o grau de importância para sua qualidade de vida. Para facilitar a compreensão das puérperas na terceira etapa, foram utilizados 20 botões para serem distribuídos em uma folha de papel com 8 colunas separadas, a área com mais botões representava a de maior importância para a qualidade de vida (RIBEIRO, 2013).

A pontuação MGI primário representa a média dos escores dos aspectos identificados. Este escore reflete como a mulher percebe a influência de cada uma das áreas em sua vida. As áreas com baixa pontuação, na etapa 2, são áreas que profissionais devem direcionar estratégias de atuação, com vistas à promoção da qualidade de vida da puérpera (SYMOM; MACKAY; RUTA, 2003).

Os dados coletados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, organizados em tabelas e discutidos de acordo com a literatura pertinente. Foram calculadas as médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. As associações entre as variáveis de qualidade de vida e os tipos de parto com as variáveis sociodemográficas, obstétricas foram feitas pelo teste de χ^2 . As análises inferenciais foram consideradas estatisticamente significantes se $p < 0,05$.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica, obstétrica e gestação atual das puérperas.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mulheres. Redenção, 2020.

Variáveis		n	%
Faixa etária	Entre 15 e 20 anos	21	35,0
	Entre 21 a 30 anos	28	46,7
	Acima de 30 anos	11	18,3
Estado civil	Casada/união estável	47	78,3
	Solteiro/divorciada	13	10,0
Ocupação	Estudante	6	53,3
	Dona de casa	32	23,3
	Doméstica	14	13,3
	Desempregada	8	21,7
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	40	66,7
	Ensino Médio Incompleto		
	Ensino Médio Completo	20	33,3
	Ensino Superior Completo		
Renda	< 1 Salário	26	43,3
	Entre 1 a 2 Salários	27	45,0
	Entre 2 a 3 Salários	5	8,3
	> 4 Salários	2	33,3
Religião	Católica	44	73,3
	Evangélica	16	26,7
Cor	Branca	6	10,0
	Preta	7	11,7
	Parda	44	73,3
	Amarela	3	5,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Observa-se que a faixa etária predominante das puérperas é de 21 a 30 anos (46,7%), casada ou em união estável (78,3%). Quanto à ocupação, 53,3% são estudantes. No que se refere à escolaridade, 66,7% das mulheres possuem o ensino fundamental incompleto ao ensino médio incompleto. 45,0% das puérperas sobrevivem com 1 a 2 salários. Em relação a religião, 73,3% se declararam católicas.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo variáveis obstétricas e gestação atual. Redenção, 2020.

Variáveis		n	%
Nº de Gestações	Entre 1 e 2	48	35,0
	Entre 3 a 4	10	46,7
	5 ou mais	2	18,3
Tipo de Parto	Normal	30	50,0
	Cesárea	30	50,0
Nº de abortos	Não tiveram abortos	47	78,3
	Apenas 1	13	21,7
Gravidez Planejada	Não	39	65,0
	Sim	21	35,0
Intercorrência na gestação	Não	32	53,3
	Sim	28	46,7
Nº de consultas de Pré-natal	1 a 4 consultas	4	6,7
	5 a 9 consultas	37	61,7
	10 ou mais consultas	19	31,7
Profissional que acompanhou maior parte do trabalho de parto	Médico	16	26,7
	Enfermeiro	44	73,3
Profissional que fez o parto	Médico	33	55,0
	Enfermeiro	27	45,0
Liberdade de movimento durante trabalho de parto	Não	25	41,7
	Sim	29	48,3
	Às vezes	6	10,0
Medidas de alívio da dor durante trabalho de parto	Não	34	56,7
	Sim	26	43,3
Presença do acompanhante	Não	17	28,3
	Sim	43	71,7
Prescrição de dieta zero	Não	28	46,7
	Sim	32	53,3
Prescrição de Repouso	Não	24	40,0
	Sim	36	60,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Conforme observado na Tabela 2, 46,7% das mulheres estavam entre a terceira e a quarta gestação. Quando questionadas sobre abortamento, 78,3% das puérperas relataram que nunca tiveram aborto. 65% das mulheres revelaram que a gestação atual foi indesejada. Quanto as intercorrências clínicas nas gestações anteriores, 53,3% das mulheres não tiveram nenhum

tipo de agravo. A grande maioria das puérperas (61,7%) realizou entre 5 e 9 consultas de pré-natal.

Houve predomínio do profissional enfermeiro (73,3%) durante o trabalho de parto e do profissional médico (55%) na realização do parto. 48,3% das puérperas responderam que tiveram liberdade de movimento e 56,7% não tiveram acesso às medidas não farmacológicas para o alívio da dor. A maioria das puérperas teve acompanhantes (71,7%), em 53,3% houve prescrição de dieta zero e 60% houve prescrição de repouso.

Tabela 3 - Distribuição da pontuação dos passos 1, 2 e 3 do MGI, segundo as treze áreas da qualidade de vida apontadas pelas mulheres. Redenção, 2020.

Áreas da Qualidade de Vida	Passo 1 (%)	PN (n)	PC (n)	Passo 2 Média (DP)	Passo 3 Média (DP)	p-valor
Trabalho	Positivo (14,6%)	2	4	8,5 (1,97)	0,5 (1,22)	0,621
	Negativo (70,7%)	16	13	2,26 (2,96)	1 (2,00)	
	Ambos/Nenhum (14,6%)	3	3	6,33 (2,16)	1,16 (2,04)	
Relacionamento com a família	Positivo (78,3%)	20	27	9,5 (1,22)	6,16 (4,91)	0,138
	Negativo (3,3%)	1	1	8,21 (2,57)	3,21 (3,99)	
	Ambos/Nenhum (8,3%)	4	1	7 (3,55)	4,5 (4,20)	
Relacionamento com o marido	Positivo (82,3%)	18	24	9,3 (0,81)	2,5 (4,18)	0,209
	Negativo (3,9%)	1	1	7,73 (2,55)	3,26 (3,46)	
	Ambos/Nenhum (13,8%)	6	1	7,5 (2,88)	1,75 (2,36)	
Vida social	Positivo (75%)	5	4	8,35 (2,34)	0	0,670
	Negativo (16,7%)	1	1	4 (4,11)	0 (0,40)	
	Ambos/Nenhum (8,3%)	1	0	10 (4,08)	1 (0,40)	
Sono	Positivo (7,1%)	1	3	5 (4,04)	3,33 (4,08)	0,364
	Negativo (91,1%)	26	25	1,44 (1,59)	5,51 (5,75)	
	Ambos/Nenhum (1,8%)	1	0	2 (2,16)	3,75 (2,5)	
Saúde	Positivo (15,6%)	4	4	4 (3,57)	5,83 (3,76)	0,774
	Negativo (82,3%)	21	21	2,85 (3,12)	4,25 (5,47)	
	Ambos/Nenhum (2,1%)	1	0	4,6 (4,15)	4,6 (3,64)	
Corpo	Positivo (1,8%)	0	1	2,33 (2,25)	0,83 (2,04)	0,368
	Negativo (96,4%)	27	26	2 (1,55)	1,13 (2,05)	

	Ambos/Nenhum (1,8%)	1	0	1,8 (1,92)	0	
Alimentação	Positivo (56,7%)	11	12	2,83 (3,60)	0,83 (2,04)	0,951
	Negativo (18,9%)	4	10	5,72 (2,84)	0,55 (1,79)	
	Ambos/Nenhum (24,4%)	4	3	7,5 (2,38)	2 (2,44)	
Felicidade	Positivo (100%)	26	24	9,2 (0,89)	0	1,000
	Negativo (0%)	0	0	9,30 (2,09)	1,84 (3,52)	
	Ambos/Nenhum (0%)	0	0	9,6 (0,89)	4,6 (5,07)	
Responsabilidade	Positivo (91,2%)	14	17	9,5 (1,67)	0	0,555
	Negativo (2,9%)	1	0	8,35 (3,00)	0,71 (1,27)	
	Ambos/Nenhum (5,9%)	1	1	9,0 (1,73)	1 (1,73)	
Financeiro	Positivo (10,5%)	0	2	0,83 (1,39)	0	0,148
	Negativo (63,1%)	4	8	3 (3,57)	0 (0,75)	
	Ambos/Nenhum (26,4%)	4	1	4 (1,0)	1 (1,73)	
Psicológico	Positivo (50%)	5	2	9,4 (1,44)	0	0,279
	Negativo (35,7%)	2	3	2,14 (3,57)	0 (0,75)	
	Ambos/Nenhum (14,3%)	2	0	3,5 (0,70)	1 (1,41)	
Espiritual	Positivo (75%)	3	3	5 (1,3)	0	0,368
	Negativo (12,5%)	1	0	2,0 (2,51)	3,5 (2,30)	
	Ambos/Nenhum (12,5%)	0	1	8,5 (2,12)	5 (7,07)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

No passo 1 algumas áreas escolhidas foram percentualmente mais identificadas como positivas, como felicidade (100%), responsabilidade (91,2%), relacionamento com o marido (82,3%), relacionamento com a família (78,3%) e espiritual (75%) enquanto outras foram descritas como negativas para a qualidade de vida (QV), como corpo (96,4%), sono (91,1%), saúde (82,3%) em ambos tipos de parto.

No passo 2 a média das pontuações primárias dos comentários positivos foi 7,08 (DP: 2,18); dos comentários negativos foi de 4,9 (DP:2,70), e daqueles que foram rotulados de

"ambos / nenhum" foi 6,7 (DP:2,47). A área de vida "felicidade" foi a que recebeu a média das pontuações mais altas no passo 2 (9,36±1,29). No passo 3, a área "saúde" recebeu em média 4,89 dos 20 pontos totais, indicando que, muitas mulheres consideram a saúde como aspecto ruim na sua QV pós-parto.

Tabela 4 – Cálculo do escore primário e secundário da MGI segundo as treze áreas da qualidade de vida apontadas pelas mulheres. Redenção, 2020.

Áreas Afetadas	Escore Primário do MGI Média (DP)	Escore Secundário do MGI Média (DP)
Trabalho	3,82 (2,88)	0.18 (0.32)
Relacionamento com família	8,38 (2,15)	1.64 (0.53)
Relacionamento com o marido	8,03 (2,26)	1.00 (0.41)
Vida social	6,0 (2,04)	0.02 (0.02)
Sono	2,08 (2,29)	0.61 (0.59)
Saúde	3,35 (2,87)	0.79 (0.70)
Corpo	2,4 (1,98)	0.14 (0.22)
Alimentação	6,24 (2,27)	0.22 (0.19)
Felicidade	9,58 (0,88)	1.06 (0.16)
Responsabilidade	8,76 (1,92)	0.30 (0.20)
Financeiro	4,52 (2,31)	0.083 (0.12)
Psicológico	6,42 (3,02)	0.11 (0.14)
Espiritual	8,0 (2,72)	1.6 (0.63)
TOTAL	6,0 (2,27)	0.60 (0,33)

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

No escore primário a felicidade (9,58) foi a área com maior pontuação. A área relacionamento com a família foi a que obteve maior pontuação no escore secundário (1,64), seguida por espiritual (1,60).

Tabela 5 – Associação das variáveis sociodemográficas com a pontuação do passo 1 do MGI, segundo as treze áreas da qualidade de vida apontadas pelas mulheres. Redenção, 2020.

Áreas da Qualidade de Vida	Passo 1	Faixa etária	Estado civil	Ocupação	Escolaridade	Renda	Religião	Cor
Trabalho	p-valor	0,865	0,400	0,825	0,128	0,042*	0,338	0,069
Relacionamento com a família	p-valor	0,617	0,221	0,161	0,350	0,039*	0,840	0,775
Relacionamento com o marido	p-valor	0,236	0,478	0,355	0,691	0,037*	0,434	0,872
Vida social	p-valor	0,364	0,400	0,239	0,846	0,592	0,456	0,850
Sono	p-valor	0,009*	0,861	0,174	0,224	0,80	0,109	0,792
Saúde	p-valor	0,839	0,954	0,294	0,760	0,933	0,259	0,151
Corpo	p-valor	0,456	0,148	0,215	0,559	0,472	0,051*	0,841
Alimentação	p-valor	0,532	0,704	0,324	0,119	0,847	0,124	0,682
Felicidade	p-valor	0,000*	0,000*	0,000*	0,014*	0,000*	0,000*	0,000*
Responsabilidade	p-valor	0,500	0,183	0,039*	0,700	0,364	0,635	0,662
Financeiro	p-valor	0,731	0,769	0,075	0,035*	0,308	0,654	0,254
Psicológico	p-valor	0,663	0,437	0,920	0,505	0,858	0,667	0,823
Espiritual	p-valor	0,240	0,211	0,360	0,211	0,605	0,311	0,846

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

As variáveis sociodemográficas que influenciaram positivamente na qualidade de vida das puérperas e suas respectivas áreas afetadas foram: faixa etária / felicidade ($p = 0,000$); estado civil / felicidade ($p = 0,000$); ocupação / responsabilidade ($p = 0,039$); renda / relacionamento com o marido ($p = 0,037$), renda / relacionamento com a família ($p = 0,039$). De forma negativa tivemos escolaridade/financeiro ($p=0.035$) e faixa etária/ sono ($p=0.009$).

Tabela 6 – Associação das variáveis obstétricas com a pontuação do passo 1 do MGI, segundo as treze áreas da qualidade de vida apontadas pelas mulheres. Redenção, 2020.

Áreas da Qualidade de Vida	Quem Realizou o parto	Nº gestações	Nº abortos	Intercorrência	Gravidez planejada	Nº de Pré-natal	Profissional que acompanhou	Medidas	Acompanhante
Trabalho	0,834	0,700	0,006*	0,790	0,160	0,796	0,245	0,790	0,055
Relacionamento com a família	0,214	0,709	0,657	0,015*	0,316	0,325	0,298	0,490	0,068
Relacionamento com o marido	0,360	0,187	0,560	0,066	0,598	0,153	0,342	0,425	0,047*
Vida social	0,693	0,295	0,543	0,601	0,543	0,622	0,709	0,284	0,601
Sono	0,393	0,758	0,856	0,337	0,745	0,448	0,153	0,402	0,053*
Saúde	0,615	0,004*	0,954	0,630	0,782	0,230	0,900	0,339	0,818
Corpo	0,368	0,096	0,775	0,428	0,559	0,154	0,173	0,362	0,198
Alimentação	0,988	0,912	0,584	0,771	0,389	0,382	0,398	0,854	0,121
Felicidade	0,519	0,000*	0,123	0,699	0,028*	0,000*	0,000*	0,366	0,001*
Responsabilidade	0,518	0,712	0,520	0,565	0,700	0,674	0,563	0,467	0,635
Financeiro	0,098	0,808	0,389	0,730	0,619	0,127	0,595	0,190	0,123
Psicológico	0,377	0,667	0,163	0,306	0,177	0,369	0,045*	0,337	0,973
Espiritual	0,417	0,497	0,224	0,311	0,417	0,336	0,497	0,211	0,417

Fonte: Elaborado pelo autor (2020)

As variáveis obstétricas que influenciaram positivamente na qualidade de vida das puérperas e suas respectivas áreas afetadas foram: nº de gestação anteriores / felicidade ($p=0,000$), planejamento da gravidez/ felicidade ($p=0,028$), profissional que acompanhou o trabalho de parto/ felicidade ($p=0,000$), acompanhante/felicidade ($0,001$). As variáveis que influenciaram de forma negativa foram: nº de gestações anteriores/saúde ($p=0,004$), intercorrência na gestação/ relacionamento com a família ($p=0,015$), **acompanhante/sono** ($p=0,053$).

DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica, obstétrica e gestação atual das parturientes.

O perfil sociodemográfico da população avaliada pode ser caracterizado por puérperas predominantemente adultas, com baixa escolaridade, casadas ou em união estável e com renda familiar entre um e dois salários-mínimos. A maioria das mulheres era estudantes e não exercia atividade remunerada, o que pode ser justificado pela responsabilidade com a guarda, cuidado e educação dos filhos na família, bem como as poucas oportunidades no mercado de trabalho, ausência de creches e baixos salários oferecidos, que acabam por não compensar financeiramente os gastos de sua saída de casa (CAMPOS *et al.*, 2012).

Para Carvalho *et al.*, (2015) é nítido que a baixa renda está associada a alguns riscos para a gestação, surgindo indagações sobre instabilidades sociais e programáticas que podem atuar em situações de riscos à saúde, trazendo grandes desafios aos profissionais e aos serviços de saúde. Percebe-se que, no Brasil, esse perfil é comum entre puérperas e pode estar relacionado também com a falta de planejamento familiar.

Mais de 50% das puérperas revelaram que a gestação atual não foi planejada. A escolaridade é um fator que influencia diretamente no planejamento de uma gestação, pois mulheres com baixa escolaridade têm maior probabilidade de ter uma gravidez precoce e não planejada, as mulheres que deixaram de ir à escola, e não tem acesso aos conhecimentos sobre sexualidade e planejamento familiar, tornam sua saúde reprodutiva vulnerável (COELHO *et al.*, 2012).

Dessa forma, conhecer e reconhecer características sociodemográficas e econômicas que envolvem a gestante é importante para que o enfermeiro possa prestar um cuidado individualizado, considerando que a baixa escolaridade e a baixa renda são fatores que interferem na compreensão acerca da própria saúde.

Em relação ao perfil obstétrico a maioria teve três a quatro gestações, com 46,7% apresentando intercorrências na gestação. Os resultados mostram também que a grande maioria das entrevistadas negou histórico de abortamento. Este achado é semelhante ao evidenciado por pesquisa feita com o objetivo de conhecer o perfil de puérperas atendidas em um hospital universitário do Rio Grande do Norte que mostrou que apenas 14,2% das mulheres relataram ter vivenciado o abortamento (GALVÃO *et al.*, 2011). Isso pode ser explicado pela forte adesão ao pré-natal entre as participantes, onde 61,7% realizaram entre 5 e 9 consultas atingindo o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde que são 6 consultas.

Há evidências de que a procura pela assistência à saúde pode ser influenciada pela experiência gestacional anterior e que quando esta é negativa, a mulher tem a tendência de iniciar o pré-natal tardiamente, podendo apresentar menos consultas que o recomendado (BRASIL, 2011).

No que se refere a gestação atual, por se tratar de um estudo comparativo, não houve diferença estatística de puérperas que foram submetidas ao parto normal e cesariana. Mas vale ressaltar que a taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é inferior a 15%. A OMS sinaliza ainda que o Brasil apresenta taxas de cesariana que estão entre as mais altas do mundo (OMS, 2015).

Em relação a liberdade de movimento durante o trabalho de parto, o presente estudo revelou que 48,3% das puérperas ficaram restritas ao leito e não tiveram ainda acesso as medidas não farmacológicas para o alívio da dor. Considerando que a aplicação dos métodos contribui para o alívio da dor no trabalho de parto, é importante estimular a adoção e implementação dessas técnicas junto aos profissionais que atendem a mulher (GALVÃO *et al.*, 2011).

Sobre a presença de acompanhante, o estudo revelou que a grande maioria das participantes teve seu direito respeitado perante A lei 11.108, sancionada em abril de 2005, que determina a presença de acompanhante no pré -parto, parto e pós-parto.

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres

O The Mother Generated Index (MGI) foi a primeira ferramenta projetada para avaliar a qualidade de vida no puerpério, o instrumento trabalha com a subjetividade que permite revelar domínios de diversos contextos considerados importantes para cada mulher que vivencia o puerpério, de acordo com suas experiências de vida (GRYLKA -BAESCHLI *et al.*, 2015).

Os resultados do estudo mostraram que as mudanças físicas, psicológicas, ambientais e sociais durante a gravidez são influenciadas pelo contexto em que a gestante está inserida e pela forma como ela se relaciona consigo mesma e com as outras pessoas (GRYLKA -BAESCHLI *et al.*, 2015).

Dentre as 13 áreas propostas, as extremamente afetadas na qualidade de vida nos dois tipos de parto a partir do uso do instrumento específico MGI foram: Felicidade;

Responsabilidade; Relacionamento com o marido; Relacionamento com a família; Corpo; Sono; Saúde. Apesar de 65% das mulheres do estudo relatarem que a gravidez não foi planejada, o domínio felicidade foi absolutamente citado como positivo (100%). Resultado semelhante ao encontrado em uma pesquisa sobre a viabilidade e aceitabilidade no MGI, realizada na Escócia, onde a felicidade também foi uma das áreas apontadas como positivas (SYMOUN *et al.*, 2015).

A pontuação primária total da MGI do nosso estudo foi 6,0 relacionada a prevalência de uma análise positiva da qualidade de vida no pós-parto, apesar deste ser um momento delicado e de intensas modificações. Um estudo realizado na Alemanha também obteve esse resultado, a aplicação do MGI obteve valor de 7,20 (GRYLKA-BAESCHLI *et al.*, 2015).

Com relação as áreas citadas como negativas, prevaleceu o corpo (96,4%), sono (91,1%), saúde (82,3%). A insatisfação corporal é um achado bem presente na vida das puérperas, o peso e a forma física ainda são cobranças sociais que comprometem o bem-estar, a autoestima e a imagem corporal, podendo inclusive gerar distúrbios alimentares e depressão pós-parto (CARVALHO *et al.*, 2015).

Estudo de Salim, Araújo e Gualda (2010) obteve achado semelhante no qual algumas mulheres relataram sentimentos negativos após o parto relacionados à insatisfação com o corpo, que também influenciou negativamente na vida sexual.

A má qualidade do sono correlaciona-se com o cansaço que as puérperas frequentemente apresentam, assim os níveis mais altos de fadiga são associados com o sono mais perturbado. Sabe-se que o sono é uma necessidade vital para o ser humano, e os distúrbios do sono são um tema relevante que deve ser levado em consideração no planejamento e execução da assistência à gestante durante o pré-natal (ANDRADE *et al.*, 2015).

De um modo geral, a QVRS foi relativamente boa entre as puérperas tanto o parto vaginal, como na cesariana, tendo em vista que não houve diferença significativa entre as áreas escolhidas como positivas e negativas nos dois tipos de parto.

Conhecer as áreas positivas e negativas da vida das puérperas afetadas no pós-parto favorece a criação de estratégias direcionadas que podem potencializar as ações voltadas para a promoção da saúde das puérperas e manutenção da qualidade de vida no puerpério. Uma assistência de qualidade à saúde, quando oferecida à mulher durante a gravidez, pode prevenir uma série de problemas para o binômio mãe-filho após o parto. Essa assistência deve ser pautada por princípios como integralidade, ética e respeito (SYMOUN *et al.*, 2015).

Acerca das variáveis sociodemográficas que influenciaram na qualidade de vida das puérperas, a faixa etária e estado civil influenciaram na área felicidade tendo em vista que a maior parte das puérperas são adultas o que descarta a gestação precoce e com relacionamento estável com seus companheiros o que não as caracterizam como mães solteiras. A ocupação interferiu na responsabilidade das puérperas, tenho em vista que a estabilidade financeira é importante na chegada de um filho.

O domínio renda teve associação significativa com relacionamento com o marido e a família, o que permite dizer que houve apoio financeiro de ambas as partes. Porém quando associada a escolaridade, percebeu-se que o domínio financeiro sofreu influências negativas pois a baixa escolaridade favorece o desemprego (RIBEIRO, 2013).

Em relação aos fatores obstétricos que influenciam na QVRS, percebe-se que número de gestação anteriores, gravidez não planejada, profissional que acompanhou o trabalho de parto e acompanhante influenciaram diretamente na área felicidade. A maioria das puérperas se sentiram realizadas com outra gestação mesmo com a gravidez não planejada. O apoio psicológico prestado pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto foi fundamental para as parturientes se sentirem realizadas e protagonistas nesse momento único da vida da mulher. A presença de um acompanhante proativo também possibilitou um pós-parto menos complicado e doloroso na vida das puerperas. (SYMOUN *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência individualizada, holística e compartilhada à puérpera e seus familiares, com enfoque nos preditores citados, fundamenta o planejamento e a implementação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde.

Fica evidenciada a relevância desta pesquisa para a prática clínica do enfermeiro e de outros profissionais de saúde, pois no processo do nascimento a área mais negligenciada é o puerpério. São necessárias investigações mais abrangentes em nosso meio a respeito das ocorrências comuns no puerpério, assim como a respeito das crenças, dos valores, dos sentimentos e das necessidades das puérperas que podem interferir na sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança, *Rev. Enferm*, v.19, n.1, p.181-186, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Rede Cegonha. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2011.
- CAMPOS, L. C. O. et al. Perfil sócio-epidemiológico de mulheres acometidas por gravidez ectópica atendidas em um hospital público de referência em gestação de alto risco na cidade de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Revista PanAmaz Saúde*, v. 3, n. 4, p. 55-61, 2012.
- CARVALHO, I.A. et al. Perfil obstétrico de parturientes atendidas em um hospital público do interior do estado do Ceará, Brasil. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v.4, n. 4, p. 29-34, 2015.
- COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista Enfermagem*, v. 25, n.3, p. 415-422, 2012.
- GALVÃO, M.C. et al. Perfil de puérperas internadas em um hospital. *Revista Enfermagem UFPE*, v.2, n.1, p.1591-1595, 2011..
- GRYLKA-BAESCHLIN, S. et al. Translation and validation of the German version of the Mother -Generated Index and its application during the postnatal period. *Midwifery*, v. 31, n. 1, p. 47-53, 2015.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Avenue Appia 20, CH-1211 Genebra 27, p. 01-08. 2015.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- RIBEIRO, J. P. et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 16, n. 3, p. 73-82, 2015.
- RIBEIRO, S.G. Tradução, adaptação e validação do The mother generated index para uso no Brasil. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza; s.n; 2013.
- SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Rev. Latinoam. Enferm.*, v. 18, n. 4, 2010.
- SYMON, A. Et al. The feasibility and acceptability of using the Mother -Generated Index (MGI) as a Patient Reported Outcome Measure in a randomised controlled trial of maternity care. *BMC Med. Res. Methodol. (Online)*, v. 15, n. 100, p. 1-9, 2015
- SYMON, A.; MACKAY, A.; RUTA, D. Postnatal Quality of Life: a pilot study using the Mother Generated Index. *J. Adv. Nurs.*, v. 42, n.1, p. 21-29, Apr. 2003.

WOUDE, D. V. A. et al. Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, v.185, p.45-52, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, v. 41, n.10, p.1403-1495, 1995.

PERCEPÇÃO DE CUIDADORES QUANTO A DESOSPITALIZAÇÃO PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Vinícius de Alencar Ovelar - Enfermeiro. Graduado pelo Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Jhonatan Willian Chaves Cabral - Enfermeiro Hospital Cassems. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Nicole Nocko Morel - Graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Gabriella Figueiredo Marti - Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Andreza Gabrielly dos Santos Soldera - Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida - Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Doutor do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a transição epidemiológica caracterizada pelo aumento da expectativa de vida e da longevidade, atrelada às transformações demográficas, sociais e econômicas, aponta para o crescimento das taxas de doenças crônicas, associadas aos declínios funcionais e a maiores necessidades de dependências de cuidado. Esse crescimento traz um potencial aumento do número de internações hospitalares, que consequentemente sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando grande necessidade de altas dos pacientes para o cuidado domiciliar (Führ; Ciacchi, 2019; Pedreira; Ferreira; Silva et al. 2017).

O cuidado domiciliar, nesse contexto, tem se tornado uma prática crescente, devido a fatores intrínsecos e extrínsecos que contribuem para o prolongamento da vida. Tal prática ocasiona grandes mudanças no estilo de vida, tanto do paciente quanto do prestador de cuidados, que, quase sempre, é um familiar. A falta de conhecimentos adequados sobre a realização de procedimentos referentes ao cuidado pode causar insegurança, sofrimento emocional, preocupação, ansiedade, distúrbios do sono e medo. Assumir a responsabilidade da assistência leva o cuidador a sentir a necessidade de informações e de apoio emocional e físico

durante esse processo desafiador (Ang; Lim; Ping et. al., 2019; Lee; Ryoo; Campbell et al. 2019).

Nesse cenário, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, definido pela Portaria nº 825/2016, é o serviço adicional aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar. O SAD tem como objetivos a redução da demanda por atendimentos hospitalares; a redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde; a ampliação da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização. Esses objetivos suscitam a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção em Saúde (RAS) (Brasil, 2016).

O SAD tem como papel, além de cuidar dos pacientes, fazer a gestão da assistência à saúde e ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. Para tanto, a equipe deve respeitar os princípios da assistência domiciliar; compreender o indivíduo como sujeito no processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde; esclarecer as dúvidas e orientar a família; facilitar a comunicação entre a família e a equipe; e, por fim, realizar reuniões com os pacientes e a família para o planejamento e a avaliação da assistência domiciliar (Maraschin; Pereira; Tonini et al., 2018).

A admissão do paciente ao SAD faz com que a hospitalização se torne uma experiência de treinamento, aprendizado e conhecimento para o processo de assistência domiciliar, o que proporciona subsídios para o cuidador e para o paciente. Porém, são inúmeros os desafios para a alta domiciliar.

Mudar esse modelo assistencial é um processo complexo, pois depende de incorporar alterações no processo de trabalho em saúde, alterações essas, referentes aos seus propósitos, objetos, e principalmente às relações entre os profissionais e os usuários. Essa quebra de paradigma só é realmente efetiva quando a produção do cuidado é centrada na paciente e em suas necessidades, quando ele ocupa lugar de sujeito na construção dos planos terapêuticos (Souza; Abreu; Brit et al., 2009).

Na atualidade a AD se constitui uma perspectiva de grande valia para os serviços de saúde. Porém existe a necessidade de estudos que investiguem a desospitalização, na concepção dos diversos sujeitos que compõe este processo. Assim, esta Revisão Integrativa teve como objetivo explorar a produção científica a partir da seguinte indagação: “Quais fatores influenciam, na percepção dos cuidadores, a admissão de pacientes ao Serviço de Atenção

Domiciliar?”. Conhecer tais fatores se tornam de suma relevância para subsidiar ações de planejamento para desospitalização e assim consolidação a AD.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, realizada por meio da Prática Baseada em Evidências (PBE) (Karino; Felli, 2012). Na condução desse método, as seguintes etapas foram percorridas: elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para a construção da pergunta da pesquisa, aplicou-se a estratégia PICO em que o P corresponde aos participantes, I ao fenômeno de interesse e Co ao contexto do estudo. Levantou-se, então: P - cuidadores; I - Serviço de Atenção Domiciliar; Co - fatores que influenciam na admissão do paciente no domicílio.

Para a busca e a seleção dos estudos, foram selecionados os seguintes descritores padronizados, seus sinônimos e/ou palavras-chave: caregivers, home care, learning, home care services, patient discharge. Para os cruzamentos, utilizaram-se os operadores booleanos OR e AND.

As estratégias de busca foram empregadas na Biblioteca do Conhecimento Online (b-on), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PubMed), Web of Science, SCOPUS, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e no diretório de revista Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Na fase de seleção dos artigos, foram incluídas as publicações em português, inglês e espanhol, que contemplassem a pergunta norteadora, e com abordagens quantitativa, qualitativa, estudos primários, revisões e metanálises. As buscas foram executadas entre os meses de abril e junho de 2023.

O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações PRISMA (Moher; Liberati; Tetzlaff et al., 2009). A estratégia de busca permitiu a identificação de 690 estudos. Para a seleção dos estudos, foi realizada a leitura criteriosa do título, do resumo e das palavras-chave. Dos artigos pré-selecionados, 33 se enquadraram nos critérios de inclusão; porém, oito estavam duplicados.

Após a elegibilidade, dos 25 estudos, nove foram incluídos por responderem à questão da pesquisa. Todo o processo foi realizado de forma cega por dois pesquisadores, sendo um terceiro consultado em caso de dúvidas e discrepâncias.

Para a extração dos dados, foi estruturado um instrumento pelos próprios pesquisadores, conforme recomendações do referencial PBE, com as seguintes variáveis: nome do estudo, ano de publicação, autores, periódico, país de estudo, área dos pesquisadores, objetivo da pesquisa, desenho metodológico, número de participantes, idade, nível de evidência e principais achados.

Para classificação do nível de evidência dos estudos, foi utilizada a classificação de estudos com a questão clínica direcionada para tratamento ou intervenção na área da saúde, conforme a seguinte hierarquia: I: revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados e controlados; II: ensaios clínicos randomizados controlados; III: ensaios clínicos sem randomização; IV: coorte caso-controle; V: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI: estudo descritivo ou qualitativo; VII: opinião de especialistas (Fineout-Overholt; Stillwell, 2011).

RESULTADOS

Os nove artigos foram codificados para melhor identificação e relação dos achados, em ordem decrescente quanto ao ano de publicação.

Quadro 1 – Características dos estudos segundo a identificação do estudo (ID), autores, periódicos e ano, classificação segundo o Fator de Impacto (FI) (Clavite Analytics, 2020), país de estudo e área do pesquisador. (N=09).

(ID)	Autores e ano	Periódico	FI	País de estudo	Área dos pesquisadores
01	Ang; Lim; Ping; Lam; Chan; Lopez et al., 2019	Journal of Clinical Nursing,	1.972	China	Enfermagem
02	Führ; Ciachi, 2019.	Demetra (Rio J.)	*	Brasil	Nutrição
03	Lee; Ryoo; Campbell; Hollen; Williams, 2019.	Journal of Clinical Nursing,	1.972	EUA	Enfermagem
04	Ugur; Erci, 2019.	Acta Clin Croat,	0.532	Turquia	Enfermagem
05	Mitchell; Laurens; Weige; Hirschman; Scott; Nguyen; et al., 2018	Annals of family medicine.	4.686	EUA	Enfermagem / Medicina
06	Pedreira; Ferreira; Silva; Silva; Freitas, 2017.	Journal of Clinical Nursing	1.972	Brasil	Enfermagem
07	Rodakowski; Rocco; Ortiz; Folb; Schulz; Morton, 2017.	Journal of the American Geriatrics Society	4.180	EUA	Medicina
08	Paula; Gehlen; Ventura; Zamberlan; Rangel; Siqueira, 2017.	Acta Scientiarum. Health Sciences	0,616	Brasil	Enfermagem
09	Hjelle; Alvsvag; Forland, 2016.	Journal of Multidisciplinary Healthcare	1.913	Noruega	Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Radiografia

* Periódico não apresenta FI;

A seguir, o Quadro 2 caracteriza os artigos segundo o nível de evidência, objetivo do estudo, tipo de estudo, número de participantes (N°), idade e principais achados de cada estudo selecionado.

Quadro 2 – Objetivo do estudo, tipo de estudo, número de participantes, idade e principais achados dos estudos. (N=09)

ID	Objetivo do estudo	Tipo do estudo	N°	Idade	Principais achados
Nível 1: Revisão Sistemática ou Metanálise					
07	Determinar o efeito da integração de cuidadores informais no planejamento da alta no custo pós-alta e no uso de recursos em adultos mais velhos.	Meta-análise	4.361	Média de 70 anos	A integração dos cuidadores no processo de planejamento da alta reduz o risco de readmissão hospitalar.
Nível 3: estudo controlado com randomização					
04	Determinar o efeito do atendimento domiciliar prestado a pacientes com AVC e a educação dos cuidadores sobre a carga e a qualidade de vida do cuidador.	Experiência real com pré-teste e pós teste em grupo controle	104	Entre 45 e 59 anos	O atendimento domiciliar prestado a pacientes com AVC e a educação dos cuidadores diminuíram a carga do cuidador e aumentaram sua qualidade de vida.
Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa					
01	Explorar a experiência e as percepções de pacientes e cuidadores de diferentes modalidades de alimentação enteral a longo prazo.	Estudo qualitativo descritivo	18	Entre 46 e 71 anos	Grandes mudanças no estilo de vida das famílias após o início da alimentação enteral a longo prazo, o que exige informações e apoio emocional e físico.
02	Analisar as possibilidades, limitações e desafios da terapia nutricional enteral domiciliar na rede pública de saúde.	Estudo transversal quantitativo e qualitativo	32	Entre 37 e 73 anos	Profissionais e cuidadores apontaram a importância de oferta de dietas e de acompanhamento profissional após a alta hospitalar.
03	Examinar a prevalência, os tipos, os desafios e o impacto das tarefas médicas / de enfermagem nos cuidadores de idosos com demência.	Revisão Integrativa	-	-	Os cuidadores frequentemente sofrem de estresse emocional, como preocupações, ansiedade e distúrbios do sono.
06	Compreender as experiências vividas por	Estudo fenomenológico	6	Entre 62 e	Cuidadores mais velhos devem ser acompanhados de perto pela equipe para

	cuidadores brasileiros mais velhos.			84 anos	aprimorar a adoção de estratégias de enfrentamento no cuidado.
06: estudo qualitativo ou descritivo					
05	Descrever as experiências de pacientes e de cuidadores durante as transições e caracterizar os resultados desejados por eles.	Qualitativo (grupo focal)	238	Entre 19 e 81 anos	Os participantes valorizaram a comunicação com a equipe sobre a doença do paciente, o diagnóstico, os tratamentos planejados e o progresso em direção à recuperação. Relataram sentir-se capazes de executar planos de alta, quando fornecidos informações acionáveis, de fácil compreensão e treinamento em habilidades clínicas.
08	Conhecer a percepção do cuidador acerca das necessidades de aprendizagem de cuidados a serem realizados no domicílio	Descritiva exploratória com abordagem qualitativa	6	-	Orientações e experiências possibilitam resultados que atendam às necessidades do cuidado a ser realizado no domicílio, abrangendo os aspectos afetivos, cognitivos, espirituais e psicomotores.
09	Explorar e descrever como parentes em um ambiente comunitário na Noruega experimentaram a participação no processo de reabilitação.	Estudo qualitativo	6	Entre 40 e 70 anos	Envolver e apoiar parentes na reabilitação pode melhorar o bem-estar dos familiares, proporcionando um alívio inesperado, uma rede de segurança e uma oportunidade de ganhar energia.

A análise dos resultados possibilitou classificar os estudos em quatro categorias que melhor ilustram os fatores que influenciam a desospitalização na perspectiva dos cuidadores familiares: 1) transição para o papel de cuidador; 2) carga/sobrecarga/estresse físico e emocional de cuidar; 3) necessidade de formação e de treinamento dos cuidadores; 4) importância do acompanhamento pela equipe interprofissional.

DISCUSSÃO

À medida que a população envelhece, ocorre um aumento da carga de doenças crônicas degenerativas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos. Como consequência, há uma sobrecarga dos leitos hospitalares e, posteriormente, a necessidade de desospitalização (Mitchell; Laurens; Weige et al., 2018). Assim, o SAD se apresenta como uma modalidade de atenção que viabiliza o processo de alta de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, sendo o cuidador familiar o provedor da assistência em tempo integral (Brasil, 2006).

Foi identificado que a maioria dos estudos foram publicados em periódicos de alta importância internacional, o que demonstra a qualidade das produções em relação ao cuidador familiar, modelo de atenção que necessita ser mais bem divulgado e apoiado.

Em contrapartida, observou-se uma escassez de estudos que investigam essa temática em escala mundial, o que não chega a duas publicações/ano, ao se verificar a produção científica dos últimos cinco anos. Os dados demonstram que, apesar da relevância do assunto, a temática ainda é pouco investigada. No âmbito da atenção domiciliar, o olhar para as necessidades e para as dificuldades não deve ser apenas aos pacientes em domicílio, mas também aos cuidadores, a fim de diminuir as lacunas encontradas na transição para o papel do cuidador e na assistência prestada em domicílio (Mitchell; Laurens; Weige et al., 2018).

Quanto à atuação dos pesquisadores, em cinco estudos os autores são exclusivamente enfermeiros, e os demais estudos são interprofissionais. Os dados assinalam os anseios dos profissionais de enfermagem em possuir uma visão cada vez mais holística sobre a prestação de cuidados e sobre o papel singular do familiar no domicílio. Nesse novo modelo de atenção, a enfermagem é a profissão do cuidado, suas principais atividades são facilitar e disponibilizar informações, orientações e experiências. Consequentemente, reduzir a carga e a sobrecarga do cuidador, bem como reduzir os números de reinternação e de complicações durante a assistência em domicílio.

No SAD destaca-se a importância da prestação de cuidados multifatoriais ao paciente e ao cuidador. Esse serviço demanda a realização do processo de trabalho de modo interprofissional, não envolvendo apenas a realização de procedimentos técnicos, mas também respeitando a singularidade do paciente e da família. Além disso, no SAD, deve haver a busca pelo cuidado integral, considerando a dignidade, a autonomia e a procura por caminhos que facilitem o cuidado (Lee; Ryoo; Campbell et al., 2019; Paula; Gehlen; Ventura et al., 2017).

Transição para o papel de cuidador

A reinserção de um membro da família ao domicílio, após o período de internação hospitalar, representa sentimentos positivos e negativos para a família. Esses sentimentos são associados a grandes mudanças no estilo de vida dos familiares, ao se depararem com um ente em uma situação de enfermidade, principalmente quando o quadro é acompanhado de sequelas, declínio funcional e/ou cognitivo, o que tornam o indivíduo dependente de constantes cuidados (Fürh; Ciacchi, 2019; Paula; Gehlen; Ventura et al., 2017).

A transição para o papel de cuidador torna-se conflitante e desafiador, uma vez que assumir a responsabilidade pelo cuidado de uma pessoa demanda dedicação, tempo, esforço físico e psicológico, modificação financeira, conhecimento e ressignificação de aspectos individuais (Hjelle; Alvsvag; Forland, 2016).

Prestar cuidados a um paciente requer atividades como alimentação, mobilização, higiene, cuidados com a pele, gerenciamento dos medicamentos, operacionalização de equipamentos médicos especializados, afazeres domiciliares, além das rotinas extradomiciliares do cuidador. Essas atividades muitas vezes são desempenhadas por leigos ou por pessoas com poucas informações ou baixo nível de escolaridade, o que gera diversas dificuldades e angústias ao prestar assistência domiciliar (Fürh; Ciacchi, 2019; Lee; Ryoo; Campbell et al., 2019; Mitchell; Laurens; Weige et al., 2018).

Cuidar é satisfazer as necessidades humanas básicas do paciente afetado. No entanto, concomitantemente, as necessidades do cuidador são deixadas de lado. Elas acabam esquecidas pela demanda de cuidado contínuo ao paciente, o que geram uma sobrecarga física e psicológica do cuidador. Nesse contexto, a transição assistida e acompanhada por uma equipe multiprofissional, permite melhores enfrentamentos familiares, associados a menores números de reinternações hospitalares, de complicações do quadro clínico e de dificuldades na prestação de cuidados (Pedreira; Ferreira; Silva et al. 2017; Lee; Ryoo; Campbell et al., 2019).

Carga/sobrecarga/estresse físico e emocional de cuidar

As doenças incapacitantes trazem significados à vida do paciente, de seus familiares e da sociedade. A prestação de cuidados, devido às suas dimensões fisiológicas, psicológicas, econômicas e sociais, afeta a qualidade de vida do cuidador (Ugur; Erci, 2019). A realização de atividades repetitivas, excessivas, desempenhadas diariamente, normalmente sem auxílio ou revezamento com outros familiares, pode levar os cuidadores a um estado de isolamento social,

que muitas vezes os afeta muito mais que a demanda física (Pedreira; Ferreira; Silva et al. 2017). Dessa forma, o compartilhamento de funções, a divisão de atribuições e o apoio familiar diminuem potencialmente a sobrecarga do cuidador, proporcionando-lhe uma maior qualidade de vida.

O cansaço mental é gerado preocupações excessivas, pela responsabilidade do cuidar e pela dependência física do familiar. Essa situação desencadeia sofrimentos emocionais, como ansiedade, depressão, estresse, distúrbios de sono, emagrecimento acelerado e, em muitos casos, problemas musculoesqueléticos (Lee; Ryoo; Campbell et al., 2019; Ugur; Erci, 2019). Nos artigos analisados (Pedreira et al. 2017; Paula et al., 2017), percebe-se que muitos cuidadores já se encontram próximos aos 60 anos de idade, período em que o indivíduo também passa a necessitar de uma maior atenção à saúde, fato que, muitas das vezes, é negligenciado e desassistido pelos próprios familiares e pelas equipes de saúde. Nesse contexto, destaca-se o papel dos serviços de atenção à saúde (ESF, SAD, entre outros) em não apenas monitorar o paciente com necessidade de cuidados, mas também em exercer a assistência a partir da primícia do Cuidado Centrado na Família.

Quando um leigo assume a responsabilidade da assistência, a falta de conhecimentos adequados sobre a realização de procedimentos referentes ao cuidado, provoca insegurança, angústia, nervosismo e inquietação. Consequentemente, existe a necessidade de informações, apoio emocional e físico aos cuidadores, fornecidos pelas as equipes de saúde (Ang; Lim; Ping et al., 2019; Lee; Ryoo; Campbell et al., 2019).

Necessidade de formação e de treinamento

Preparar e educar pacientes e cuidadores é um processo indispensável ao se pensar na Atenção Domiciliar. A falta de informação e de treinamento dos cuidadores, reflete diretamente na assistência a ser prestada, em virtude da complexidade e da precisão do cuidado, dos aspectos emocionais e psíquicos do cuidador, da realização de técnicas e da clareza em como proceder diante das adversidades apresentadas no curso do cuidado (Mitchell; Laurens; Weige et al., 2018).

Assim, o período de hospitalização deve ser uma experiência de treinamento, aprendizado e conhecimento, o que proporciona subsídios para que o cuidador entenda sobre os diagnósticos, sobre o desenvolvimento clínico do paciente, e principalmente, compreenda como prestar os cuidados no domicílio. Faz-se importante destacar que, no âmbito da

integralidade, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta de grande valia e importância para a assistência domiciliar; porém, a sua efetivação depende fortemente da adesão e da participação colaborativa do cuidador nesse processo (Ang; Lim; Ping et al., 2019; Lee; Ryoo; Campbell et al., 2019).

Constatou-se também a necessidade do incentivo em tecnologias educacionais, como Centros de Simulações, por parte das instituições de saúde públicas. O incentivo a essas tecnologias tem o objetivo de orientar os pacientes e os cuidadores sobre as práticas a serem executadas no domicílio, por meio de treinamentos, capacitações e demonstrações detalhadas de tarefas de cada competência, de modo a proporcionar maiores esclarecimentos e discussões interprofissionais na apresentação de dúvidas (Pennafort; Lobo; Barbosa et al. 2019; Ferreira; Barbosa; Mota et al., 2020). Portanto, quanto maior o envolvimento com a equipe multiprofissional, maior será a qualidade da assistência prestada em casa, diminuindo os fatores que influenciam negativamente a percepção dos cuidadores relativa ao retorno do paciente ao domicílio (Fürh; Ciacchi, 2019).

A análise crítica dos estudos apontou a importância da valorização do conhecimento empírico do cuidador, bem como de suas crenças, espiritualidade, sentimentos, individualidades, anseios, condições cognitivas, financeiras e sociais, pois, a partir dessas vertentes, os profissionais da equipe de saúde devem fornecer informações e treinamentos de fácil compreensão, de forma empática e ética, além de inserir essas singularidades no processo do cuidar (Mitchell; Laurens; Weige et al., 2018; Paula; Gehlen; Ventura et al. 2017).

Enfatiza-se que, sem a viabilização e o envolvimento do cuidador no processo de desospitalização, o cuidado domiciliar não se desenvolve e não progride, pois não ocorre a transferência segura e oportuna entre os níveis de atendimento e de conhecimento (Rodakowski; Rocco; Ortiz et al. 2017).

A importância do acompanhamento pela equipe interprofissional

No desenvolver da assistência domiciliar prestada pelo cuidador, é comum surgirem dúvidas, preocupações, e necessidades de aprimoramento em técnicas; elementos que carecem de acompanhamento profissional adequado (Fürh; Ciacchi, 2019).

Os estudos demonstraram a importância do acompanhamento contínuo pela equipe de saúde, com os objetivos de: fornecer orientações e suporte técnico diante das necessidades da atenção domiciliar; identificar as potencialidades e as dificuldades no processo do cuidado;

desenvolver atividades educacionais com demonstração de habilidades práticas; possibilitar o fluxo de informações, encaminhamentos e monitoramento entre a RAS; e promover o cuidado centrado na família (Führ; Ciacchi, 2019; Ang et al., 2019; Lee et al., 2019).

A educação e a assistência de forma continuada se mostraram fatores favoráveis em relação aos medos, às inseguranças, aos anseios e às dúvidas apresentadas pelo cuidador. Elas fomentam o diálogo entre o conhecimento da equipe e as demandas do cuidado domiciliar, a partir de aspectos afetivos, cognitivos, espirituais e psicomotores. Esse diálogo viabiliza melhores condições de vida aos cuidadores e àqueles de quem eles cuidam (Paula; Gehlen; Ventura, 2017).

Tal acompanhamento pela equipe multiprofissional se torna eficaz para a assistência domiciliar uma vez que proporciona confiança, segurança, auxílio na execução de cuidados e também no desenvolvimento de uma Rede de Apoio à família assistida. Dessa forma, tal acompanhamento representa um grande fator positivo na qualidade de vida do cuidador e na continuidade do tratamento do paciente em casa, evitando doenças, repetidas hospitalizações e desgaste no âmbito biopsicossocial (Hjelle; Alvsvag; Forland, 2016).

Limitações do estudo

Destaca-se como limitação deste estudo a escassez de investigações sobre o tema. Assim, faz-se de grande importância o desenvolvimento de estudos sobre essa temática, de modo a investigar os vários fatores desse processo – pacientes, cuidadores e profissionais de saúde – a fim de elucidar inúmeros questionamentos que envolvem a assistência à saúde no domicílio.

Contribuições para a prática

Espera-se que esta Revisão Integrativa possibilite, aos pesquisadores e profissionais da área de saúde, a compreensão e o aperfeiçoamento em relação ao tema, com o objetivo de fomentar um olhar holístico para os fatores que influenciam a admissão de pacientes ao Serviço de Atenção Domiciliar, na perspectiva do cuidador, compreendendo as inseguranças, as demandas e a importância do cuidador para a continuidade do cuidado na Atenção Domiciliar. Ressalta-se, cada vez mais, a importância do treinamento precoce e do acompanhamento pela equipe multiprofissional aos pacientes e aos seus cuidadores, em prol da diminuição da lacuna do conhecimento no processo de desospitalização e de retorno ao domicílio, de modo a ofertar

melhores condições de vida. Por fim, mostra-se importante subsidiar futuras pesquisas no campo do SAD, para contínua edificação do conhecimento a respeito do tema abordado.

CONCLUSÃO

A transição para o Cuidado Domiciliar ocasiona diversos sentimentos positivos e negativos tanto para o paciente quanto para o cuidador familiar que prestará os cuidados, em razão as demandas e das atribuições que o processo de doença e de reabilitação exige na assistência no domicílio. Compreender os fatores que influenciam a percepção dos cuidadores na admissão ao Serviço de Atenção Domiciliar é fundamental, a fim de garantir melhores condições para o processo de desospitalização.

Acredita-se que os aspectos que influenciam a percepção dos cuidadores podem ser minimizados principalmente a partir da realização precoce de treinamento, desde o processo de internação. Cada vez mais, o cuidador, seja ele familiar ou não, deve participar da assistência de cuidados, tendo em vista a alta domiciliar. Dessa forma, a transferência de conhecimento pode diminuir a sobrecarga do cuidado, bem como seus potenciais complicações, pois possibilita uma maior autoconfiança para a assistência domiciliar, apoiada por uma equipe interprofissional por meio do SAD.

Assim, mostra-se de grande importância o desenvolvimento de procedimentos que possam fomentar a realização de treinamentos e de capacitações a cuidadores, de forma ética e a considerar a diversidade de estratégias de ensino e de aprendizagem. Mostra-se também importantes maiores investigações sobre o processo de desospitalização.

REFERÊNCIAS

ANG, S.Y.; LIM, M. L.; PING, X.; LAM, M.; CHAN, M. M.; LOPEZ, V. et al. Patients and home carers experience and perceptions of different modalities of enteral feeding. **J Clin Nurs**, v. 28, p. 3149–3157, mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2016 abr. 26; Seção 1. p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC/ANVISA Nº11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 jan. 30; Seção 1. p. 78.

CLARIVATE ANALYTICS. Journal Citation Reports (JCR) 2019. 2020.

FERREIRA, S. L.; BARBOSA, IV, MOTA CFA, ALEXANDRE SG, ABREU RNDC, STUDART RMB. Fatores intervenientes no cuidado à pessoa com úlcera venosa sob a ótica de familiares. *Enferm. Foco* 2020; 11 (1): 38-43.

FÜHR, A. L.; CIACCHI, E. M. R. Possibilidades e Limitações da Terapia Nutricional Enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma Rede Pública de Saúde em região de fronteira. Demetra: **Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S. l.], v. 14, p. e36926, 2019.

HJELLE, K. M.; ALVSVAG, H.; FORLAND, O. The relatives voice: how do relatives experience participation in reablement? A qualitative study. **Jounal of Multidisciplinary Healthcare**, v.10, p. 1-11, dez. 2016.

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Cienc Cuid Saúde**, v.11, v. supl., p. 011-015.

LEE, M.; RYOO, J. H.; CAMPBELL, C.; HOLLEN, P. J.; WILLIAMS, I. C. Exploring the challenges of medical/nursing tasks in home care experienced by caregivers of older adults with dementia: Na integrative review. **J Clin Nurs**, v. 00, p. 1-13, 2019.

MARASCHIN, M.; PAREIRA, M. B.; TONINI, N. S.; SOUZA, E. A. D.; CALDEIRA, S. Conhecimento de cuidadores sobre um serviço de assistência domiciliar. **Nursing**. São Paulo: p. 2099-2103, 2018.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S. B.; WILLIAMSON KM. The Seven Steps of Evidence-Based Practice: Following this progressive, sequential approach will lead to improved health care and patient outcomes. **American Journal of Nursing (AJN)**, v. 110, p. 51-53, jan. 2010a.

MITCHELL, S. E.; LAURENS, V.; WEIGE, G. M.; HIRSCHMAN, K. B.; SCOTT, A. M.; NGUYEN, H. Q. et al. Care Transitions from patient and caregiver perspectives. **Annals of family medicin.**, v.16, n.3, p. 225-231, jun. 2018.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G.; PRISMA GROUP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. Adaptado para a língua portuguesa. **PLoS Med.**, v. 6, n. 7, 2009 e1000097.

PAULA, S. F.; GEHLEN, M. H.; VENTURA, J.; ZAMBERLAN, C.; RANGEL, R. F.; SIQUEIRA, H. C. H. Caregiver's perception about learning for home care. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 39, n. 2, p. 149-156, 2017.

PEDREIRA, L. C.; FERREIRA, A. M. C.; SILVA, G. T. R.; SILVA, R. M. O.; FREITAS, C. M. Older Brazilian caregivers and their lived experiences of caring – hermeneutic phenomenological study. **J Clin Nurs**, v. 27, p. 3314–3323, 2017.

PENNAFORT, V. P. S.; LOBO, F. L. M.; BARBOSA, T. O.; PONTES, F. G. Tecnologia educacional para orientação de idosos nos cuidados com a fistula arteriovenosa. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 6, p. 79-84, 2019.

RODAKOWSKI, J.; ROCCO, P. B.; ORTIZ, M.; FOLB, B.; SCHULZ, R.; MORTON, S. C. Caregiver integration During Discharge Planning of older adults to reduce resource use: a metaanalysis. **J Am Geriatr Soc.**, v. 65, n. 8, p. 1748-1755, 2017.

SOUZA, C. B.; ABREU, R. N. D. C. D.; BRIT, E. M. D.; MOREIRA, T. M. M.; SILVA, L. M. S. D.; VASCONCELOS, S. M. M. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. **Rev. enferm. UERJ**, v.17, n.1, jan.-mar. 2009.

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

UGUR, H. G.; ERCI, B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on teh caregiver burden and quality of life. **Acta Clin Croat.**, v. 58, p. 321-332, 2019.

PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DA EFICÁCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Vanessa Lima Bacelar – Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afrobrasileira – Ceará;

Alana Santos Monte - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB);

Hilana Dayana Dodou - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB);

Tamires Rebeca Forte Viana Jespersen - Enfermeira. Doutora em Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará;

Camila Chaves da Costa - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB).

INTRODUÇÃO

Considerado um momento de experiência única e transformadora na vida de muitas mulheres, o período gestacional desde suas semanas iniciais traz para o organismo da mulher diversas mudanças, sejam elas, fisiológicas, psicológicas, hormonais e estruturais. Tornando assim de extrema relevância à abordagem sobre a preparação para o parto e informações corretas para vivenciar esse período de mudanças desde a concepção, trabalho de parto e parto.

Os receios em relação à dor durante trabalho de parto e à insegurança levam mulheres a buscar intervenções invasivas, como o uso precipitado de medicações e analgesias, chegando até em cesáreas desnecessárias. Isso transforma o parto em um processo instrumental e mecanizado, onde a mulher deixa de ser protagonista para se tornar espectadora de sua própria história. Essa realidade impulsionou novas iniciativas para o manejo do trabalho de parto.

Conforme o uso de intervenções passaram a ser utilizadas na assistência ao parto, o Ministério da Saúde (MS) passou a fazer recomendações e orientações buscando quebrar padrões, protocolos e atitudes de instituições e profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto, sempre visando proporcionar um trabalho de parto normal mais ativo, respeitoso e digno a parturiente, ao recém-nascido e também aos familiares que acompanham essa mulher (DIAS *et al.*, 2018).

Com essas recomendações, iniciou-se a implementação de políticas públicas e diretrizes que visam não só a promoção do parto normal humanizado, mas também uma qualidade digna de atendimento e acolhimento de gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Podemos citar como exemplos a Estratégia Rede Cegonha (2013) e a Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PNHPN - 2017), para que o parto normal seja uma escolha segura para a mulher (DIAS *et al.*, 2018).

Assim, práticas úteis passaram a ser estimuladas, sendo recomendado o uso dos métodos não farmacológicos e métodos não invasivos para o alívio da dor. Além disso, também se passou a determinar assistência obstétrica em níveis mais periféricos, desde que o parto seja viável, seguro e a parturiente mostre-se segura e confiante. Dentre esses métodos recomendados pode-se citar massagem e técnicas de relaxamento; liberdade de posição e movimento, dentre outras (HANUN *et al.*, 2017, p. 3304).

Com isso, o objeto de interesse do presente estudo é a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e a percepção de sua eficácia por meio da avaliação de gestantes e puérperas que puderam usufruir dos mesmos durante o processo do trabalho de parto.

Pode-se observar que os métodos não farmacológicos (MNFs), além de serem de suma importância para o alívio da dor, trazem para a cena de trabalho de parto, a essência do protagonismo da mulher e do seu bebê. Estes métodos estão inclusos na Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PNHPN) para proporcionar às mulheres que são atendidas por esse serviço: autoconfiança, empoderamento, tranquilidade, além da diminuição do medo (DIAS *et al.*, 2018).

Os MNFs utilizados para substituir o uso de fármacos e tecnologias invasivas durante o trabalho de parto e do parto, são proporcionados para a mulher de acordo com predileção da mesma ao determinado método. Evidencia-se que as parturientes que demonstram aceitação ao uso dos métodos como o banho quente e bola suíça associados, por exemplo, utilizaram menos analgesia, tiveram maior progressão da dilatação cervical e melhor evolução da descida da apresentação fetal, aumento da frequência das contrações e maior redução no tempo de duração do trabalho de parto (HENRIQUE *et al.*, 2016).

Alguns dos mais indicados pelos profissionais da assistência e propícios a aceitação são: caminhadas assistidas e verticalização, mudanças de posições, a hidroterapia, representada pelo banho de chuveiro ou imersão em banheira, exercícios de respiração, massagens, bola

suíça, musicoterapia, entre outros, que podem ser utilizados de forma isolada ou combinada (COELHO, 2018 p. 15).

Apesar da vasta possibilidade de MNF's, pesquisas e revisões literárias que abordam esta temática, o conhecimento e assistência fornecidos as pacientes sobre estes métodos ainda são precários, deixando a desejar no que se refere a educação em saúde, resultando em um certo nível de rejeição e estigmas negativos sobre estes métodos, tanto pelas parturientes como pelos profissionais.

Deste modo, o presente estudo busca trazer evidências científicas baseadas na literatura quanto a utilização dos MNF's, o conhecimento de seus benefícios e sua eficácia segundo a percepção das mulheres, proporcionando assim subsídio para que os profissionais da saúde adequem sua assistência de acordo com as reais necessidades do público alvo.

MÉTODO

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um método de pesquisa com finalidade de reunir e sintetizar os resultados de determinadas pesquisas de uma maneira sistematizada e ordenada, possibilitando assim, o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Este método é utilizado na Prática baseada em evidências (PBE) e permite a incorporação das melhores evidências científicas na assistência clínica. A sistematização da revisão se dará por fases distintas e serão desenvolvidas pelos passos descritos abaixo (SOUSA, 2017.)

O estudo iniciou-se através da definição de uma pergunta norteadora, que foi: “Qual a percepção das puérperas acerca da eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto?”, a mesma foi elaborada por meio da estratégia PICO, acrônimo das palavras P-População; I-Interesse; C-Comparador; O – outcomes (desfecho). Onde temos como População: puérperas; Interesse: a eficácia dos métodos não farmacológicos de alívio da dor. Comparador: não se aplica; O – Alívio da dor;

No estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura, buscou-se incluir a maior variedade possível de evidências e respostas para a questão norteadora. Neste sentido, no período de junho a julho de 2022, iniciou-se a seleção eletrônica nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe), MEDLINE (National Library of Medicine, Estados Unidos), BDENF (Base de Dados em Enfermagem), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e WEB OF SCIENCE.

O levantamento literário começou com a definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e a aplicação de operadores booleanos na pesquisa. Critérios de inclusão incluíram publicações em português, inglês e espanhol, texto completo disponível e acesso gratuito. Artigos foram excluídos se não estivessem relacionados ao tema proposto, não contribuíssem para os objetivos da pesquisa, ou se fossem revisões, cartas ao leitor, artigos de opinião, teses, dissertações ou estudos de outras plataformas. Os estudos foram categorizados usando um instrumento de extração de dados que incluiu autoria, ano, título, país, nível de evidência, métodos e resultados.

O nível de evidência foi mensurado de acordo com o Instituto Joanna Briggs (JBI) dos Estados Unidos da América, agência internacional especializada em fomentar pesquisas sobre cuidados de saúde baseados em evidências. Segundo o JBI os níveis de evidência são classificados da seguinte forma: **Nível 1:** Evidência obtida a partir de revisão sistemática contendo apenas ensaios clínicos controlados e randomizados. **Nível 2:** Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio clínico controlado randomizado. **Nível 3.1:** Evidência obtida de ensaios clínicos controlados bem delineados, sem randomização. **Nível 3.2:** Evidência obtida de estudos de coorte bem delineados ou caso-controle, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa. **Nível 3.3:** Evidência obtida a partir de séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção e resultados dramáticos em experimentos não controlados. **Nível 4:** parecer de autoridades respeitadas, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (KARINO, 2012).

A avaliação dos artigos com análise das leituras foi realizada visando a possível obtenção de respostas ao problema, que seria: Qual a percepção das puérperas acerca da eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto?

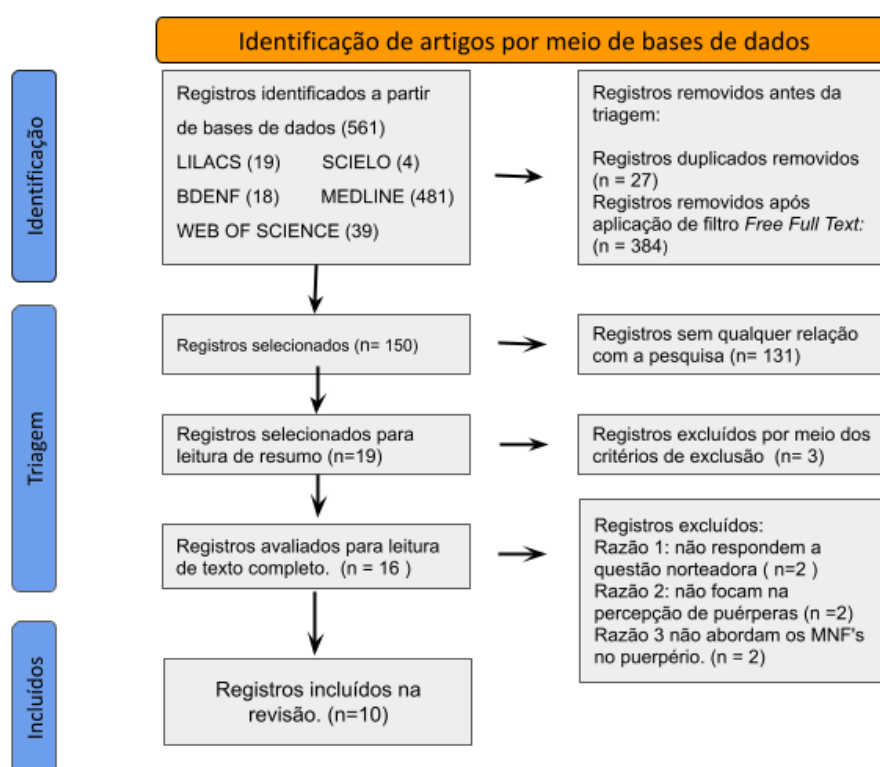
A interpretação dos resultados consiste na discussão dos principais achados da pesquisa, baseando-se nos resultados obtidos na avaliação dos estudos incluídos na revisão para realizar a comparação com o conhecimento teórico, analisar implicações resultantes e identificação de conclusões. Com isto também foi possível identificar lacunas na prática clínica e possibilitando sugestões para pesquisas futuras

Na apresentação dos resultados é possível o pesquisador expor as conclusões obtidas por meio de todas as etapas anteriores em um quadro sinóptico. Apresentando assim, a síntese do resultado de modo que o leitor possa compreender de forma clara os resultados obtidos.

RESULTADOS

Conforme elencado posteriormente e seguindo as etapas da estratégia de busca, foram encontrados nas bases de dados 561 artigos, que ao passarem pelos critérios de exclusão chegaram ao número de 10 artigos incluídos na pesquisa, como evidenciado na figura 1.

Figura 1: Fluxograma de identificação, triagem e seleção dos artigos para a revisão.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022); PRISMA 2020

Dos 10 artigos analisados, 60% (n=6) foram encontrados na base de dados Medline, destacando-se como a fonte mais prevalente. A maioria das publicações (60%, n=6) foram de estudos realizados no exterior, incluindo países como Irã, Israel, Suécia e Noruega, enquanto 40% (n=4) foram estudos brasileiros, resultando em uma predominância de estudos em inglês. A categorização dos artigos por autores, ano, país, título e base de dados revelou que a maioria foi publicada em periódicos internacionais, abrangendo os anos de 2002 a 2021, indicando uma carência de estudos nacionais sobre o tema. Pode-se avaliar no quadro

Quadro 1: Caracterização das publicações incluídas na revisão de acordo com os autores, ano, país, título da publicação e base de dados. Redenção, 2022

ID	Autoria e ano	País	Título	Base de Dados
1	Skilnand, Else et al. 2002	Noruega	Acupuncture in the management of pain in labor.	MEDLINE
2	Almeida, N. A., De Sousa, J. T. Bachion, M. M., Silveira, N. 2005	Brasil	O The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process.	MEDLINE
3	Taavoni, S., Abdollahian, S., Haghani, H. 2013	Irã	Effect of Sacrum-Perineum Heat Therapy on Active Phase Labor Pain and Client Satisfaction: A Randomized, Controlled Trial Study	WEB OF SCIENCE
4	MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. 2013	Brasil	Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado.	LILACS
5	Vixner, L., Schytt, E., Stener-Victorin, E. et al. 2014	Suécia	Acupuncture with manual and electrical stimulation for labour pain: a longitudinal randomised controlled trial.	MEDLINE
6	Moghim-Hanjani S, Mehdizadeh-Tourzani Z, Shoghi M. 2014	Karaj- Irã	The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women.	MEDLINE
7	SILVA, E.A. et al. 2018	Brasil	Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto.	BDENF
8	CAVALCANTI, A.C.V. et at. 2019	Brasil	Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado	LILACS
9	Arnon Z, Dor A, Bazak H, et al. 2019	Israel	Complementary medicine for laboring women: a qualitative study of the effects of reflexology	MEDLINE
10	Torkiyan, H. et al. 2021	Irã	The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial	MEDLINE

Os resultados dos dados extraídos dos estudos baseados na categorização do mesmo foram elencados de acordo com a metodologia do estudo, métodos não farmacológicos utilizados e os resultados obtidos, a fim de facilitar a observação e a discussão dos mesmos. Pode-se avaliar que 70% (n=7) dos artigos incluídos na pesquisa são avaliados como Nível 2 de evidência, segundo a JBI, conforme quadro 2.

Quadro 2: Categorização dos dados conforme metodologia do estudo, nível de evidência, métodos não farmacológicos utilizados e resultados relatados pelas parturientes.

ID	Metodologia do estudo	Nível de evidência	MNF'S	Resultado obtidos
1	Ensaio clínico randomizado simples-cego	Nível 2	Acupuntura	Percepção positiva: Puérperas relataram significativamente menos dor de parto e relataram bem-estar.
2	Pesquisa de campo experimental	Nível 3.2	Técnicas de respiração e relaxamento.	Percepção positiva: baixo nível de ansiedade; Percepção negativa: não reduziram a intensidade de dor.
3	Ensaio clínico randomizado	Nível 2	Termoterapia aplicada em pontos específicos	Percepção positiva: Satisfação com a experiência total do parto das mulheres que receberam o tratamento.
4	Ensaio clínico controlado e randomizado	Nível 2	Acupressão nos pontos Sanyinjiao, ponto Hegu e ponto Zhiyin.	Percepção positiva: Bom alívio da dor; Percepção negativa: Efeito do tratamento na redução da dor é pequeno.
5	Estudo longitudinal controlado randomizado	Nível 2	Acupuntura e eletroacupuntura	Percepção negativa: A acupuntura não reduz a dor do parto, nem com estimulação manual nem com estimulação elétrica e/ou combinada.
6	Ensaio clínico randomizado	Nível 2	Reflexologia podal	Percepção positiva: A terapia intraparto com reflexologia reduziu a ansiedade, a intensidade da dor do parto e a duração do trabalho de parto.
7	Estudo quantitativo, descritivo, transversal	Nível 3.2	Técnica de respiração, deambulação, banho, massagem, acompanhante.	Percepção positiva: Conhecimento quanto às posições que promovem conforto, bem como ao direito de ter um acompanhante. Percepção negativa: conhecimento reduzido referente às práticas não farmacológicas para o alívio da dor, não relacionaram o cuidado recebido a essa finalidade.
8	Trata-se de estudo clínico, randomizado e controlado	Nível 2	Banho de aspersão, bola suíça, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico.	Percepção positiva: boa aceitação por parte das parturientes, ao verbalizar sentimento de segurança, relaxamento e conforto durante a intervenção. Percepção negativa: aumento no escore de dor das parturientes.
9	Pesquisa Qualitativa	Nível 3.2	Reflexologia podal.	Percepção positiva: Níveis mais baixos de dor e ansiedade, maior capacidade de se tornarem ativas e gerenciarem todo o processo de parto, autogestão da dor, autoconfiança, confiança, fé em seu próprio poder para lidar com a dor.
10	Ensaio clínico randomizado simples-cego	Nível 2	Acupressão nos pontos GB21.	Percepção positiva: A diminuição significativa na intensidade da dor após período de intervenção, satisfação no alívio da dor das participantes foi maior no grupo de acupressão. Vontade de reutilizar o método.

A partir dos resultados obtidos observou-se que há uma ampla variedade de métodos não farmacológicos que podem ser ofertados às parturientes para o alívio da dor durante o trabalho de parto, de acordo com suas necessidades e a aceitação de uso. Com isso foram separados em seis categorias para maior explanação individual de seu uso e resultados. São eles: I - Acupuntura, II- Acupressão, III - Técnicas de respiração e relaxamento, IV - Termoterapia, V - Reflexologia, VI - Banho de aspersão, Massagem, Deambulação e acompanhante.

I - Acupuntura

Em um dos estudos da pesquisa, pacientes relataram que o uso da acupuntura não reduz a dor do parto, seja com estimulação manual, estimulação elétrica e/ou combinada (VIXNER et al., 2014). Tal estudo entra em contradição com outro artigo incluído na pesquisa, em que as agulhas de acupuntura foram inseridas nos músculos até *Chi*, ponto em que é alcançado uma sensação de dormência e calor, e desse modo as pacientes relataram sentir significativamente menos dor no trabalho de parto e relataram sensação de bem estar (SKILNAND, 2002.).

II - Acupressão.

Um dos estudos utilizados, faz investigação no que se refere à prática de acupressão no ponto GB21, que é considerado pela Medicina Tradicional Chinesa (MTC) como um ponto eficaz nas dores do trabalho de parto, neste estudo tiveram resultados positivos quanto ao método, pois as puérperas relataram a diminuição significativa na intensidade da dor, além disso mostraram a vontade de reutilizar a intervenção em momentos posteriores (TORKIYAN, 2021).

Tal dado corrobora com as avaliações feitas em outro estudo, onde foram realizadas técnicas de acupressão nos pontos: Sanyinjiao (BP6), ponto Hegu (IG4) e ponto Zhiyin (B67) que baseado na teoria da MTC, possuem ação na atividade uterina. Neste estudo as pacientes relataram que a acupressão se mostrou uma medida útil para o alívio da dor, no entanto, o efeito do tratamento na redução da dor é pequeno (MAFETONI, 2013).

III - Técnicas de respiração e relaxamento

Neste método, foram ofertados para as pacientes durante o trabalho de parto, algumas técnicas de respiração e relaxamento que foram ofertadas e modificadas de acordo com as fases do trabalhos de parto. A técnica de respiração foi dividida em fase latente, fase ativa, fase de transição, onde a paciente já apresentava o puxo contrátil, e período expulsivo. E a técnica de relaxamento foi a soltura de todos os músculos do corpo nos intervalos das contrações uterinas. Neste estudo não houve uma percepção positiva das pacientes quanto ao alívio da dor, porém as mesmas relataram que os níveis de ansiedade durante o processo foram significativamente menores (ALMEIDA, 2005).

IV - Termoterapia.

No ano de 2013, um estudo no Irã empregou termoterapia em pacientes participantes, utilizando compressas quentes em áreas como costas, abdome inferior, virilha e/ou períneo. As compressas foram aplicadas por pelo menos 30 minutos, a uma temperatura considerada confortável para as parturientes. O uso da terapia de calor aplicada nesses pontos acarreta a dilatação dos vasos sanguíneos e aumenta o fluxo sanguíneo, o que pode influenciar a transmissão dos impulsos da dor. O calor pode também amenizar o inchaço, aliviando assim a pressão nas terminações nociceptivas locais. Com isto o resultado obtido foram percepções positivas das puérperas quanto ao método aplicado, pois foram relatados níveis menores de dor. Além disso, as mesmas mostraram estar mais envolvidas e no controle de seus próprios cuidados (TAAVONI, 2013).

V - Reflexologia.

De acordo com estudo publicado por Moghimi-Hanjani (2014), às pacientes que receberam tratamento com a reflexologia durante o trabalho de parto mostraram níveis menores referente a intensidade da dor do parto e a duração do trabalho de parto, além de reduzir a ansiedade.

Em segundo estudo a reflexologia traz uma percepção também positiva sobre a técnica, o mesmo foi publicado em um período mais recente e traz relatos de puérperas que associaram o tratamento a níveis mais baixos de dor e ansiedade, a uma maior capacidade de se tornarem ativas e gerenciarem todo o processo de parto. As mulheres que fizeram parte do

estudo relataram uma forte conexão entre a experiência do trabalho de parto e sua autoconfiança e fé em seu próprio poder para lidar com a dor (ARNON *et al.*, 2019).

VI - Banho de aspersão, Massagem, Deambulação e acompanhante.

As quatro técnicas mencionadas nesse tópico foram citadas em dois artigos realizados no Brasil, as mesmas acabam por serem técnicas simples e de fácil aplicabilidade. No estudo publicado por Silva (2018), as pacientes que fizeram uso do banho, das caminhadas esporádicas e massagens relataram um maior alívio da dor, sensação de amparo psicológico e melhora no bem-estar. Apesar dessas percepções positivas, o estudo teve como conclusão de que as pacientes apresentaram conhecimento reduzido referente às práticas não farmacológicas para o alívio da dor, uma vez que não relacionaram o cuidado recebido a essa finalidade.

Já o segundo estudo que aborda o banho, massagem e também o uso da bola suíça apresentou um resultado que diverge com o estudo supracitado. As pacientes que receberam MNF's para o alívio da dor relataram um aumento no escore da dor durante o trabalho de parto, no entanto as mesmas verbalizaram sentimento de segurança, relaxamento e conforto durante a intervenção (CAVALCANTI *et al.*, 2019) .

Em ambos os estudos, foi unânime a percepção das mesmas quanto a presença do acompanhante durante todo o processo do trabalho de parto, onde lhes é garantido através da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que estabelece boas práticas no parto e garante o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As parturientes que tiveram a companhia de um acompanhante de sua escolha relataram maior sensação de conforto e menores níveis de ansiedade (SILVA, 2018 e CAVALCANTI *et al.*, 2019).

DISCUSSÃO

Iniciamos o resultado falando sobre acupuntura, uma prática da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que envolve a punção da pele com o uso de agulhas finas e estéreis em pontos de acupuntura em locais definidos. Este método pode ser realizado com estímulo manual ou com estímulos elétricos, onde um aparelho estimulador pode passar estímulos de baixa ou alta frequência (VIXNER *et al.*, 2014). Em um estudo realizado entre 2012 e 2014 na China, analisou o uso da acupuntura e de outro método farmacológico invasivo para o alívio da

dor e este estudo constatou que a acupuntura auxilia não só no alívio da dor, como também reduz o tempo de trabalho de parto (WU, 2017).

A acupressão é uma intervenção não farmacológica também baseada na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), método esse que foi desenvolvido com base nos 12 meridianos principais do corpo, através dos quais flui a energia vital conhecida como “qi” (TORKIYAN, 2021). Uma revisão integrativa no ano de 2019, realizou a avaliação de 19 artigos onde a acupressão foi a técnica mais pesquisada (29,71 %), traz resultados equivalentes aos encontrados nessa pesquisa, as parturientes relataram satisfação suficiente com o método, porém levando em consideração que somente o uso dessa técnica não foi o suficiente para o total controle da dor (MASCARENHAS, 2019).

A reflexologia foi abordada por dois estudos da pesquisa, a técnica consiste em pressionar os pontos reflexos da sola e às vezes a palma que está relacionado a cada parte do corpo. Durante o trabalho de parto, a técnica pode ser aplicada a fim de promover a diminuição da dor, da ansiedade e do estresse, por meio da estimulação da glândula pituitária, hipotálamo, plexo solar e uterino (Moghimi-Hanjani 2014). Em um estudo realizado na Arabia Saudita, Baljon (2020) comprovou por meio de um estudo clínico que o uso da reflexologia reduziu não só a sensação dolorosa do parto como também a ansiedade e o estresse das parturientes.

Já as técnicas de respiração, que são realizadas a fim de diminuir a sensação dolorosa, a respiração profunda estimula o sistema nervoso parassimpático. Tendo como resultado a melhor oxigenação na corrente sanguínea da paciente, essa melhora na oxigenação desencadeia a liberação de endorfinas que consequentemente diminui a frequência cardíaca e aumenta a sensação de calma (BALJON, 2020).

As técnicas de relaxamento são uma junção de métodos utilizados no pré parto, como a yoga e de métodos realizados intra parto, sendo elas as técnicas de respiração, massagem, iluminação, ambiente adequado. Todos eles com o intuito de tornar a experiência do parto melhor. Os mesmos tendem a aliviar a dor e também a proporcionar uma sensação de bem estar, reduzindo o medo e aumentando a confiança das mulheres (THOMSON, 2019).

Segundo Silva (2018) traz na sua revisão integrativa, a água morna aplicada durante a utilização do banho de aspersão pode reduzir consideravelmente a sensação dolorosa, aliviando a lombalgia, que tanto é referida pelas parturientes, tal método é mundialmente utilizado para a promoção de conforto, diminuição da ansiedade e consequente para o alívio da dor das pacientes. Tal informação mostra que, por mais singela que seja, a unidade hospitalar onde essa parturiente esteja é possível a promoção do alívio da dor da mesma, pois além de ser

eficaz, este é um dos métodos com maior aceitação pelas parturientes, como citado nos resultados dessa pesquisa.

A massagem é um dos métodos mais básicos e popularmente conhecidos entre as parturientes. Em estudo experimental controlado randomizado realizado em 2016, um grupo de gestantes recebeu massagem sacral durante 30 minutos durante o trabalho de parto ativo e concluiu-se, após a avaliação das parturientes, que a massagem reduziu a dor do trabalho de parto, diminuiu os níveis de preocupação e ansiedade, levou sentimentos de satisfação e segurança durante toda a experiência (AKKÖZ, 2020).

Em um estudo realizado em 2015, foram avaliados diversos métodos não farmacológicos e o com maior índice de uso pelas parturientes foi a deambulação, pois a mesma proporcionou alívio da dor durante as contrações, além de auxiliar na descida da altura fetal e acelerou a velocidade da dilatação cervical (LEHUGEUR, 2017).

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto é garantido e assegurado por lei, conforme supracitado, a presença de um familiar ou acompanhante de escolha da mulher durante a experiência do trabalho de parto é considerado um método não farmacológico para alívio da dor, pois o mesmo passa à parturiente uma sensação de conforto, confiança e bem-estar, reduz a ansiedade, logo o nível de dor da paciente reduz e a mesma passa a ver o parto normal como uma melhor experiência (DIAS, 2018).

CONCLUSÃO

Com esta revisão, evidenciou-se a lacuna no interesse nacional em aprofundar-se no tema, dada a escassez de artigos publicados. Sobre os métodos não farmacológicos, alguns não foram eficazes na redução da dor, embora tenham proporcionado maior conforto, confiança e força às parturientes. Há divergências na eficácia de certos métodos, como a acupuntura, o que demanda estudos adicionais para esclarecimento, apontando para a necessidade de investigações mais aprofundadas e abrangentes nesse campo.

Conclui-se que esta área possui muitos campos e setores a serem abordados e estudados a fim de promover conhecimento acerca de métodos não farmacológicos para que possibilitem uma melhor experiência do trabalho de parto e incentive os profissionais da área da saúde a atualizarem-se e manter conhecimento adequado para propiciar melhor atendimento a parturientes baseando-se em suas reais necessidades e amparados por uma prática clínica baseada em evidência.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A., DE SOUSA, J. T., BACHION, M. M., SILVEIRA, N. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição [The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process]. *Revista latino-americana de enfermagem*. Vol.13, n.1, pag 52–58.
- AKKÖZ ÇEVİK S., KARADUMAN S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci*;vol. 17, n.1. 2020
- ARNON Z., DOR A., BAZAK H., ET AL. Complementary medicine for laboring women: a qualitative study of the effects of reflexology. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. Vol. 16, n.1. 2019
- BARDIN, LAURENCE. *Análise de Conteúdo*. Edições 70 - Almedina Brasil. São Paulo, 2016.
- BALJON, K.J, ROMLI, I M.H., ISMAIL, A.H., et al . Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. v.15, n.10, ed.6. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAVALCANTI A.C.V, HENRIQUE A.J, BRASIL C.M, GABRIELLONI M.C, BARBIERI M. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev Gaúcha Enferm*. vol. 40. e20190026. 2019.
- DIAS, E. G. et al. Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], volume 9, N.2, out. p. 35-39. 2018. ISSN 2357-707X.
- FREITAS J.C. de; Silva C.C.; Rodrigues M.D.; Souza R. A. P. de. Eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto natural: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 12, e.7650, 3 jun. 2021.

GALLO, R.B.S. ; SANTANA, L.C , FERREIRA, C.H.J., ET. AL. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*. Vol 59, N.2. 2013, pag. 109-116,

GALLO, R.B.S. ; SANTANA, L.S, MARCOLIN, A.C. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FEMINA*. 2011, vol. 39, n. 1.

GALVÃO M.C. Níveis de evidências. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.19. 2007.

GUERRA E.L.A. Manual de pesquisa qualitativa. Grupo Anima Educação. Belo Horizonte, 2014.

HANUM, S.P.; MATTOS, D. V.; MATÃO, M. E. L.; MARTINS, C. A. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: Efetividade sob a ótica da parturiente. *Revista de Enfermagem da UFPE*. Recife, volume 11, Agosto, 2017. P 3303 – 330.

HENRIQUE, A.J, et al. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 2016; vol.29, n.6.

HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica-4. Artmed Editora, 2015.

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, p. 011–015, 30 maio 2012.

LEHUGEUR,D. , STRAPASSON, M.R. , FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstetra. *Rev enferm UFPE online*. vol. 11. n 12. p.4929-37. 2017.

MAFETONI, R.R; SHIMO, A.K.K.; The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 24, n.2738, 2016 .

Mamede, F.V.; Almeida, A.M.; Souza, L.; A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Rev Latino-am Enfermagem*. Vol. 15, n.6. 2007

MARCONI, M. D. A., & LAKATOS, E. M.. Fundamentos da metodologia científica. Vol. 2, p. 180-210). São Paulo: Atlas. 2017

MASCARENHAS, V. H.; LIMA, T. R.; SILVA, F. M., *et al*. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul Enferm*. 2019. vol.32, n.3 p. 350-357.

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 - enferm*. vol. 17, n. 4, 2008.

MOGHIMI-HANJANI S, MEHDIZADEH-TOURZANI Z, SHOGHI M. The Effect of Foot

Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. *Acta Med Iran*. 2015 Aug;53(8):507-11. PMID: 26545996.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de Pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre (RS) : Penso, 2013.

SKILNAND E., FOSSEN D., HEIBERG e.; “Acupuncture in the management of pain in labor.” *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. vol. 81, n.10, p. 943- 948.

SOUSA, L. M. M. et al. *Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem*. Revista Investigação em Enfermagem, 2017.

SILVA E.A.; PEREIRA, A.M.M.; DANTAS, S.L.C. et al. Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto. *Rev enferm UFPE on line*. 2021; Vol. 14, e.246029.

SILVA BL, Neri DT, Ferreira ES, Oliveira JAA, Pereira LR. Métodos não farmacológicos durante trabalho de parto: percepção das mulheres. São Paulo: *Revista Recien*. 2018; Vol. 8, n.24. p.54-64.

SILVA, C.A.; LARA, S.R.G. Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage. *Brazilian Journal of Pain*. vol.1, n.2, p. 167-170. 2018.

TAAVONI, S., ABDOLAHIAN, S., & HAGHANI, H.. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: a randomized, controlled trial study. *Pain medicine (Malden, Mass.)*. Vol. 14, n. 9,

THOMSON, G., FEELEY, C., MORAN, V.H, et al. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health*. vol. 30. n. 16. ed. 1. 2019 May

TORKIYAN H. , MOBARAKABADI S.S , HESHMAT R. ET AL. “The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial.” *Complementary therapies in medicine*. vol. 58 (2021): 102683.

VIXNER, L., SCHYTT, E., STENER-VICTORIN, E. ET AL. Acupuncture with manual and electrical stimulation for labour pain: a longitudinal randomised controlled trial. *BMC Complement Altern Med*. Vol.14, n. 187 (2014).

WU, L., LIU, X., YIN, Y.,ET AL.Effectiveness of acupuncture versus spinal-epidural anesthesia on labor pain: a randomized controlled trial, *Journal of Traditional Chinese Medicine*, v. 37, n.5, 2017, p. 629-635

FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE DO SONO EM GESTANTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Clara Gonçalves da Silva- Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afrobrasileira – Ceará.

Gabriela Araújo Beviláquia- Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afrobrasileira – Ceará.

Camila Chaves da Costa- Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da lusofonia Afro Brasileira (UNILAB).

Alana Santos Monte - Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da lusofonia Afro Brasileira (UNILAB).

INTRODUÇÃO

Este capítulo versa sobre os fatores que afetam a qualidade do sono das gestantes, visto que a má qualidade do sono nestas mulheres acarreta diversos eventos não desejáveis para a saúde. Durante a gravidez diversas mudanças ocorrem no corpo da gestante, como alterações físicas, hormonais, fisiológicas entre outras, as quais são necessárias para a manutenção da gestação. Essas inúmeras modificações exercem grande interferência no cotidiano e organismo.

Dentre as áreas afetadas pelas alterações do período gravídico, encontra-se a qualidade do sono das gestantes, que tendem a ter um padrão de sono não satisfatório durante a gestação (FAGUNDES,2019).

O sono é muito importante para a vida humana, exercendo a função essencial de descanso físico e reparação da energia corporal para manutenção das atividades vitais (NEVES,2017). Sendo caracterizado pelo intervalo de repouso das ações como atividades físicas e sensoriais, é uma atividade bem estruturada e alinhada que segue o ciclo circadiano, mecanismo no qual se baseia o ciclo biológico da maioria das espécies, através desse ciclo tem-se a regulação de sono-vigília (SOUSA et al.,2015).

O sono adequado e com qualidade é declarado um fator relevante para que o indivíduo apresente um equilíbrio fisiológico, cognitivo, mental, promoção do reparo corporal entre outros. Assim como distúrbios no padrão ideal de sono trazem prejuízos a saúde, o sono adequado é um dos fatores essenciais para a manutenção de uma boa qualidade de vida (OHAYON et al., 2017).

A privação do sono pode vir a realçar distúrbios pré-existentes como a ansiedade, depressão e episódios de raiva e estresse. Além de proporcionar a queda de atividades de vida

de mulheres e acarretar prejuízos na função cognitiva, o sono influencia diversos aspectos da vida humana, emoções, bem-estar, conduta e desempenho (COELHO, 2020).

A mudança no corpo durante a gravidez é notória e cada trimestre gestacional tem a sua particularidade, sendo as alterações no tempo e qualidade de sono consideradas comuns na gestação (MONTEIRO et al., 2018). No entanto, deve-se observar tais mudanças e queixas apresentadas pelas mulheres grávidas, já que a baixa qualidade do sono predispõe o desenvolvimento de problemas na saúde materna (MONTEIRO et al., 2018). Os sistemas cardiovascular e respiratório em especial são os que mais se modulam para as alterações no padrão de sono, já que recebem constantemente a ação de diversos hormônios (PEREZ et al., 2019).

As alterações no padrão satisfatório do sono que mulheres relatam ao longo da gestação apresentam características diferentes de acordo com a idade gestacional, sendo relacionada ao primeiro trimestre a sonolência intensa principalmente diurna e baixa disposição para as atividades diárias, no segundo semestre as mudanças hormonais e o alto nível de estrogênio podem ocasionar edema e aumentar a possibilidade do desenvolvimento de apneia obstrutiva do sono, principalmente em gestantes acima do peso. No entanto, percebe-se que as queixas relacionadas a baixa qualidade do sono aumentam significativamente no 3º trimestre gestacional ligadas aos desconfortos que ocorrem em algumas mulheres devido a gestação avançada (BALIEIRO et al., 2019).

As preocupações sobre o futuro gestacional, o parto, os cuidados com os filhos nos casos de mulheres que já os tem, a carreira de trabalho, mudanças na autoimagem, questões financeiras e sociais despertam ansiedade nas gestantes, um fator que ocasiona interferências no período de descanso, não permitindo que o sono seja pleno e ocorra de forma satisfatória (SILVA, 2017).

A ansiedade somada a inadequada qualidade do sono pode acarretar prejuízos para a saúde materna e consequentemente a saúde fetal (CHANG; PIEN; DUNTLEY & MACONES, 2010). Essa má qualidade do sono no período gestacional se relaciona com o desenvolvimento de eventos adversos na gestação, como: pré-eclâmpsia, crescimento inadequado do feto, e o parto prematuro (ERTMANN et al., 2020). Estudos apontam que a privação de sono está ligada a ocorrência de cesáreas, um trabalho de parto prolongado (REUTRAKUL et al., 2011) e risco aumentado de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (FAÇANHA et al., 2021).

Dentre os distúrbios de sono que atingem as gestantes pode-se citar: síndrome das pernas inquietas prevalente durante o terceiro trimestre gestacional; a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) que aumentam a queixa de roncos nas gestantes e a insônia que é a dificuldade em iniciar e manter o sono adequado, sendo frequentemente relatada durante a gestação (FAGUNDES, 2019).

O profissional de enfermagem acompanha todo o processo gestacional, principalmente aqueles profissionais que atuam na atenção primária em saúde, desde modo esse estudo pretende colaborar com a área para agregar conhecimento sobre a temática. O enfermeiro deve oferecer um cuidado holístico e integral a progenitora atendendo suas demandas e propondo resoluções para suas queixas com embasamento nas evidências da literatura.

Espera-se com essa pesquisa contribuir para que estudos futuros desenvolvam intervenções para amenizar os desconfortos trazidos pela privação de sono, além de minimizar fatores agravantes para o desenvolvimento de outras enfermidades e proporcionar maior conhecimento da temática agregando assim para o ambiente acadêmico e social. Dado o exposto a pesquisa tem como objetivo identificar na literatura os fatores afetam a qualidade de sono em gestantes.

MÉTODO

Tratar-se de uma pesquisa de revisão integrativa com objetivo de encontrar evidências na literatura as quais mostrem fatores que afetam a qualidade do sono de gestantes. Foram operacionalizadas as seguintes etapas: 1ª a produção da pergunta norteadora da pesquisa; 2ª a amostragem da literatura; 3ª a coleta de dados; 4ª análise crítica dos estudos; 5ª discussão e 6ª apresentação.

A questão de pesquisa foi elaborada seguindo uma adaptação da estratégia População – Intervenção – Comparação – “Outcomes” (Desfecho) (PICO). Essa estratégia é utilizada para a otimização da busca de estudos na bibliografia e para a construção da pergunta norteadora da pesquisa, para que esta seja relevante e completa e seja um instrumento para guiar a pesquisa de forma mais fluída permitindo assim ao pesquisador identificar informações de qualidade que estejam disponíveis na bibliografia (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Assim, considerou-se: P: gestantes, I: fatores que levam a alteração do sono, C: não há comparadores e O: qualidade do sono. Dessa forma, a pergunta norteadora foi: Quais os principais fatores que afetam a qualidade do sono em gestantes?

Para a segunda etapa da revisão foi realizada a amostragem da literatura com a busca dos estudos para apresentar maior diversidade e abrangência. A busca foi realizada durante o nas bases de dados: Scielo, LILACS, via BVS, Web of Sciene e Scopus e MEDLINE, através da PubMed, no período de maio de 2022.

Para a operacionalização da estratégia de busca utilizaram-se os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/BVS) e no Medical Subject Headings (MeSH/PubMed), sendo selecionados “sono/sleep”, “gestantes/pregnant”, “higiene do sono/sleep hygien”. A combinação dos descritores foi feita com os operadores booleanos “OR” e “AND”.

Para a seleção dos artigos que compuseram a amostra desta revisão, foram adotados os critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra, em qualquer idioma, publicados no período de 2017 a 2022 e que abordassem o tema de sono na gestação, com disponibilidade do texto completo. Os critérios de exclusão foram: estudos duplicados, outras revisões sistemáticas, integrativas e de escopo e estudos que não respondessem à questão norteadora.

Os estudos resultantes da aplicação da estratégia de busca foram exportados para o software Rayyan (JOHSON; PHILLIPS, 2018). A seleção dos estudos que foram incluídos na revisão partiu primeiramente da exclusão dos artigos por ano e as revisões de literatura. Após isso, foi feita a leitura dos títulos dos artigos seguida da leitura crítica dos resumos.

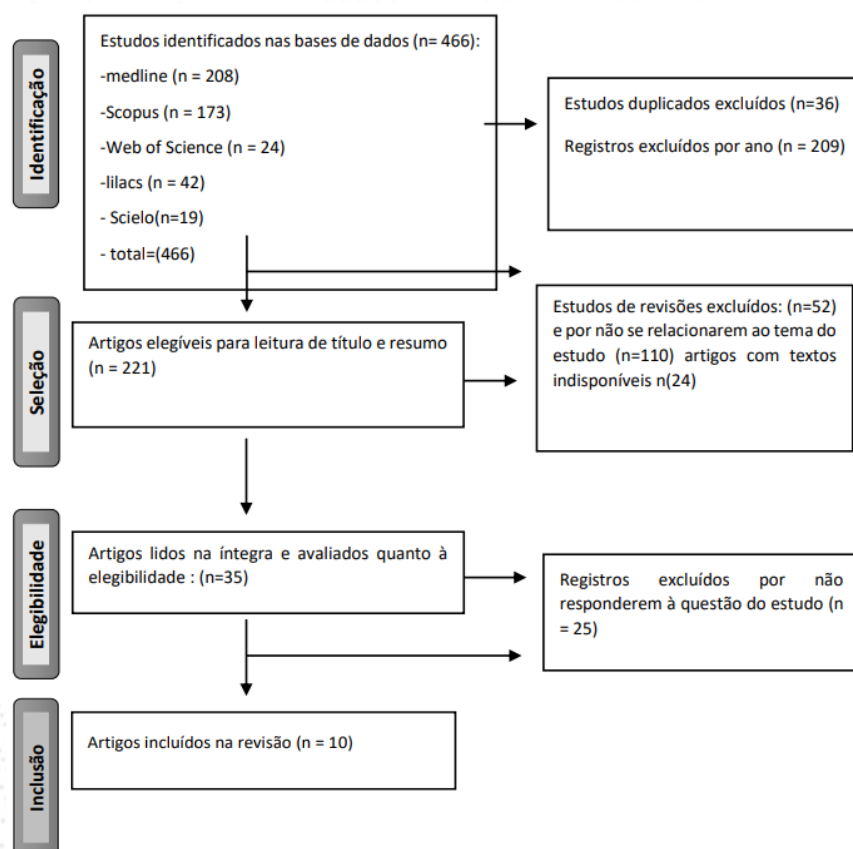
Para a etapa de coleta dos dados e análise crítica dos estudos, realizou-se uma adaptação do instrumento validado por URSI, extraindo as seguintes informações: autor, tipo de estudo, metodologia usada, amostra (URSI,2005). Para obter maior segurança dos dados obtidos seguiu-se a classificação do nível de evidência de acordo com o delineamento de cada estudo, assim, consideraram-se os níveis: I - trabalhos de metanálises, ensaios clínicos randomizados e controlados, nível II- ensaio clínico randomizado bem desenhado, nível III- estudo controlado sem randomização, nível IV- estudo com caso controle e estudos de coorte, nível V - revisões sistemáticas de estudos descritivos e estudos qualitativos, nível VI- estudo descritivo ou qualitativo, nível VII- Evidência obtida da opinião de autoridades e ou comitê de especialistas (MELNIK; FINEOUTOVERHOLT;2011).

A quinta etapa e a sexta que correspondem respectivamente a discussão e a apresentação da revisão integrativa.

RESULTADOS

No total foram encontrados 466 estudos nas bases de dados sobre qualidade do sono em gestantes e fatores associados usando a estratégia de busca descritores. Para a delimitação do número de artigos que mais se adequavam a proposta da revisão, foram aplicados os critérios de exclusão. Desse modo, o número de estudos selecionados para leitura na íntegra foram 59, dos quais foram filtrados 10 para compor esta revisão integrativa.

Oito artigos foram publicados na língua inglesa, um em espanhol, um em português. O local em que os estudos foram realizados: Finlândia (2); Turquia (2); Brasil (2); Líbano (1); Malawi (1); China (1). Os anos prevalentes no estudo foram: 2021 com 4 estudos; 2019 com 2; 2017 com 2; 2018 com 1 e de 2022 o nível de evidência mais prevalente foi o nível de IV sendo encontrado em 9 estudos. A Figura 1 mostra o delineamento dessa pesquisa, usando uma adaptação do fluxograma PRISMA.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Dos estudos selecionados para a pesquisa, os quais abordavam o sono em gestantes e incluíam resposta para a pergunta norteadora desse trabalho, foram destacadas algumas informações como: autores e ano de publicação, tipo de estudo, classificação do nível de

evidência e os principais fatores que interferem na qualidade do sono das gestantes, mostrado no quadro sinóptico 1.

Quadro 1. Apresentação da síntese dos estudos com informações quanto aos autores, ao ano de publicação, Título, Tipo de Estudo /Nível de evidência (NE) e principais achados. Fortaleza, 2022.

Autores/ Ano de	Tipo de Estudo / NE	Principais achados
Laitinen L,et al; 2021	transversal/ IV	Náuseas e vômitos
Nacar et al., 2019	transversal/ IV	Dores, noctúria e ansiedade
Du et al., 2021	prospectivo de coorte/ IV	Tabagismo e lombalgia
Mourady et al., 2017	observacional/IV	Tabagismo e depressão
Zwan et al; 2017	coorte/IV	Ansiedade
Manyozo et al; 2019	transversal/IV	Lombalgia
Sönmez. et al; 2018	quase-experimental/III	Síndrome das pernas inquietas
Moura,et al;2022	observacional, transversal /IV	Apneia e hipopneia Noctúria, pirose e ronco
Façanha et al 2021	transversal/ IV	Diabetes Gestacional Multiparidade
Monterrosa et al; 2021	transversal/ IV	Depressão, ansiedade estresse

Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

A gestação é um período delicado de transformações e adaptações e deve ser atendido com muita atenção pelos profissionais de saúde. Apesar de acontecerem mudanças fisiológicas e físicas esperadas durante a gestação e o sono da mulher ser afetado nesse período, deve atentar-se para agir quando essa mudança acometer o repouso da gestante de forma negativa tendo em vista os prejuízos os que pode acarretar para a saúde materna e consequentemente para a saúde fetal.

Os artigos selecionados mostram fatores que alteram o sono em gestantes e que acarretam prejuízos a saúde dessas mulheres. Uma metanálise mostrou que distúrbios do sono estão relacionados a partos prematuros, a índices de desenvolvimento de depressão perinatal e

depressão pós-parto, a cesárias, aumentando o risco de desenvolvimento de DMG, pré-eclâmpsia e problemas na saúde fetal como feto Pequeno para Idade Gestacional (PIG) ou Grande para a Idade Gestacional (GIG) ou até mesmo a morte do feto (LU et al, 2021).

Os estudos avaliados, em sua maioria usaram para avaliar a qualidade do sono o Instrumento chamado de Qualidade do Sono de Pittsburg (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI) muito utilizado em pesquisas sobre o sono pelo seu nível de confiabilidade (JOÃO et al, 2017).

A insônia foi o distúrbio do sono mais presente nos estudos analisados. Ela pode ser definida como a dificuldade de iniciar e/ou manter o sono, comprometendo assim a satisfação do descanso necessário para uma boa produtividade para execução das atividades de vida diária, e pode estar associada a outros distúrbios, como dores, ansiedade, depressão, estilo de vida, entre outros (CAMPOS,2022; FAGUNDES,2019).

Desse modo foi possível categorizar os achados em três grupos: alterações físicas e psicológicas da gestação, hábitos de vida e distúrbios desenvolvidos ou agravados durante a gestação.

Alterações físicas e psicológicas da gestação

Apesar de serem normalizadas no período gestacional, náuseas e vômitos podem afetar a qualidade de vida das genitoras (BUSTOS et al, 2017). Laitinen et al (2021) mostrou no seu estudo que os despertares noturnos, acordar em horários mais cedo do que o habitual e sonolência diurna de forma excessiva estão relacionados aos níveis mais graves de náuseas e vômitos, que impedem o repouso ideal e afetam a qualidade do sono.

Fatores como polaciúria, noctúria, pirose, multiparidade e sobrepeso o maior número de filhos e maior índice de massa corpórea (MOURA,et al;2022; FAÇANHA et al 2021).

A dor também se encaixa como um dos agravantes para a perda da qualidade do sono. Em pesquisa realizada com 278 gestante primíparas, 94% delas relatam algum tipo de dor ao longo da gravidez, sendo a lombalgia relatada como uma das queixas mais frequentes durante a gestação (DUNN et al, 2019; MANYOZO et al,2019).

A lombalgia é geralmente relatada no último trimestre, fazendo com as gestantes durmam poucas horas e tenham dificuldade na manutenção do repouso por desconfortos causados pela dor (WOLFF, et al 2017).

Há também associações dos problemas de saúde mental com distúrbios do sono. As preocupações relacionadas ao cotidiano, ao futuro gestacional e ao parto podem desenvolver ou acentuar problemas já existentes. Por ser um período delicado de mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas, há predisposição por conta de todas as causas supracitadas ao desenvolvimento do transtorno de ansiedade. Um estudo mostrou que as variáveis que estão envolvidas com o desenvolvimento de ansiedade são mais prevalentes no último trimestre gestacional (SILVA et al, 2017) em outro estudo percebeu-se que as dificuldades da iniciação do sono e a duração mais curta do mesmo foi influenciada por níveis mais altos de ansiedade (ZWAN et al, 2017).

A depressão materna é desenvolvida por diversas etiologias e a má qualidade do sono é um predisposto para ela (COSTA, 2019; SILVA, et al. 2019). Gestantes que tem menores índices de qualidade e quantidade de sono apresentam mais sintomas depressivos do que gestantes que conseguem manter sono/repouso adequado (NACAR et al., 2019).

Hábitos de vida

Outro fator presente no decaimento na qualidade de sono de gestantes é o hábito de fumar que tem efeitos estimulantes devido a nicotina mostrando interferir no padrão de sono. Mulheres que tem o hábito de fumar apresentam maior risco de má qualidade do sono que mulheres gestantes que não fumam (DU et al, 2021).

Um estudo mostrou que mulheres com DMG apresentam índices de qualidade de sono piores com um maior prejuízo na quantidade do sono e sua efetividade do que as que não possuem a doença. Os valores de glicemia séricos mais altos estão ligados a distúrbios de insônia grave e moderado (FAÇANHA, 2021; MOURADY et al, 2017).

Distúrbios desenvolvidos ou agravados durante a gestação

Dentre os distúrbios que afetam o sono citados na literatura, a síndrome das pernas inquietas é recorrente. Consiste em um distúrbio de movimento que atinge os membros inferiores, sendo mais comum em mulheres grávidas do que no restante da população. Mulheres que sofrem com essa síndrome apresentam maior dificuldade para adormecer e manter o sono, e afeta a qualidade de vida das gestantes (SÖNMEZ et al; 2018; ORAN, YUKSEL e RUSGAR 2021).

Distúrbios respiratórios desenvolvidos ou piorados durante a gestação também prejudicam o sono. Ronco e apneia obstrutiva do sono são exemplos comuns de se encontrar

em gestantes, esses distúrbios interrompem o fluxo normal da respiração e causam despertares durante a noite acarretando prejuízos à qualidade do repouso e aumentando o risco de aparecimento de outras problemáticas na saúde materna e fetal (MELO, 2019; LU et al, 2018; LEÃO et al;2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais causas que afetam a qualidade do sono de mulheres grávidas são geralmente informadas nas consultas de pré-natal. Diante disso, é importante o olhar holístico do acompanhamento de pré-natal das gestantes já que queixas de má qualidade do sono são fatores de risco para a saúde materno-fetal. Ressalta-se a relevância do profissional enfermeiro que presta cuidados integral a saúde de gestantes principalmente nas consultas pré-natais na atenção primária.

Além disso, aliviar as condições de má qualidade do sono proporciona melhora na qualidade de vida das gestantes. Neste cenário, metodologias devem ser desenvolvidas cada vez mais para alívio de problemas no sono, sendo importante aprimorar esses métodos e desenvolver mais estratégias para aplicá-las na saúde pública.

REFERÊNCIAS

- BALIEIRO, L.C.T.; GONTIJO, C.A.; FAHMY, W.M.; MAIA, Y.C.P.; CRISPIM, C.A. Does sleep influence weight gain during pregnancy? A prospective study. *Sleep Science*, São Paulo, v. 12, n.3, p. 156-164, jul-Setembro, 2019.
- BUSTOS, M.; VENKATARAMAMAN, R.; CARITIS, S. Nausea and vomiting of pregnancy - What's new? *Auton Neurosci.*, v. 202, p. 62-72, 2017.
- CAMPOS, H. H. A insônia na mulher. *Med Int Méx.*, v. 36, n. 1, p. 3-5, 2020.
- CHANG, J.J. et al. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: is there a relationship. *Sleep Medicine Reviews*, v.14, n.2, p 107-114, Abril, 2010.
- COELHO, F. M. S. Impacto da privação de sono sobre cérebro, comportamento e emoções. *Med Int Méx.*, v. 36, n. 1, p. 17-19, 2020.
- COSTA, A. F. M.. Implicações Fetais e Pós-Natais da Depressão Materna. 2019. Tese de Doutorado.

DU, M. et al. Maternal sleep quality during early pregnancy, risk factors and its impact on pregnancy outcomes: a prospective cohort study. *Sleep medicine*, v. 79, p. 11-18, 2021.

DUNN, G. et al. Trajectories of lower back, upper back, and pelvic girdle pain during pregnancy and early postpartum in primiparous women. *Womens Health*, v.15, n. 1745506519842757, p.1-8, 2019.

ERTMANN, R. K.; Nicolaisdottir, D.R., Kragstrup, J. et al. Sleep complaints in early pregnancy. A cross-sectional study among women attending prenatal care in general practice. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v.20, n.123, fevereiro,2020.

FAÇANHA, C. F. S. Alterações do sono e do ritmo circadiano em pacientes com diabetes gestacional. 2021. 169 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

FAGUNDES, D. L. Avaliação da qualidade do sono em gestantes. 2019. 45 p. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

JOÃO, K. A. D. R. et al. Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Res.*, v. 247, p. 225–229, 2017.

JOHNSON, N.; PHILLIPS, M. Rayyan for systematic reviews. *Journal of Electronic Resources Librarianship*, v. 30, n. 1, 2018.

LAITINEN, L. et al. Sleep quality in women with nausea and vomiting of pregnancy: a crosssectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, v. 21, n.152, p. 1-9, 2021.

LEÃO, R. M. C. et al. Avaliação do risco e de fatores sociodemográficos e clínicos associados à síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono em gestantes acompanhadas em serviços de saúde do Recife/PE. 2021. Relatório Final do Programa Institucional de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde (PIC-FPS) - período de 2019 a 2021. Faculdade Pernambucana De Saúde – FPS. 2021

LESSAR, T. et al. A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura. *REAS*, v. 56, p. 3846, 2020.

LU, Q. et al. Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.*, v. 58, n. 101436, 2021.

MANYOZO, S. D. et al. Low back pain during pregnancy: Prevalence, risk and association with daily activities among pregnant women in urban Blantyre, Malawi factors. *Malawi Medical Jornal*, v. 31, n. 1, p. 71-76, 2019.

MELO, C.L.D. Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono na Gravidez. 2019. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina)- Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal, 2019.

MELNYK BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

MONTEIRO, P. G. A. et al. Percepção da qualidade do sono na gravidez. Atas- investigação qualitativa em Saúde. CIAIQ2018, v. 2, p. 763-770, 2018.

MOURA, K.L; GONÇAVES, C.S.A; SANTOS, F. D. D. Avaliação da qualidade do sono de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande – PB. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v.20, n.4, p. 594-600, fevereiro,2021.

MOURADY, D.; RICHA, S.; KARAM, R.; PAPAIZIAN, T.; HAJJ MOUSSA, F.; EL OSTA, N.; KESROUANI, A.; AZOURI, J.; JABBOUR, H.; HAJJ, A.; RABBAA KHABBAZ, L. Associations between quality of life, physical activity, worry, depression and insomnia: A cross-sectional designed study in healthy pregnant women. PLoS One. 2017 May v.22, n.12, p.0178181.

NACAR, G.; TASHAN, S. T. Relationship between sleep characteristics and depressive symptoms in last trimester of pregnancy. Afr. Heath Sci, v. 19, n. 4, p. 2934-2944,2019.

NEVES, G. S. M. L.; MACEDO, F.; GOMES, M. M. Transtornos do sono: atualização (1/2). Rev Bras Neurol., v. 53, n. 3, p. 19-30, 2017.

OHAYON, M. et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. Sleep Health. v. 3, n. 1, p. 6-19, 2017.

ORAN, N. T.; YUKSEL. E.; RUSGAR, S. Prevalence of restless leg syndrome and effects on quality of life during pregnancy. Sleep Breath, v. 25, n. 4, p. 2127-2134, 2021.

PEREZ, P. et al. Situação Socioeconômica em Gestantes e Qualidade do Sono Durante a Gravidez. Cureus, v. 11, n. 11, e6183, 2019.

REUTRAKUL, S. et al. Sleep disturbances and their relationship to glucose tolerance in pregnancy. Diabetes Care., v.34, n. 11, p. 2454- 2457, 2011.

RIBEIRO, M. C. et al. Qualidade do sono em gestantes com sobrepeso. Rev Bras Ginecol Obstet., v 37, n. 8 p. 359-365, 2015.

ROBERTO, A.P.S.C. Associações entre estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso na gravidez e qualidade do sono. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Estadual Paulista (Unesp), São Paulo, 2020.

SANTOS, C. M. C et al. Strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latino-Am Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SILVA, M. M.J. et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. Revista de enfermagem da USP, São Paulo, v.5, 2017.

SILVA, V. et al. Sintomatologia depressiva no termo da gestação, em mulheres de baixo risco. J. Bras. Psiquiatr., v. 68, n. 2, p. 65-71, 2019.

SOUSA, V. P. S. et al. Quality of sleep in pregnant woman with low back pain. Fisioterapia em Movimento, v. 28, n. 2, p. 319-326, 2015.

WOLFF, A. R.; BRANDÃO AMORIM,P. Análise da prevalência de lombalgia em gestantes que buscaram atendimento medicamentoso no hospital municipal de Nanuque MG. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar, v.1, n.1, e29754.

ZWAN, J.E. et al. Longitudinal associations between sleep and anxiety during pregnancy, and the moderating effect of resilience, using parallel process latent growth curve models. Sleep Medicine, v.40, p.60-68, dezembro,2017.

CUIDADOS PROFILÁTICOS À PNEUMONIA ADQUIRIDA NA VENTILAÇÃO MECÂNICA: DESENVOLVIMENTO DE UM ÁLBUM SERIADO COM MENSAGENS EDUCATIVAS PARA TELEFONES MÓVEIS

Lara Luisa Mota Oliveira – Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINTA – Campus Itapipoca.

Arthur Feitosa Jacinto – Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Brenda Sousa da Conceição – Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Francisco Mayron Moraes Soares – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

INTRODUÇÃO

A Pneumonia Adquirida na Ventilação Mecânica (PAVM) é um tipo de infecção adquirida dentre um período de 48 a 72 horas após uma intubação endotraqueal e início do suporte ventilatório invasivo. Essa definição pode ser classificada como precoce, toda via exista também a PAVM tardia, considerada aquela adquirida após de 5 dias de ventilação mecânica (VM) ou extubação. Alguns fatores são elencados como modificáveis por exemplo a sedação, tempo prolongado de internação intensiva ou intubações frequentes e não modificáveis como idade, condições de saúde e comorbidades já identificadas anteriormente (RIBEIRO; ANJOS; OLIVEIRA, 2016).

Conforme MOREIRA et al. (2011) cita em seu estudo, quando o paciente é submetido a oxigenoterapia invasiva sob VM, os mecanismos de defesa do pulmão se fragilizam decorrente da doença primária ou pela perda da proteção das vias aéreas superiores. Subsequentemente, favorece a entrada de patógenos causadores de PAVM seja por aspiração do conteúdo gástrico ou proliferação da flora bacteriana da cavidade oral.

Somando aos critérios da ANVISA, pode ser identificada através de alterações de uma ou mais radiografias de tórax com presença de novo ou progressivo infiltrado, sinais de infecção, piora dos parâmetros do ventilador mecânico e presença de expectoração (LOURENÇONE et al. 2019).

A PAVM é segunda condição clínica nosocominal mais frequente no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem correspondem aos procedimentos preconizados pelo *Ventilator Bundles*.

Segundo Gonçalves (2012) o instrumento supracitado estabelece procedimentos que são realizados pela equipe da UTI, com enfoque na padronização da assistência a clientes

em situações críticas. Pode-se incluir nesse protocolo, a higienização correta das mãos, higiene da cavidade oral do paciente e limpeza das vias aéreas superiores, cuidados no manejo da prótese e dos circuitos ventilatórios, posicionamento do paciente e cabeceira do leito. Entretanto, a assistência não se adequa especificamente a equipe de enfermagem, mas em práticas profiláticas que abrangem todo o grupo multiprofissional integrante da UTI.

Contudo, pode-se delimitar intervenções específicas ao enfermeiro intensivista, discutidas em dez parágrafos com referência sobre as intervenções de enfermagem para prevenção da PAVM.

Identificação dos pacientes em risco: É importante que a equipe de enfermagem identifique os pacientes que estão em maior risco de desenvolver PAVM. Fatores de risco incluem idade avançada, tempo prolongado de ventilação mecânica, uso de sedação e traqueostomia. Identificar os pacientes em risco permite que a equipe de enfermagem implemente medidas preventivas precocemente.

Higiene bucal: A higiene bucal é uma das intervenções de enfermagem mais importantes na prevenção de PAVM, uma vez que a colonização da orofaringe por bactérias patogênicas é um fator de risco para o desenvolvimento da pneumonia. A limpeza da cavidade oral pode ser realizada com escova de dentes, solução antisséptica ou gaze umedecida em água ou soro fisiológico (HILTON et al., 2017).

Elevação da cabeceira da cama: A elevação da cabeceira da cama é uma medida simples e eficaz na prevenção de PAVM, uma vez que reduz o refluxo de conteúdo gástrico para a orofaringe, diminuindo assim o risco de aspiração de secreções para os pulmões. Recomenda-se que a cabeceira da cama seja elevada em pelo menos 30 graus (TABLAN et al., 2017).

Desmame precoce da ventilação mecânica: O desmame precoce da ventilação mecânica é uma estratégia importante na prevenção de PAVM, uma vez que a ventilação mecânica prolongada é um fator de risco para o desenvolvimento da pneumonia. A enfermagem pode colaborar com o processo de desmame, monitorizando a oxigenação e o esforço respiratório do paciente, e promovendo a retirada gradual do suporte ventilatório (KLOMPAS et al., 2014).

Uso de protocolos de cuidados: A utilização de protocolos de cuidados é uma estratégia eficaz na prevenção de PAVM, uma vez que padroniza as práticas de enfermagem e reduz a variabilidade dos cuidados. Os protocolos podem incluir medidas como a higiene bucal,

elevação da cabeceira da cama, desmame precoce da ventilação mecânica, entre outras (KLOMPAS et al., 2014).

Monitorização dos sinais vitais: A monitorização frequente dos sinais vitais é uma intervenção de enfermagem importante na prevenção de PAVM, uma vez que permite identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente. A monitorização deve incluir a frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura corporal (CAVALCANTI et al., 2017).

Manejo adequado das secreções: O manejo adequado das secreções é uma intervenção importante na prevenção de PAVM, uma vez que a aspiração de secreções infectadas é um fator de risco para o desenvolvimento da pneumonia. Recomenda-se que as secreções sejam removidas com técnica asséptica e que o sistema de aspiração seja substituído regularmente. Além disso, é importante que os profissionais de enfermagem realizem a higiene das mãos antes e depois do manejo das secreções, a fim de reduzir o risco de infecções cruzadas (TABLAN et al., 2017).

Mobilização precoce do paciente: A mobilização precoce do paciente é uma intervenção importante na prevenção de PAVM, uma vez que a imobilidade prolongada pode levar a complicações respiratórias. A enfermagem pode colaborar com a mobilização do paciente, promovendo exercícios respiratórios e auxiliando na deambulação. A mobilização precoce também pode contribuir para a redução do tempo de internação e o risco de outras complicações. (HILTON et al., 2017)

Uso de barreiras de contenção: O uso de barreiras de contenção é uma intervenção importante na prevenção de PAVM, uma vez que reduz o risco de infecções cruzadas entre os pacientes. As barreiras podem incluir o uso de avental, luvas e máscara, além de medidas de higiene das mãos. É importante que os profissionais de enfermagem utilizem essas barreiras de forma adequada e que sejam substituídas regularmente (CAVALCANTI et al., 2017).

Educação ao paciente e familiares: A educação ao paciente e familiares é uma intervenção importante na prevenção de PAVM, uma vez que envolve a orientação sobre medidas preventivas e a identificação de sinais de alerta para complicações respiratórias. A enfermagem pode fornecer informações sobre higiene bucal, elevação da cabeceira da cama, mobilização precoce, entre outras medidas preventivas. Além disso, é importante que o paciente e familiares sejam orientados sobre a importância da adesão ao tratamento prescrito (KLOMPAS ET AL., 2014).

Além disso, o enfermeiro assume a responsabilidade de acompanhar a realização e checagem desses procedimentos no *Ventilator bundles* descrito IHI – protocolo citado anteriormente. Observa-se possíveis alterações características da PAV, que se resume a piora dos parâmetros ventilatórios, presença ou mudança nas características da expectoração (escarro) e alterações em uma ou mais radiografias do tórax com a presença de um novo ou progressivo infiltrado (COSTA et al., 2021).

Utilizando-se das mensagens de texto como arcabouço para a disseminação do conteúdo supracitado, estas caracterizam-se como uma estratégia de alto potencial, promovendo práticas voltadas a promoção da saúde, assim como um instrumento educativo, acessível, de fácil manejo e baixo custo, além de estabelecer um vínculo de confiança entre profissional-paciente afim de sanar quaisquer dúvidas, corroborando com o modelo de teoria escolhida para o estudo (HOVADICK et al., 2020).

A proposta do projeto possui como justificativa a elaboração de um álbum seriado, contendo mensagens educativas para telefones móveis acerca dos cuidados profiláticos a PAVM na UTI, fundamentada na autogestão do cuidado e na autoeficácia, além de estudos que corroborem com a temática. As práticas assistências de enfermagem baseada em evidências, culminam na utilização de cuidados que possibilitem ao paciente crítico a não desenvolver pneumonia aspirativa e quando já instalada, promover a melhora do quadro clínico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico do tipo desenvolvimento, com o objetivo de elaborar um instrumento digital facilitador que possa auxiliar os profissionais da enfermagem na identificação, prevenção ou melhora do quadro clínico de um paciente sujeito a adquirir pneumonia aspirativa pela ventilação mecânica, apresentado em mensagens educativas dispostos no álbum seriado acerca da profilaxia da condição supracitada, com foco no desenvolvimento, avaliação, aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas.

Os estudos metodológicos possuem como finalidade elaborar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa, a fim de desenvolver um novo instrumento fidedigno e que possa ser utilizado por outros pesquisadores (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2014).

O estudo foi realizado em duas fases: 1) Levantamento bibliográfico acerca de Pneumonia Adquirida na Ventilação Mecânica e sua prevenção; 2) Elaboração do álbum seriado, apresentando imagens com mensagens de textos educacionais.

Fase 1: Levantamento bibliográfico acerca de Pneumonia Adquirida na Ventilação Mecânica e sua prevenção

A coleta das informações foi realizada a partir da coleta de dados, no banco, com a pesquisa intitulada Pneumonia Adquirida na Ventilação Mecânica, com intervenções com foco na prevenção desse agravo na UTI e busca de dados na literatura acerca de estudos que abordem a temática e apresentem intervenções para prevenção clinicada da PAVM e identificar fatores associados no desenvolvimento.

Fase 2: Construção das imagens

Esta fase foi subdividida em cinco etapas, à saber:

O primeiro foi o **Levantamento do conteúdo**, este ponto consiste na seleção dos conteúdos a serem utilizados na construção das Imagens, buscando embasamento científico acerca do assunto, visando proporcionar um maior domínio do conteúdo aos autores, além de informações corretas e atualizadas ao público-alvo. O segundo, terceiro e quarto passo, que consiste na **Seleção e Fechamento do Conteúdo, Elaboração Textual, Criação e Elaboração dos Modelos**, foram realizadas de forma concomitantes, realizando-se a coleta e o refinamento dos requisitos básicos para a construção das Imagens. Estas seguiram o referencial de requisitos proposto por Oliveira (2019) e Pressman (2009). A quinta fase foi a primeira **Diagramação das Mensagens Educativas**, finalizando a construção do instrumento facilitar entre profissionais enfermeiros quanto a prevenção da PAVM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi criado um roteiro dividido em duas fases: 1) Levantamento bibliográfico acerca da Pneumonia Adquirida na Ventilação Mecânica e sua prevenção; 2) Elaboração de um álbum seriado, apresentando mensagens de textos educacionais. Além disso, a criação propriamente dita das imagens, foi subdividida em 5 etapas, conforme o modelo-síntese do desenvolvimento, construção das imagens educativas a seguir:

Construção das Imagens				
Levantamento do Conteúdo	Seleção e Fechamento do Conteúdo	Elaboração Textual	Criação e Elaboração dos Modelos	Diagramação das Mensagens Educativas

Etapa 1: Levantamento bibliográfico do conteúdo

A primeira fase do estudo inicia-se com a pesquisa intitulada Pneumonia Adquirida na Ventilação Mecânica (PAVM) na Unidade de Terapia Intensiva, intervenções para prevenção clinicada da PAVM e fundamentação para identificar fatores associadas a PAVM, desenvolvendo o arcabouço teórico que fundamentará a fase seguinte da seleção do conteúdo para as imagens educativas, dispostas no álbum seriado. Buscou-se os melhores resultados condizentes com a temática, utilizando-se das seguintes pesquisas: busca na literatura especializada sobre o assunto, disponível íntegra, utilizando como descritores Tecnologia Educacional; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Pneumonia Adquirida na Ventilação Mecânica; Educação em Enfermagem; Intervenções Comportamentais; Cuidados profiláticos; Assistência de Enfermagem, além de busca nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google acadêmico.

Etapa 2: Seleção e fechamento do conteúdo

A seleção e fechamento do conteúdo inclui definição dos requisitos básicos das imagens educativas, público-alvo, objetivos de aprendizagem, recursos necessários, e as referências, que deram a base teórica, metodológica e eficiência (SOARES 2023). Nesse aspecto para aprofundar este tema e recolher os conhecimentos mais recentes, o novo estudo considera a pesquisa bibliográfica como uma etapa de desenvolvimento da sua investigação, apresentando-a como uma etapa fundamental no estudo de materiais educativos (SOARES, 2023).

Etapa 3: Elaboração textual

Foram investigados os materiais de referência, como artigos de pesquisa, livros-texto e diretrizes clínicas, bem como a exploração na literatura, incluindo textos acadêmicos,

manuais de enfermagem e histórias clínicas, que foram apresentados de maneira acessível e envolvente para promover uma aprendizagem eficaz. Desse modo, a pesquisa nessa área abrange a análise crítica dos métodos de ensino e comunicação usados nas mensagens educativas. Em suma as mensagens educativas em enfermagem é uma área crucial que combina a riqueza do conhecimento em enfermagem com a arte da comunicação eficaz, além de servir como ferramenta para transmitir informações e mensagens educativas aos profissionais de saúde.

Etapa 4: Criação e elaboração dos modelos

As ilustrações foram criadas por um profissional design, e produzidas digitalmente no software Adobe Photoshop. Em seguida vêm as informações do roteiro, onde a primeira etapa da produção é a criação de um rascunho, chamado de concept art; cor, luz e sombra são inseridas em sequência, etapa chamada de volumetria ou sombreamento. Concluída esta etapa e cada personagem concluído, a ilustração será exportada do software para um formato de imagem (neste caso PNG) e depois inserida no álbum seriado, que também foi gerado durante a etapa de layout no Photoshop. Por fim, formou-se 15 slides em sequência lógica, afim de fomentar a história baseada em diálogos, no formato de quadrinhos americanos. O projeto intitula-se “PROFILAXIA DA PAVM”.

Etapa 5: Diagramação das mensagens

As mensagens são elaboradas em ordem cronológica de informações, onde a primeira imagem mostra o projeto “PROFILAXIA DA PAVM”, seguida dos personagens, dentre os quais foram escolhidas duas enfermeiras sendo uma principal (Enfermeira Maria) e outra coadjuvante (Enfermeira Ana), além do personagem adicional (Sr. Pulmolino).

As imagens a seguir, cobrem informações sobre os cuidados profiláticos acerca de pneumonia adquirida pela ventilação mecânica, incluindo os aspectos, definição do cuidado, como também a importância da equipe multidisciplinar.

Imagem 1: Apresentação dos personagens e do projeto “PROFILAXIA DA PAVM”



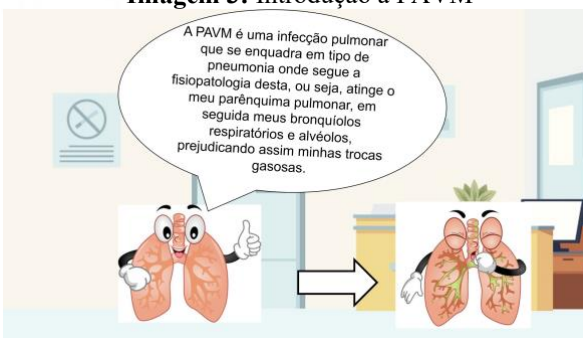
Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 2: Introdução geral



Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 3: Introdução a PAVM



Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 4: PAVM na UTI



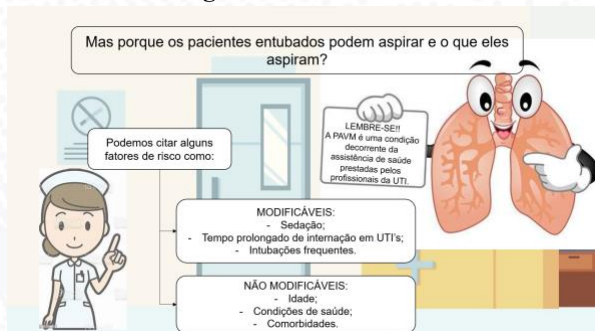
Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 5: classificação da PVM



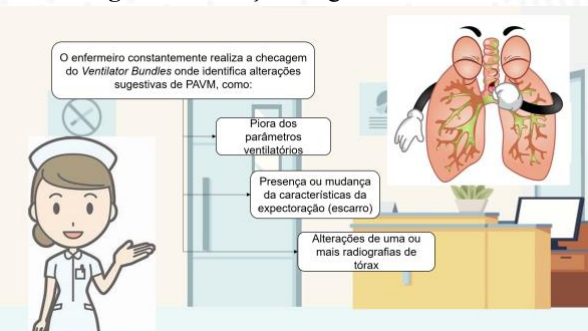
Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 6: fatores de risco



Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 7: alterações sugestivas de PAVM



Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 8: função principal do enfermeiro na PAVM



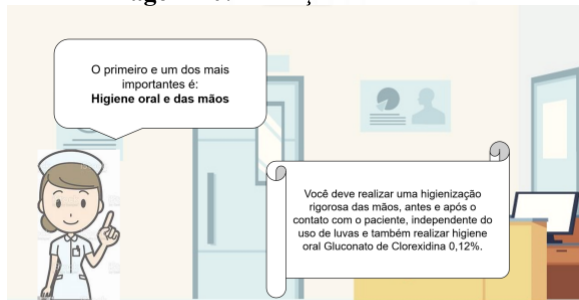
Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 9: convite ao aprofundamento do conteúdo



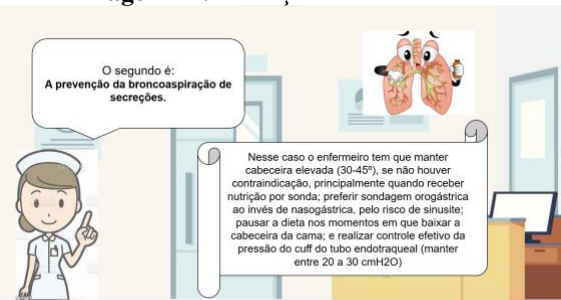
Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 10: descrição do 1º cuidado



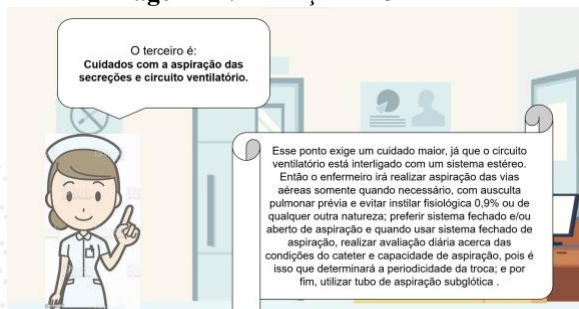
Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 11: descrição do 2º cuidado



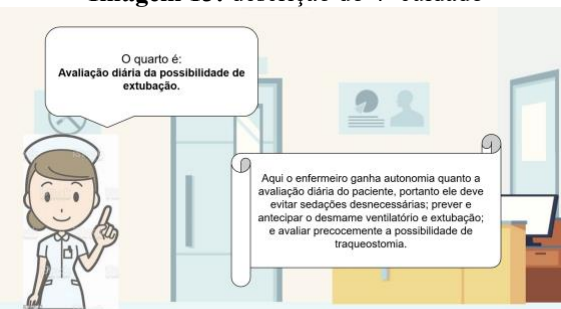
Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 12: descrição do 3º cuidado



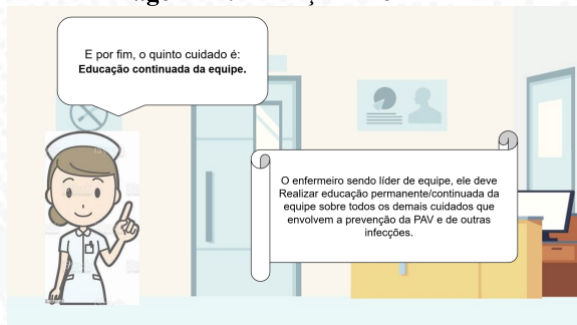
Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 13: descrição do 4º cuidado



Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 14: descrição do 5º cuidado



Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Imagem 15: fechamento do conteúdo



Fonte: OLIVEIRA, 2023.

Criar conteúdo de alta qualidade para imagens educativas é fundamental para garantir que os usuários sejam capazes de absorver o máximo de conhecimento possível e aplicá-lo no dia a dia profissional. O conteúdo é organizado de forma lógica e estruturada, o que facilita a compreensão e absorção do conhecimento pelo usuário. Notavelmente, é apresentado de forma clara e objetiva, com linguagem técnica clara e combinação de teoria e prática (SOARES, 2023).

O estudo ressalta a importância de compreender o público-alvo que se deseja alcançar, independentemente do tipo de tecnologia educacional que se pretende utilizar. Essa compreensão facilita uma interação mais eficaz com o público e permite a adaptação do conteúdo educativo à realidade específica.

Nesse contexto, é plausível sugerir que as mensagens educativas desempenham um papel relevante no ensino relacionado à assistência de enfermagem.

As mensagens educativas é um recurso que combina diversas mídias, como texto, áudio, vídeo e imagens, onde se torna um ambiente digital interativo, permitindo a exploração e aprendizagem não linear do usuário. Nesse contexto, é plausível sugerir que as mensagens educativas desempenham um papel relevante no ensino relacionado à assistência de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo de busca em bases teórico-científicas e construção do instrumento deste estudo, foram encontradas dificuldades como a escassez de conteúdo digital via mensagens educativas quanto aos cuidados profiláticos da PAVM, bem como baixo resultados do conteúdo da temática principal supracitada, ampliando assim a importância do projeto na implementação profissional como porta facilitadora do conhecimento.

Com base na necessidade da disseminação de informações sobre os cuidados profiláticos de pneumonia adquirida na ventilação mecânica, entre os profissionais da enfermagem dentro do âmbito intensivo, se torna relevante a criação de um álbum seriado afim de propagar tais conhecimentos.

Este instrumento se dá por mensagens educativas com conteúdo embasado cientificamente e na literatura, em que apresenta medidas que os enfermeiros intensivistas podem realizar em seus pacientes, além de dispor para sua equipe sendo estes técnicos de enfermagem.

As mensagens educativas sendo um vínculo digital, se torna de fácil acesso e fácil disseminação, sendo uma ferramenta educativa e auxiliadora na prática assistencial em pacientes submetidos a ventilação mecânica e internados em uma unidade de terapia intensiva, a fim de contribuir na profilaxia ou agravamento dessa condição clínica, garantindo melhora do paciente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. **AACN practice alert: Ventilator-associated pneumonia prevention. 2019.**

COSTA, Givanilson da Silva *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 3, n. 7, p. 272-289, 2021. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UFRN.

DUTRA, Ligiane Aparecida *et al.* Pneumonia associada à ventilação mecânica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 4, n. 13, p. 884-892, abr. 2019.

FARAG, N. S. et al. Effect of a nursing intervention protocol on the prevention of ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 39, n. 4, p. 228-235, 2020.

HADI, S. A. et al. Nurses' knowledge, practices and challenges in preventing ventilator-associated pneumonia in intensive care units: A cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 5-6, p. 846-857, 2020.

HOVADICK, Ana Carolina de Andrade *et al.* Intervenção comportamental via SMS/Whatsapp para melhora dos hábitos alimentares de pacientes com DM2: um estudo descritivo. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 10130-10139, mar. 2020. Brazilian Journal of Development.

RIBEIRO, Adriana L.; CHEEVER, Kerry H. Brunner & Suddarth - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - 2 Vols.** Rio de Janeiro Grupo GEN, 2020.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção *et al.* Enfermagem em ventilação mecânica: cuidados na prevenção de pneumonia. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 16, p. 57-71, mar. 2016.

SOARES, Francisco Mayron Morais. **ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E EFEITOS DE SOFTWARE EDUCATIVO EM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO.** 2022. 47 f. Tese - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2022.

OLIVEIRA, Lara Luisa Mota. Cuidados profiláticos à pneumonia adquirida na ventilação mecânica: desenvolvimento de um álbum seriado com mensagens educativas para telefones móveis. Monografia em Enfermagem—Centro Universitário UNINTA, Itapipoca, 2023.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À TERAPIA INTENSIVA NO CONTEXTO DA COVID-19: REVISÃO DE LITERATURA

Maria Janaína Nogueira da Silva – Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Católica de Quixadá - Ceará.

Débora Jady Oliveira Mota – Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Jéssica de Souza Oliveira - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Luanda de Santana Santos Queiroz - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Lucas Ribeiro Araujo – Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Francisco Mayron Moraes Soares – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Adjunto da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

INTRODUÇÃO

Os coronavírus constituem um grupo de vírus que são capazes de causar infecções respiratórias com repercussões clínicas variadas, dentre as quais temos a SARS-CoV (BRASIL, 2020). Por meio do comitê internacional de taxonomia de vírus, a Organização Mundial da Saúde (OMS) designou como COVID-19 a doença causada pelo coronavírus tipo 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-Cov-2).

Dentro do cenário da prática clínica da enfermagem, em especial em situações em que o vírus está em maior circulação, uma assistência multidisciplinar especializada deve ser ofertada a esses pacientes infectados com doenças respiratórias, que podem evoluir para casos graves, como é o caso da COVID-19.

Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma importante aliada do enfermeiro, sendo fundamental na prática clínica assistencial e essencial para o processo de trabalho de toda a equipe de enfermagem. Ela é compreendida como todo conteúdo/ação que organize o trabalho profissional do enfermeiro, com base teórico-filosófica, que possibilite a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), com base teórico-filosófica (COFEN, 2024).

O uso da sistematização é crucial à prestação de uma assistência de enfermagem segura, pois proporciona ao enfermeiro recursos técnicos, científicos e humanos, que possibilita uma melhora na qualidade de assistência prestada ao cliente, e contribui para o reconhecimento e a valorização da enfermagem frente à sociedade, além do mais, a utilização da SAE é uma

determinação legal para a enfermagem, estabelecida pela Resolução COFEN 358/2009(COFEN, 2009; GUTIERRES et al., 2018).

De acordo com a resolução COFEN N° 736/2024, o processo de enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, que são: 1- avaliação de enfermagem; 2- diagnóstico de enfermagem; 3-planejamento de enfermagem; 4- implementação de enfermagem; 5- evolução de enfermagem. A segunda etapa, em que consiste o diagnóstico de enfermagem é o momento de extrema relevância na organização do cuidado, pois contribui seleção das ações ou intervenções e das prioridades com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Definir e priorizar Diagnósticos de Enfermagem (DE) em pacientes com COVID-19 submetidos a cuidados intensivos é fundamental para o alcance de um cuidado planejado, baseado em evidências. Ressalta-se que os diagnósticos devem ser realizados de forma personalizada e individualizada, sendo constantemente atualizados, a cada nova avaliação, uma vez que o estado de saúde de pacientes com a covid-19 não é estável, favorecendo mudanças nos seus cuidados.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo, responder a seguinte pergunta problema: Quais os principais diagnósticos de enfermagem definidos em pacientes vítimas de covid-19 relacionados à terapia intensiva de acordo com a literatura disponível?

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal na modalidade de revisão de literatura descritiva e narrativa, na qual foi utilizado um corte temporal de 2020 até meados de 2021. Na busca retrospectiva, foram incluídas publicações na língua portuguesa, inglesa e espanhola, e a busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS Brasil).

Foi investigada a combinação dos seguintes descritores booleanos em Ciências da Saúde DeCS: Diagnóstico de enfermagem “and” covid-19; diagnóstico de enfermagem “and” unidade de terapia intensiva, sendo “AND” o operador booleano utilizado para cruzar os dois descritores.

Os critérios de inclusão para análise dos artigos foram estudos que continham em sua amostra diagnósticos de enfermagem relacionados a covid-19 e diagnósticos de enfermagem no contexto da terapia intensiva, cuja variável de desfecho estudada eram os diagnósticos de enfermagem, bem como os sintomas associados. Os critérios de exclusão foram

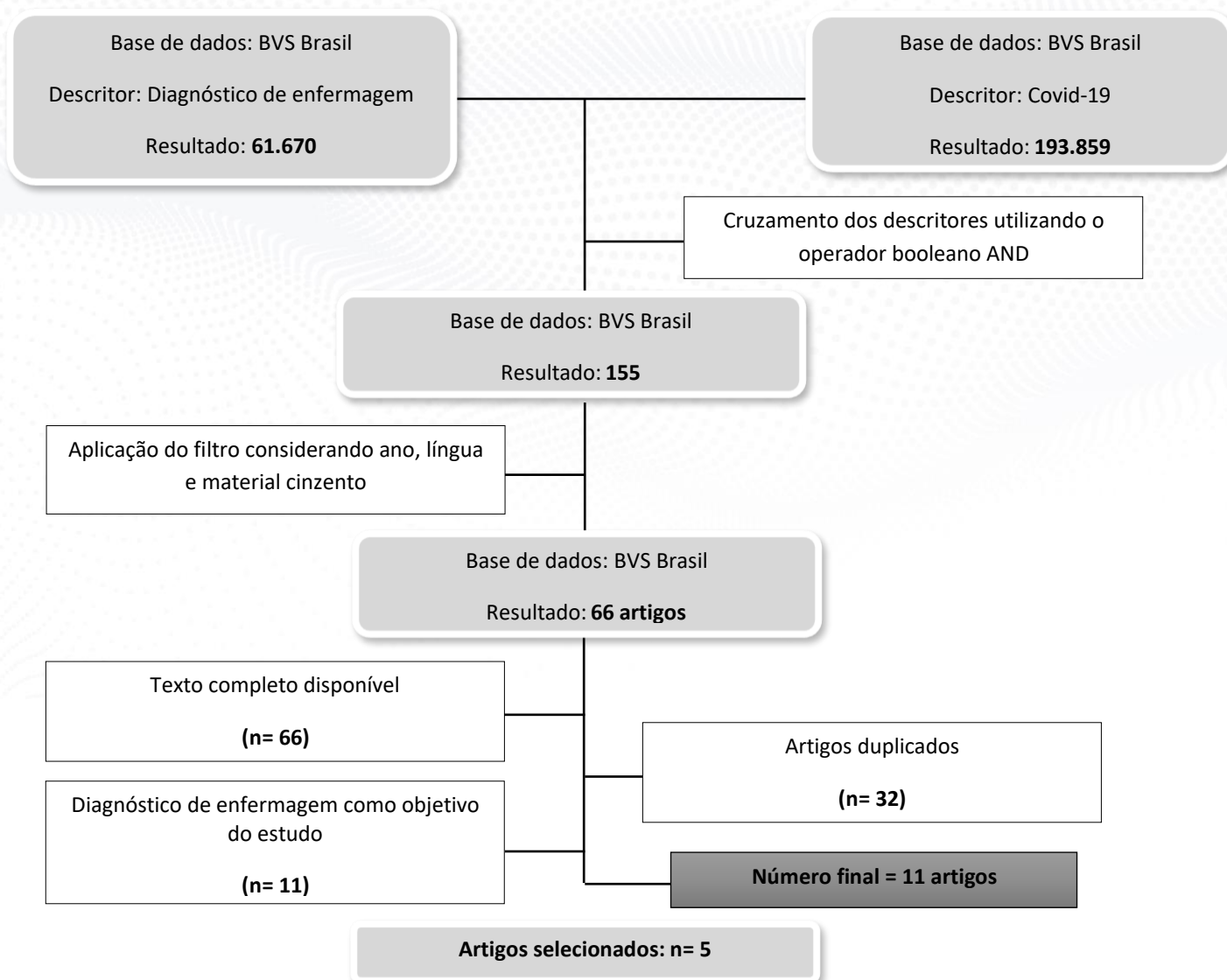
artigos que fossem oriundos de monografias, dissertações e teses, como também documentos que fugissem do tema central do estudo.

Os diagnósticos de enfermagem elencados pelos artigos foram tabelados para descrição e análise. Por tratar-se de uma pesquisa que se utiliza de dados secundários, em que não há o envolvimento de seres humanos de forma direta, não se faz necessária a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética.

RESULTADOS

Ao usar a combinação dos descritores, diagnóstico de enfermagem AND covid-19 foram encontradas 212 publicações. Aplicando os parâmetros para filtrar os achados, resultou em 155 artigos. Após a leitura dos resumos, foi aplicado o tratamento utilizando os critérios de inclusão e exclusão, assim, foram descartados os artigos duplicados, então resultaram 11 artigos finais. A Figura 1 mostra as etapas de seleção dos achados.

Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos para a revisão de literatura. Quixadá, 2021.



Fonte: autor, 2020.

Após a seleção, ocorreu a leitura minuciosa dos artigos selecionados e estes foram analisados inicialmente quanto ao tema e objetivo do estudo, bem como o autor, ano, método e instrumentos utilizados. Os artigos foram tabelados para uma melhor compreensão e análise dos resultados, como mostra a tabela 1.

Tabela 1: Artigos selecionados para a revisão. Quixadá, 2021.

	TÍTULO	AUTORES	MÉTODO/INSTRUMENTO	DIAGNÓSTICOS
1	Diagnósticos de enfermagem para pacientes com COVID-19	(DANTAS et al., 2020)	Revisão integrativa da literatura	Volume de líquidos excessivo Diarreia Troca de gases prejudicada Fadiga Padrão respiratório ineficaz Ventilação espontânea prejudicada <u>Sofrimento espiritual</u> Hipertermia Dor aguda
2	Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA internacional para sistematização da assistência de enfermagem a COVID-19	(SILVA QUEIROZ et al., 2020)	Estudo exploratório qualitativo, descritivo realizado por meio de revisão bibliográfica	<u>Ansiedade relacionada à morte</u> Hipertermia Isolamento Social Padrão Respiratório Ineficaz Proteção ineficaz Resposta disfuncional ao desmame ventilatório Risco de choque Risco de contaminação Risco de infecção Termorregulação ineficaz Troca de gases prejudicada Ventilação espontânea prejudicada
3	Principais diagnósticos de enfermagem em pacientes com manifestações clínicas da COVID-19	(ANDRADE et al., 2020)	Pesquisa exploratória e bibliográfica	Deglutição prejudicada Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais Volume de líquidos excessivo Insônia Mobilidade física prejudicada Fadiga

			Padrão respiratório ineficaz Intolerância à atividade Ventilação espontânea prejudicada Desobstrução ineficaz das vias aéreas Risco de integridade tissular prejudicada Hipertermia <u>Conforto prejudicado</u> Dor aguda
4	Diagnóstico de enfermagem para pacientes portadores do COVID-19 (CHÍCHARO et al., 2021)	Revisão integrativa da literatura	Proteção ineficaz Troca de gases prejudicada Mobilidade física prejudicada <u>Campo de energia desequilibrado</u> Fadiga <u>Perambulação</u> Risco de débito cardíaco diminuído Padrão respiratório ineficaz Intolerância à atividade Ventilação espontânea prejudicada <u>Risco de dignidade humana comprometida</u> <u>Desesperança</u> <u>Enfrentamento ineficaz</u> Medo <u>Tristeza crônica</u> Risco de infecção
5	Diagnóstico de enfermagem ao idoso vítima de covid-19 (GAZOS; GAZOS, 2020)	Revisão integrativa	Ventilação espontânea prejudicada Troca de gases prejudicada Risco de aspiração Risco de integridade tissular prejudicada Risco de contaminação Risco de infecção Isolamento Social <u>Envolvimento em atividades de recreação diminuído</u> <u>Risco de solidão</u>

6	Diagnóstico e cuidados de enfermagem ao Covid-19: enfermeiro como linha de frente, uma Revisão integrativa	(FERREIRA et al., 2021)	Revisão integrativa da literatura	Risco de infecção Risco de contaminação <u>Comportamento de saúde propenso a risco</u> Isolamento social Medo Padrão respiratório ineficaz Ventilação espontânea prejudicada Troca de gases prejudicada Hipertermia Dor aguda Risco de choque
7	Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no manejo da covid-19 do cuidado primário à alta complexidade	(DA SILVA et al., 2021)	Revisão integrativa de caráter descritivo	Risco de infecção Isolamento social <u>Risco de solidão</u> Troca de gases prejudicada Hipertermia Dor aguda Risco de choque Risco de tromboembolismo venoso Resposta disfuncional ao desmame ventilatório
8	Processo de enfermagem aplicado ao paciente com COVID-19 a partir de uma scoping review	(MELO et al., 2021)	Scoping review	Termorregulação ineficaz Risco de choque Risco de infecção Troca de gases prejudicada Desobstrução ineficaz das vias aéreas <u>Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</u> Risco de tromboembolismo venoso Diarreia
9	Aplicação do processo de enfermagem na assistência ao paciente com COVID-19	(SILVA et al., 2021a)	Revisão de literatura, de pesquisa exploratória e bibliográfica	Desobstrução ineficaz das vias aéreas Deglutição prejudicada Diarreia Dor aguda Hipertermia Padrão respiratório ineficaz

			Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de débito cardíaco diminuído Fadiga Intolerância à atividade Risco de choque Risco de integridade tissular prejudicada <u>Risco de função hepática prejudicada</u> Troca de gases prejudicada Ventilação espontânea prejudicada	
10	Padrões funcionais de saúde em adultos com COVID-19 na terapia intensiva: fundamentação aos diagnósticos de enfermagem	(TAETS et al., 2021)	Estudo descritivo, tipo análise reflexiva da literatura	Nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais Diarreia Troca de gases prejudicada Mobilidade física prejudicada Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de infecção Risco de aspiração Risco de integridade tissular prejudicada
11	Sistema de classificação em enfermagem nanda-noc-nic aplicado ao idoso no contexto da covid-19	(BITENCOURT; SOUZA; SANTANA, 2021)	Estudo descritivo, tipo análise reflexiva da literatura	<u>Risco de volume de líquido desequilibrado</u> Diarreia Insônia Padrão respiratório ineficaz Intolerância à atividade <u>Risco de confusão aguda</u> Risco de infecção Risco de tromboembolismo venoso Desobstrução ineficaz de vias aéreas Risco de contaminação Hipertermia Dor aguda

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Nas buscas, foi possível observar 43 diagnósticos de enfermagem de padrões distintos, em pacientes vítimas da covid-19. Para análise dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizado o critério do diagnóstico estar presente em pelo menos dois artigos para ser discutido posteriormente. Os diagnósticos de enfermagem descartados são: sofrimento espiritual, ansiedade relacionada à morte, conforto prejudicado, campo de energia desequilibrado, perambulação, risco de dignidade humana comprometida, desesperança, enfrentamento ineficaz, tristeza crônica, envolvimento em atividades de recreação diminuído, risco de solidão, comportamento de saúde propenso a risco, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, risco de função hepática prejudicada, risco de confusão aguda e risco de volume de líquido desequilibrado.

Os diagnósticos de enfermagem selecionados para serem analisados foram tabelados para melhor análise e compreensão. No total foi possível observar 27 diagnósticos de enfermagem, dos domínios: nutrição, eliminação e troca, atividade e repouso, segurança e proteção, conforto e enfrentamento/tolerância ao estresse. Podemos ver os diagnósticos de enfermagem na tabela 2.

Tabela 2: Diagnósticos de enfermagem e definição segundo o NANDA. Quixadá, 2021.

DIAGNÓSTICO	DEFINIÇÃO NANDA (2018-2020)	ARTIGOS	%
Troca de gases prejudicada	Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	81,81%
Risco de infecção	Suscetibilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.	2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11	72,72%
Padrão respiratório ineficaz	Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.	1, 2, 3, 4, 6, 9, 11	63,63%
Ventilação espontânea prejudicada	Incapacidade de iniciar e/ou manter respiração independente que seja adequada para sustentação da vida.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9,	63,63%
Hipertermia	Temperatura corporal central acima dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação.	1, 2, 3, 6, 7, 9, 11	63,63%
Dor aguda	Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.	1, 3, 6, 7, 9, 11	54,54%

Risco de choque	Suscetibilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos do corpo, que pode levar a disfunção celular que ameaça a vida, que pode comprometer a saúde.	2, 6, 7, 8, 9,	45,45%
Diarreia	Eliminação de fezes soltas e não formadas.	1, 8, 9, 10, 11	45,45%
Fadiga	Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual.	1, 3, 4, 9	36,36%
Isolamento Social	Solidão sentida pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.	2, 5, 6, 7,	36,36%
Risco de contaminação	Suscetibilidade à exposição a contaminantes ambientais que pode comprometer a saúde.	2, 5, 6, 11	36,36%
Intolerância à atividade	Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.	3, 4, 9, 11	36,36%
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída.	3, 8, 9, 11	36,36%
Risco de integridade tissular prejudicada	Suscetibilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento que pode comprometer a saúde.	3, 5, 9, 10	36,36%
Mobilidade física prejudicada	Limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	3, 4, 10	27,27%
Risco de tromboembolismo venoso	Suscetibilidade ao desenvolvimento de coágulo sanguíneo em veia profunda, geralmente na coxa, panturrilha ou extremidade superior, que pode se romper e alojar-se em outro vaso, o que pode comprometer a saúde.	7, 8, 11	27,27%
Volume de líquidos excessivo	Entrada excessiva e/ou retenção de líquidos.	1, 3	18,18%
Proteção ineficaz	Diminuição na capacidade de se proteger de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.	2, 4	18,18%
Resposta disfuncional ao desmame ventilatório	Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico que interrompe e prolonga o processo de desmame.	2, 7,	18,18%

Termorregulação ineficaz	Oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia.	2, 8,	18,18%
Deglutição prejudicada	Funcionamento anormal do mecanismo da deglutição associado a déficits na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.	3, 9	18,18%
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	Ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer as necessidades metabólicas.	3, 10,	18,18%
Insônia	Distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o desempenho normal das funções da vida diária.	3, 11	18,18%
Risco de débito cardíaco diminuído	Suscetibilidade a volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo que pode comprometer a saúde.	4, 9,	18,18%
Medo	Resposta à uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.	4, 6,	18,18%
Risco de aspiração	Suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde.	5, 10,	18,18%
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	Suscetibilidade à uma redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.	9, 10	18,18%

Fonte: Elaborado pela autora com base no NANDA, 2021.

Troca de gases prejudicada (81,81%), risco de infecção (72,72%), padrão respiratório ineficaz (63,63%), ventilação espontânea prejudicada (63,63%) e hipertermia (63,63%) foram os diagnósticos de enfermagem mais citados nos estudos analisados. Os diagnósticos menos citados foram: volume de líquidos excessivos, proteção ineficaz, risco de perfusão tissular periférica ineficaz, risco de aspiração, medo, risco de débito cardíaco diminuído, insônia, nutrição desequilibrada, termorregulação ineficaz e resposta disfuncional ao desmame ventilatório, sendo citados em apenas 2 estudos cada.

DISCUSSÃO

O Diagnóstico de Enfermagem constitui a segunda parte do PE, consistindo no julgamento clínico das respostas humanas apresentadas pelo cliente, sendo uma parte essencial no traçado do plano de cuidados ao indivíduo em seu processo saúde-doença (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Na maioria dos estudos analisados, os diagnósticos de enfermagem predominantes foram os diagnósticos concretos, uma descoberta que também foi corroborada por pesquisas realizadas em unidades de terapia intensiva. Esses estudos indicam que nas UTIs, a atenção é direcionada principalmente para intervenções focadas na recuperação do paciente (SANTOS et al., 2019).

No contexto da pandemia de covid-19, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes estão ligados aos problemas respiratórios, como comprometimento na troca de gases, padrão respiratório ineficaz e dificuldade na respiração espontânea. Isso é esperado devido à principal complicação da covid-19 ser a síndrome respiratória aguda grave, além de impactos no sistema cardiovascular. Estudos recentes indicam que as doenças respiratórias são uma das principais razões para internações em unidades de terapia intensiva, mostrando que esses diagnósticos são comuns nesses ambientes, não apenas durante a pandemia de covid-19. (SILVA et al., 2021 ; FERREIRA et al., 2020)

A pneumonia é comum em pacientes com covid-19, frequentemente resultando em dificuldades respiratórias, como dispneia. À medida que a dispneia piora, intervenções como oxigenoterapia, ventilação não invasiva (VNI) e ventilação mecânica invasiva tornam-se necessárias, justificando os diagnósticos de padrão respiratório ineficaz e respiração espontânea prejudicada. A tomografia computadorizada (TC) é frequentemente usada para diagnosticar problemas na troca de gases, com opacidades em vidro fosco sendo um achado comum, indicando comprometimento pulmonar grave (DANTAS et al., 2020).

Dentre os diagnósticos de enfermagem mais citados nos estudos analisados, o segundo mais frequente foi risco de infecção (72,72%), especialmente em pacientes em estado crítico que necessitam de terapias invasivas, como acessos venosos, intubação e sondagens, como mostrado em vários estudos (FERREIRA et al., 2020b; MARTINS et al., 2018; SILVA et al., 2021b).

O fato do diagnóstico de enfermagem hipertermia ter sido observado em 63,63% dos estudos analisados, corrobora com estudos em que há um maior risco de infecção em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, o que não somente está ligado ao

desgaste do sistema imunológico, mas também pelas infecções secundárias devido a fragilidade do paciente e a exposição a terapias complexas invasivas (ALVES et al., 2021).

Estudos sugerem uma ligação estreita entre covid-19 e sepse, com muitas mortes em unidades de terapia intensiva atribuídas à sepse viral (SANTOS et al., 2023). Os sintomas de choque séptico incluem hipoperfusão, hipóxia e disfunção orgânica, causados pela resposta inflamatória do corpo a agentes infecciosos, como o SARS-CoV-2. Isso está relacionado aos diagnósticos de risco de infecção, hipertermia e covid-19.

Diagnósticos de enfermagem psicossociais e espirituais, como sofrimento espiritual, ansiedade relacionada à morte e desesperança, são menos comuns em estudos devido à priorização de cuidados voltados para problemas físicos agudos em unidades de terapia intensiva. Isso não significa que sejam irrelevantes, mas reflete a complexidade e a urgência dos cuidados nesses contextos.

CONCLUSÃO

Na conjuntura da crise sanitária desencadeada pela pandemia de Covid-19, os estudos relacionados ao cuidado de enfermagem ao paciente crítico são essenciais dado o caráter atual e preocupante da doença. Nesse sentido, o presente estudo possibilitou a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem dados ao paciente acometidos pela covid-19 no contexto da terapia intensiva, sendo esses: Troca de gases prejudicada, risco de infecção, padrão respiratório ineficaz, ventilação espontânea prejudicada e hipertermia.

Considerando esses resultados, é vital destacar a importância da identificação precoce das necessidades/problemas que afetam os pacientes acometidos pela covid-19, que necessitam de cuidados intensivos, bem como a utilização correta da assistência de enfermagem. Esse cuidado implica na melhoria da prática clínica e assistência de enfermagem na UTI ao paciente com Covid-19.

Dessa forma, constata-se que a ação da equipe de enfermagem requer atenção integral e constante, domínio científico, habilidades técnicas e efetividade no olhar clínico voltado para condição do paciente, tratamento e recuperação. A inter-relação dos diagnósticos de risco e foco no problema, com alta frequência neste estudo, demonstram a importância da avaliação recorrente, contínua e minuciosa do enfermeiro a partir do conhecimento, para consolidação da prática da enfermagem baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

ALVES, Jordana Maria Freitas et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com síndrome respiratória aguda grave por sars-cov-2: relato de experiência. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 95, n. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/read-2021-v.95-n.34-art.1041>

ANDRADE, Thandara Rejane Santos Ferreira et al. Principais diagnósticos de enfermagem em pacientes com manifestações clínicas da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 10, p. e4883-e4883, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4883.2020>

BITENCOURT, Grazielle Ribeiro et al. Sistema de classificação em enfermagem nanda-noc-nic aplicado ao idoso no contexto da covid-19. *Covid-19*, p. 61. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c09>

CHÍCHARO, Sandra Conceição Ribeiro et al. Nursing diagnosis for patients with coronavirus. COVID-19. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12384>

Cofen, C. F. D. E. Resolução Cofen Nº 736/2024, De 17 De Janeiro De 2024. Dispõe Sobre A Implementação Do Processo De Enfermagem Em Todo Contexto Socioambiental Onde Ocorre O Cuidado De Enfermagem.

DA SILVA, Jorge Luiz Lima et al. Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no manejo da covid-19 do cuidado primário à alta complexidade. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 12, n. 1, p. 27-36, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v12i1.2742>

DANTAS, Tays Pires et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com COVID-19. *Journal Health NPEPS*, v. 5, n. 1, p. 396-416, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104575>

DOS SANTOS FERREIRA, Jardeanes et al. Diagnóstico e cuidados de enfermagem ao covid-19: enfermeiro como linha de frente, uma revisão integrativa. *Multidebates*, v. 5, n. 2, p. 199-215, 2021.

RESENDE, Patrícia et al. Assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: mapeamento dos diagnósticos de enfermagem. *South American Journal of Basic Education, Technical and Technological*, v. 6, n. 2, p. 396-413, 2019.

DE JESUS GAZOS, Williane Moraes; GAZOS, Spiridon Mateus. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AO IDOSO VÍTIMA DE COVID-19. In: *Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG*. 2020.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira et al. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 71, n. suppl 6, p. 2775-2782, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>

Herdman, H. T.; Kamitsuru, S. Diagnósticos De Enfermagem Da Nanda-I: Definições E Classificados 2018-2020. 11. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MARTINS, CAMILA PAIVA et al. Diagnósticos de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, n. 57, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol16n57.5124>

DE MELO, Erik Cristóvão Araújo et al. Processo de enfermagem aplicado ao paciente com COVID-19 a partir de uma scoping review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e53810212741-e53810212741, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12741>

DOS SANTOS, Antonia Thamara Ferreira et al. Diagnósticos de Enfermagem em potencial doador de Órgãos e Tecidos em Pacientes Transplantados: Revisão Integrativa/Nursing Diagnostics in Potential Organ and Tissue Donors in Transplanted Patients: An Integrative Review. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 13, n. 46, p. 816-834, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i46.1889>

SANTOS, Talita Andrade et al. Seps e COVID-19: desfechos em adultos jovens em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20230037, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0037pt>

SILVA, A. L. O. Et Al. Aplicação Do Processo De Enfermagem Na Assistência Ao Paciente Com Covid-19. **Research, Society And Development**, V. 10, N. 3, P. E6610313056, 6 Mar. 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13056>

DA SILVA, Maria Isabel Caetano et al. Diagnósticos de enfermagem em casos de COVID-19 com evolução clínica para sepse. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e17410111232-e17410111232, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11232>

QUEIROZ, Amanda Gabrielle Silva et al. Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA internacional para sistematização da assistência de enfermagem a COVID-19. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 8, n. 1, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3352.p1-6.2020>

TAETS, GUNNAR ET AL. PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE EM ADULTOS COM COVID-19 NA TERAPIA INTENSIVA: FUNDAMENTAÇÃO AOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM. 2020. DISPONÍVEL EM:
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.516>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DO *KNOWLEDGE TRANSLATION*

Francisco Weryson Teixeira Rodrigues – Enfermeiro. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Inta – Campus Itapipoca.

Angélica Adria Cruz Moreira - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Erica Magali Coelho de Queiroz - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

José Augusto Valentim de Oliveira - Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Luan Ivo Sousa Brais - Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Francisco Mayron Moraes Soares - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Adjunto da Universidade Federal do Maranhão.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é conceituada como uma ação deliberada a ameaça ou o uso real da força física, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra uma comunidade ou um grupo, que resulte ou tenha a possibilidade ou não em lesão, morte, dano psicológico, deformidade ou privação (Pereira et al, 2022), à vista disso, percebe-se que a violência é um problema que afeta a sociedade, por se tratar de um fenômeno complexo que pode trazer consequências irreparáveis.

Diante disso, define-se a violência obstétrica (VO), como qualquer conduta que englobe ameaça aos direitos fundamentais das mulheres, caracterizando-se como uma grave violação à sua saúde, dignidade e autonomia durante a gestação, parto e pós-parto. Abrangendo uma série de práticas, tanto coercitivas quanto não coercitivas que afetam a gestantes, incluindo a negação de medicação para dor, negligência a assistência, falta de confidencialidade e violações à privacidade (Zanchetta et al, 2021).

Dentre as questões levantadas, considera-se, também, a demora no atendimento, a recusa de internação para cuidados médicos, a ocorrência de abuso físico, verbal ou psicológico, bem como a imposição de procedimentos coercitivos ou involuntários. É relevante frisar que a conduta abusiva no momento do parto configura uma violação dos direitos humanos, podendo prejudicar significativamente o desenrolar desses procedimentos e desencorajar as mulheres a buscar cuidados no futuro (Silva et al, 2020).

Em virtude da realização dessa série de práticas é necessário salientar que a violência obstétrica é um problema de saúde pública que afeta milhões de mulheres a cada ano,

sendo uma realidade na vida de muitas mulheres brasileiras, caracterizada por agressões sofridas durante ou após o parto. Diante disso, a assistência ao parto no Brasil passou por transformações significativas nos últimos anos devido à institucionalização, que resultou na ampla medicação no corpo das mulheres, ocasionando a patologização, além disso, houve um uso excessivo de intervenções desnecessárias na parturiente (Queiroz et al, 2020).

Em situações de violência obstétrica, a enfermagem atua ativamente protegendo as mulheres contra abusos, intervenção assertiva é uma medida primordial para interromper a violência como documentar os eventos e se comunicar com outros profissionais de saúde. Encarrega-se ao profissional de enfermagem a responsabilidade de oferecer um modelo de assistência que leve em consideração a autonomia da mulher, deixando sempre evidente que todo tipo de parto pode e deve ser humanizado (Oliveira, 2020).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro frente à violência obstétrica contra a mulher no Brasil, é muito importante na promoção do parto seguro da gestante, sendo indispensável e inestimável a presença do enfermeiro obstetra na promoção do parto humanizado, parto esse que respeite a dignidade da mulher. Compete ao enfermeiro proporcionar um ambiente favorável ao parto, conservar a integridade perineal, promover o contato pele a pele com o recém-nascido, o bem-estar e conforto durante o parto, dando à mulher, dona do seu corpo, autonomia para decidir o que pode e o que não pode ser feito respeitando-a em todo seu contexto étnico cultural (Oliveira, 2020).

No âmbito da prevenção, cabe ao enfermeiro, quanto a equipe de enfermagem, promover ações educativas e orientações durante o pré-natal, no parto e pós-parto, sanando todas as dúvidas das gestantes, pois a assistência do enfermeiro junto de sua equipe técnica, desempenha um papel fundamental para a prevenção de situações, de deterioração da saúde da mulher e da criança (Oliveira, 2020).

Nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surge como uma ferramenta que auxilia o trabalho do profissional possibilitando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta a qualidade do cuidado profissional de enfermagem. O mesmo é organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (Martínez et al., 2020).

Perante o exposto, percebe-se que a utilização do instrumento metodológico na pesquisa e na prática profissional é fundamental para garantir a qualidade do cuidado à saúde e a melhoria dos resultados em saúde. Logo, o impacto da pesquisa e a efetiva utilização dos seus

resultados é um assunto de permanente interesse tanto no ambiente acadêmico como no de gestão e governo. Em tempos de farta comunicação e publicação de artigos científicos continua havendo dificuldades para integrar e propiciar uma ponte efetiva entre a pesquisa, a prática e a política (Martínez et al, 2020).

Diante disso, muitas instituições acadêmicas e governos têm definido que a translação da pesquisa é uma prioridade para a saúde. Surge nesse contexto uma discussão renovada de problemas muito antigos, agora denominados de knowledge translation. Trata-se de um processo que busca melhorar a qualidade da saúde das pessoas por meio do maior aproveitamento dos resultados das pesquisas e que nada mais é que o antigo sonho de que a ciência tem o poder de produzir conhecimento capaz de tirar todos da miséria, da ignorância e do erro (Martínez et al, 2020).

Esse processo ressurgiu na sociedade do conhecimento com o compromisso de melhorar a transferência e a utilização do conhecimento mediante a bem difundida ideia da saúde e políticas de saúde baseadas e/ou informadas por evidências científicas. Dois grandes passos têm sido visualizados como definitivos para levar a knowledge translation ao sucesso: a aplicação, na prática clínica, dos achados da investigação básica, isto é, dos resultados da investigação experimental realizada em laboratórios; e a transformação do conhecimento científico em evidências que possam se tornar generalizáveis e aplicáveis em decisões e políticas de saúde (Martínez et al, 2020).

A prática de enfermagem baseia-se na teoria relacional e do cuidado. Essas teorias orientam os enfermeiros a atender profundamente à compreensão, à resposta às necessidades e aos objetivos daqueles com quem trabalhamos. Como enfermeiros pesquisadores, essas teorias relacionais e de cuidado se estendem à maneira como pesquisamos, guiando-nos para abordagens nas quais pesquisadores e usuários da pesquisa co-produzem conhecimento sobre algo definido como significativo. Dados os fundamentos relacionais compartilhados entre a enfermagem e knowledge translation, os enfermeiros estão bem posicionados para contribuir para o avanço da ciência e da prática nesse campo (Lorenzini et al, 2019).

Perante as afirmações feitas anteriormente, a pesquisa é justificada para destacar a importância dos cuidados de enfermagem ao paciente, promovendo o desenvolvimento de técnicas seguras por parte da equipe de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. A abordagem inovadora da pesquisa visa aprimorar a saúde por meio do conceito Knowledge Translation, implementado. Essa teoria contribui de maneira mais eficaz para a capacitação em cuidados de enfermagem, uma compreensão aprimorada dos casos, uma política de saúde mais

eficaz e abre caminho para avanços em tecnologia inovadora na assistência, trazendo melhorias e benefícios à sociedade.

O estudo possui como finalidade, a prevenção da violência obstétrica, por meio dos cuidados de enfermagem e a implementação de uma teoria inovadora, onde visa mostrar de uma forma ampla aos cuidados de enfermagem e o papel do enfermeiro no ato de cuidar em saúde. Partindo desse pressuposto definiu-se o problema de pesquisa: Quais os cuidados de enfermagem, na prevenção da violência obstétrica?

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura constituída pela estratégia PICO conforme pressupostos do PRISMA. (P) A população foram gestantes com relatos de violências obstétricas; (I) a intervenção, a assistência de enfermagem; (C) não haverá grupo de comparação ou controle; (O) o desfecho serão as dificuldades enfrentadas na assistência com gestantes durante a gestação e trabalho de parto. Formando a seguinte questão norteadora: Quais os cuidados de enfermagem, na prevenção da violência obstétrica?

Pesquisa realizada pela busca de palavras chaves combinadas com o operador booleano AND. As bases de dados usadas foram Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, BDENF e no portal *Scientific Eletronic Library On line* (SCIELO). Os dados foram coletados por meio de critérios de inclusão e exclusão, sendo os critérios de inclusão artigos entre os anos de 2020 a 2024, de preferência autores enfermeiros, sem limitação de idiomas, os descritores usados foram: Enfermagem Obstétrica; Assistência de Enfermagem; Prevenção; Violência Obstétrica; Quanto aos critérios de exclusão foram excluídas produções científicas que não atendiam ao objetivo da pesquisa.

Durante a análise inicialmente foram incluídas 54 produções, permanecendo dessas apenas 09, a seleção dessas produções foi promovida por uma leitura criteriosa que levou em consideração os elementos textuais: título e resumo de modo que esses estivessem alinhados com às necessidades da pesquisa, além da parte textual foram selecionados os que atendiam as condicionalidades de ano, temática, idiomas, revistas e autores.

Considerando os aspectos éticos por ser um trabalho científico que usará a literatura sem a necessidade de envolvimento com o ser humano, o estudo não necessitou de submissão ao comitê de ética.

Segundo a resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis de pesquisas em ciências humanas e sociais, no inciso 2 do parágrafo único do artigo 1, pesquisa que utiliza informações de acesso público, não devem ser avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, desobrigando assim a submissão do presente estudo à avaliação do Comitê de Ética.

RESULTADOS

Dos 54 artigos encontrados nas bases de pesquisa (Medline, BDENF, SCIELO, LILACS e Scopus) foram considerados apenas 09 artigos que atendiam aos critérios de inclusão nesta revisão integrativa, onde foram feitas buscas na literatura filtrando os últimos cinco anos (2020 a 2024).

O quadro 1 apresenta uma visão geral das características dos estudos incluídos nesta revisão. Os artigos seguiram os critérios de elegibilidade. Avaliou-se o título, resumo e a adequação ao contexto desta revisão. Está disposto em título, sujeitos da pesquisa e tipo de estudo.

Quadro 1 - Distribuição de referências incluídas na revisão.

	TÍTULO	SUJEITO DA PESQUISA	TIPO DE ESTUDO
1	Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem.	Mulheres em fase reprodutiva	Estudo qualitativo, com abordagem fenomenologia.
2	Violência Obstétrica: Percepção e condutas para perpetuação do cuidado.	Profissionais de saúde	Estudo qualitativo.
3	A humanização no parto e o combate a violência obstétrica.	Gestantes	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

4	Causas e consequências da violência obstétrica: Uma revisão integrativa de literatura.	Puérperas	Pesquisa exploratória e descritiva.
5	Violência obstétrica na percepção de puérperas.	Puérperas	Estudo de campo, descritivo, com abordagem quantitativa.
6	Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde.	Gestores de saúde.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.
7	Caracterização da violência obstétrica na produção científica: uma revisão integrativa.	Puérperas	Revisão integrativa com abordagem qualitativa.
8	A atuação dos profissionais de saúde frente a violência obstétrica.	Profissionais da saúde.	Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa.
9	Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto.	Enfermeiros.	Pesquisa exploratória e descritiva.

Fonte: Elaborado pelos autores

O quadro 2 apresenta os principais resultados encontrados para composição desta revisão. Reúne e sintetiza os achados pertinentes acerca da literatura atinente.

Quadro 2 - Sínteses dos resultados dos estudos incluídos na revisão

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS/CONCLUSÕES
01	Evidenciou-se a necessidade de um fortalecimento da consulta de pré-natal proporcionada pelo enfermeiro, abordando temas diversos e reflexivos, e ofertando uma saúde integral de qualidade, curativa e preventiva.
02	O estudo evidencia a necessidade de garantir o cuidado de qualidade fornecidos no pré-natal, parto, nascimento e acerca da assistência neonatal, correlacionando a sua ligação com as taxas de mortalidade fetal, materna e infantil. A prestação de uma assistência de qualidade contribui positivamente na redução da morbidade e mortalidade fetal, materna e infantil. Portanto, ressalta-se a importância de implementar políticas e estratégias que promovam um cuidado significativo durante o nascimento, com foco no empoderamento feminino com o objetivo de prevenir a violência obstétrica e garantindo assim o parto humanizado.
03	O estudo contribuiu para analisar a importância em tornar o parto mais humano e combater a violência que algumas mulheres enfrentam durante esse processo. Ao analisar informações e estudos, ficou claro que tornar o parto mais humano não é apenas uma ideia, mas algo que as mulheres têm o direito de esperar. Criar um ambiente respeitoso, focado na mulher e em suas escolhas, é fundamental para garantir uma experiência de parto positiva.
04	O estudo contribui para evidenciar um problema complexo que exige medidas para combatê-la. Através da conscientização, mudança cultural, implementação de políticas e melhoria dos cuidados maternos, assim garantindo que todas as mulheres tenham direito a um parto seguro, digno e livre de violência.

05	Este artigo tem como objetivo analisar a percepção de puérperas sobre a violência obstétrica em uma maternidade de um município da Paraíba. Trata-se de um estudo de campo descritivo com abordagem quantitativa. O estudo consistiu em 132 mulheres. A coleta de dados ocorreu em fevereiro de 2019. Os dados foram analisados e apresentados em tabelas, tabuladas e analisadas no pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences, versão 21, todas elas discutidas à luz da literatura relevante e outros trabalhos publicados na área. Em meio a questionamentos sobre violência obstétrica, 79 (59,8%) relataram não conhecer o termo “violência obstétrica”; 126 (95,5%) mães declararam não receber informações em relação à violência obstétrica durante o pré-natal, quando questionadas, 121 (91,7%) destas não relataram nenhum episódio. Entre os participantes, 97 (73,5%) afirmaram achar que o uso de ocitocina é um tipo de violência; A episiotomia foi considerada por 48 (36,4%) mulheres como forma de violência obstétrica. Os dados alertam que a falta de informação no atendimento à assistência pré-natal pela equipe de enfermagem pode trazer consequências maiores, como a violência obstétrica. De forma geral, a assistência recebida pelas puérperas que participaram deste estudo foi marcada por práticas e manifestações de VO, mesmo que, na maioria das vezes, não sejam relatadas e/ou identificadas por essas. O desconhecimento da temática, a falta de fornecimento de informações básicas durante todo o período da assistência pré-natal, parto e pós-parto, por parte dos profissionais de saúde e as consequências de tais condutas foram fatores decisivos para compreender que a VO tem ocorrido rotineiramente. (O enfermeiro no cuidado ao trabalho de parto tem o papel de acolher e apoiar a gestante, monitorar os seus sinais e sintomas, oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor, prestar atendimento humanizado à gestante e seu acompanhante).

06	A pesquisa apontou o não acolhimento, princípios tecnocráticos do parto, impedimento do acompanhante, desrespeito às práticas humanizadas centradas na fisiologia e na escolha da mulher, necessidade da formação em saúde como norteador da política de humanização e da gestão das unidades de saúde, despreparo profissional para atuação e falta de envolvimento de profissionais com mais tempo de serviço para modificar práticas no cuidado obstétrico. (Assim, ficou evidente a necessidade de romper com a violência obstétrica que está em nível estrutural/institucional a fim de garantir um cuidado de qualidade à mulher). Cabe aos gestores propiciar o processo de formação dos profissionais de saúde em prol de uma atuação que respeite as evidências científicas, a centralidade e os eixos das políticas e recomendações no campo da saúde sexual e reprodutiva, sobretudo à mulher quanto a sua autonomia.
07	A pesquisa apontou um conceito de violência obstétrica relacionado a realização de procedimentos sem o consentimento da gestante em qualquer situação em que não há previsão legal para sustentar a execução da ação de saúde. Ressalta-se o destaque para combater esse tipo de violência promovendo uma educação.
08	A pesquisa destaca a utilização do partograma como ferramenta essencial para conduzir o parto e prevenir complicações. Além de enfatizar a necessidade de estratégias para promover a dignidade humana e a vida, visando garantir uma assistência de qualidade e sem violência obstétrica, a fim de reduzir os danos biopsicossociais. Ressalta-se, também, a importância de conscientizar as gestantes sobre a violência no parto, destacando a necessidade de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e pacientes.
09	A análise dos dados resultou em categorias que possibilitaram discutir o enfrentamento da violência, os papéis profissionais e as ferramentas

	que possibilitam a execução de boas práticas no parto. (O estudo reforça a necessidade de se criar um elo sólido entre os profissionais de saúde e as parturientes, bem como, levanta a importância da educação em saúde e educação permanente para as boas práticas).

Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Após a leitura e análise na íntegra dos estudos selecionados, surgiram as seguintes categorias: fatores causais acerca da violência obstétrica e cuidados de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica.

Fatores causais acerca da violência obstétrica

A expressão “violência obstétrica” abrange diversas ações de práticas agressivas durante o trabalho de parto, predominantemente realizadas por profissionais de saúde. Isso inclui maus tratos físicos, verbais, psicológicos, e uso de procedimentos desnecessários e invasivos. Existem diversas atitudes que desrespeitam a dignidade da mulher, estas devendo ser revistas e penalizadas (Oliveira et al, 2020).

Segundo Oliveira et al (2024), um quarto das mulheres afirmam ter enfrentado algum tipo violência durante o parto. Esse tipo de cuidado gera eventos negativos, como falhas ou equívocos resultantes da prestação de serviços de saúde, os quais podem causar danos irreparáveis à parturiente em certos casos.

Nesse sentido, especificado na Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, atualizada em 2014, dentre as práticas que caracterizam a violência obstétrica, destaca-se: a administração medicamentos uterotônicos para acelerar o processo de parto, adotar uma abordagem agressiva, humilhante, desrespeitosa ou ameaçadora em relação à gestante, parturiente, puérpera ou em situação de abortamento, de maneira a induzir sentimentos de constrangimento ou inferioridade (Pascoal et al, 2020).

Além disso, incluem-se a realização repetitiva do exame de toque por profissionais distintos, sujeitar a gestante a procedimentos supérfluos, dolorosos ou degradantes, como a lavagem intestinal, restringir a presença de um acompanhante de sua escolha, realizar cesariana

ou episiotomia na paciente sem sua autorização e fazer a imposição da posição ginecológica para o parto vaginal (Pascoal et al, 2020).

Assim, lamentavelmente, em razão da violência obstétrica, tais incidentes ocorrem frequentemente nas unidades de saúde, sendo evidenciados pelas complicações no parto e pelos óbitos materno-infantis. Essa situação decorre da realização de intervenções desnecessárias, elevando a vulnerabilidade da mulher aos perigos inerentes aos procedimentos médicos (Oliveira et al, 2024).

Diante do exposto, torna-se evidente que muitas mulheres sofrem com tais formas de violência, em vista disso, destaca-se fatores como idade, renda, educação, etnia, local de residência, complicações durante o parto e cuidados pré-natais como fenômenos globais que impactam significativamente, relacionados à violência obstétrica. Estudos mostram que as consequências podem ser físicas, psicológicas e emocionais, incluindo dor, lesões, infecções, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, dificuldades nos relacionamentos, sentimentos de culpa, vergonha, constrangimento e até mesmo morte (Vasconcelos et al, 2023).

Dada a complexidade dos fatores e razões que contribuem para a violência obstétrica, torna-se evidente a importância de promover mais estudos e pesquisas para aprofundar a compreensão desse fenômeno. Para enfrentar e prevenir tais violações, é fundamental a implantação de políticas públicas eficazes e a conscientização tanto dos profissionais da saúde quanto da sociedade em geral. Garantir um ambiente de parto seguro, respeitoso e digno demanda o engajamento de todos os setores envolvidos, de modo a garantir pleno respeito aos direitos humanos e à autonomia das mulheres grávidas (Vasconcelos et al, 2023).

Cuidados de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica

A Organização Mundial da Saúde enfatiza que o nascimento é um evento natural que não requer manipulação, mas sim atenção e cuidados adequados. Nesse sentido, a organização propõe uma maior presença e envolvimento do enfermeiro obstetra no acompanhamento do trabalho de parto, considerando que a formação desse profissional prioriza o cuidado em detrimento da intervenção (Ribeiro et al, 2021).

Os enfermeiros devem cuidar das parturientes durante e após o parto de maneira humanizada e atenciosa, visando evitar a violência. É muito importante que os enfermeiros ajam com respeito, oferecendo apoio físico e emocional. Esses cuidados devem estar relacionados ao respeito e à preservação da dignidade humana. Ou seja, o cuidado obstétrico deve focar na

qualidade da assistência, envolvida em uma estrutura da prestação de cuidados oferecidos à mulher durante o seu processo reprodutivo, assim como sua experiência vivencial do atendimento (Miranda; Aires; Santos, 2024).

Assim, é crucial que haja foco na mulher para a prestação de cuidados, e que o serviço repense suas práticas ao incorporar estratégias para sensibilizar os profissionais. Além disso, é necessário orientar a prestação de cuidados de saúde em nível interpessoal, considerando o indivíduo de maneira holística (Ribeiro et al, 2021).

A assistência ao parto deve incentivar a reflexão às gestantes sobre qual parto é o mais adequado, a fim de garantir a segurança da mulher e do bebê, considerando os riscos e complicações respaldadas em evidências. É papel dos profissionais da equipe de enfermagem garantir os direitos da parturiente, como obter a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, não realizar nenhum procedimento sem o conhecimento prévio da gestante e proporcionar uma relação de confiança, indagando-lhes sobre suas expectativas e seus anseios, sendo apoiadas em sua decisão e assegurando que, independentemente, do tipo de parto, essa mulher receba um tratamento humanizado (Oliveira et al, 2020).

É direito de toda mulher ter um parto seguro, respeitoso e de qualidade nos hospitais. Os profissionais da saúde devem se capacitar continuamente, especialmente na área da enfermagem obstétrica, para alcançar a chamada "humanização da assistência", e também informar as mulheres sobre seus direitos. Elas devem receber informações completas sobre determinados procedimentos a serem realizados e ter liberdade para aceitar ou recusar durante o cuidado obstétrico. É essencial que o cuidado leve em consideração a importância do respeito e atenção tanto para a mulher quanto para o bebê e não apenas o aspecto técnico. (Miranda; Aires; Santos, 2024).

Como atores essenciais no acompanhamento pré-natal, no parto e no puerpério da mulher, os enfermeiros têm a responsabilidade de assegurar cuidados integrais, apoio emocional e um comprometimento com a saúde. Além disso, é necessário que possuam conhecimento científico e direcionado para as particularidades de cada gestante e que sigam práticas baseadas em evidências. Uma característica de um profissional humanizado é aquele capaz de aconselhar, ouvir, compreender e respeitar as opiniões e necessidades dos pacientes, essas são apenas algumas características do cuidado humanizado. A finalidade da humanização visa prevenir e reduzir ocorrências de violência, com o intuito de proporcionar conforto e segurança aos pacientes (Santos et al, 2023).

Nesse sentido, a fim de combater a violência obstétrica, torna-se essencial rever a forma como os enfermeiros prestam assistência humanizada. Ao optar por uma abordagem de cuidado qualificado, acolhedor e bem estruturado, os profissionais de enfermagem conseguem ampliar sua compreensão sobre a violência obstétrica e, por conseguinte, evitar sua incidência (Santos et al, 2023).

De acordo com especialistas, é fundamental que o cuidado obstétrico priorize a excelência da assistência, integrada em um sistema de cuidados prestados às mulheres durante sua jornada reprodutiva, levando em consideração também suas vivências pessoais ao receber o atendimento. Esses cuidados devem estar pautados no respeito e na preservação da dignidade humana, o que implica na erradicação de qualquer forma de abuso, discriminação, negligência, detenção e recusa de serviços (Paula D. E. Et Al, 2020).

Nesse contexto, o papel da enfermagem na obstetrícia vem diminuindo a incidência de procedimentos desnecessários durante o trabalho de pré parto, e consequentemente os casos de violência, pois além de tranquilizar as parturientes - levando segurança para elas - o enfermeiro também atua em todos os momentos do parto, buscando, sobretudo, resguardar a saúde do binômio mãe-filho e o bem-estar destes, seja pela execução de técnicas seguras e/ou pelo fornecimento de orientações efetivas (Nascimento et al, 2022).

A ocorrência da VO acontece por fatores relacionados às consequências das condutas tomadas pelos profissionais da saúde quando falham em fornecer informações básicas à gestante durante a assistência no pré-natal, parto e pós-parto. O amparo profissional no parto com foco para o cuidado e bem-estar é desempenhado, especialmente, pela equipe de enfermagem, o qual se faz essencial para o contentamento das parturientes, corroborando para a garantia da humanização assistencial e realização de um parto seguro (Nascimento et al, 2022).

Ao Enfermeiro Obstetra é atribuída a responsabilidade completa de cuidar da gestante e de seu acompanhante desde o início da gravidez até o período pós-parto, incluindo a avaliação da saúde de ambos, incluindo a saúde fetal. O profissional também tem a incumbência de oferecer um modelo de cuidado que leve em conta a autonomia e o protagonismo da mulher, destacando sempre que todos os tipos de parto podem e devem ser humanizados, pois a humanização vai além do parto natural com o mínimo de intervenções médicas, abrangendo um parto que respeita a dignidade da mulher.

É relevante ressaltar o papel fundamental do Enfermeiro Obstetra em criar um ambiente acolhedor durante o parto, levando em consideração as escolhas da parturiente quanto

às posições, evitando a utilização excessiva de fármacos, protegendo a integridade perineal e promovendo o contato direto entre mãe e bebê logo após o nascimento. Além disso, é essencial incentivar a amamentação imediata e valorizar a diversidade étnico-cultural das mulheres.

Descreve-se que a Consulta de Enfermagem durante o pré-natal é uma ferramenta indispensável para facilitar a interação entre o enfermeiro e a gestante, proporcionando um ambiente propício para orientar sobre os benefícios do parto normal para a saúde da mãe e do bebê. Durante o pré-natal, é fundamental promover atividades educativas e fornecer orientações acerca das vantagens do parto normal. Essas ações visam beneficiar a saúde tanto da mãe quanto do bebê a curto e longo prazo, esclarecendo dúvidas de gestantes que não estejam familiarizadas com os pontos positivos oferecidos por esse tipo de parto (Oliveira et al, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do trabalho, considerou-se que os objetivos foram atingidos, pois apresentou-se os cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica à luz do Knowledge Translation. Diante das etapas do trabalho relatou-se a importância do enfermeiro e de sua equipe, humanização a qual a equipe de enfermagem possui para a transmissão dela, a busca a segurança do paciente, no cuidado por completo, na responsabilidade a qual o profissional enfermeiro possui e junto a isso obter a prevenção contra a violência obstétrica. Com isso, a pesquisa, obtendo-se base na literatura, oferece informações científicas relevantes sobre os cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica à luz do *knowledge translation*.

REFERÊNCIAS

DA SILVA OLIVEIRA, Annelise et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERCEPÇÃO E CONDUTAS PARA A PERPETUAÇÃO DO CUIDADO. Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza, v. 1, 2024. Acessado em: 16 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51249/easn01.2024.1886>

DA SILVA QUEIROZ, Fernando et al. Violência obstétrica: Um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 5, p. 14435-14445, 2020. Acessado em: 16 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-240>

DE PAIVA MIRANDA, Roberta; AIRES, Flávia Cavalcante; DOS SANTOS, Diana Góis. A HUMANIZAÇÃO NO PARTO E O COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 3, p. 2682-2694, 2024. Acessado em: 16 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13415>

DE VASCONCELOS, Anne Caroline Trindade et al. CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. Revista Contemporânea, v. 3, n. 12, p. 26506-26523, 2023. Acessado em: 14 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-091>

LORENZINI, Elisiane et al. A call for knowledge translation in nursing research. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 28, p. e20190104, 2019. Acessado em: 13 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0001-0004>

MARTINEZ-SILVEIRA, Martha Silvia; DA SILVA, Cícera Henrique; LAGUARDIA, Josué. Conceito e modelos de 'knowledge translation' na área de saúde. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S. l.], v. 14, n. 1, 2020. Acessado em: 13 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1677>

NASCIMENTO, David Ederson Moreira do et al. Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. Nursing (Ed. bras., Impr.), p. 8242-8253, 2022. Acessado em: 15 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i291p8242-8253>

OLIVEIRA, Mariana Roma Ribeiro de; ELIAS, Elayne Arantes; OLIVEIRA, Sara Ribeiro de. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. Rev. enferm. UFPE on line, p. [1-8], 2020. Acessado em: 13 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243996>

PASCOAL, Karem Cristinny Fontes et al. Violência obstétrica na percepção de puérperas. Nursing (São Paulo), v. 23, n. 265, p. 4221-4232, 2020. Acessado em: 14 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4221-4232>

PAULA, Enimar de et al. Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 29, p. e20190248, 2020. Acessado em: 17 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>

PEREIRA LIMA MELO, Bruna Larisse et al. Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Revista Cuidarte, v. 13, n. 1, 2022. Acessado em: 16 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1536>

RIBEIRO, Karine Gondin et al. Caracterização da violência obstétrica na produção científica: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 4, p. e6604-e6604, 2021. Acessado em: 16 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e6604.2021>

SANTOS, Vitória Meireles Ferreira; DE MELO, Vanessa Cardoso; DE MEDEIROS TAVEIRA, Lúcia. Atuação dos profissionais de saúde frente a violência obstétrica. Revista

Artigos. Com, v. 36, p. e11261-e11261, 2023. Acessado em: 17 de maio de 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/11261>

SILVA, Thalita Monteiro da et al. Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. Acta Paulista de Enfermagem, v. 33, p. eAPE20190146, 2020. Acessado em: 13 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01466>

ZANCHETTA, Margareth Santos et al. Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira (o) obstetra. Escola Anna Nery, v. 25, n. 5, p. e20200449, 2021. Acessado em: 13 de maio de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0449>

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRESSE DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM - ASPECTOS DO ESTRESSE DE PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E SUA INFLUÊNCIA

Luane Henrique da Costa - Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Católico de Quixadá.

Annie Letícia de Holanda Ferreira - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Monica Lauany Freitas da Silva - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Francisco Mayron Moraes Soares - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Adjunto da Universidade Federal do Maranhão.

Igor Cordeiro Mendes - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem - Professor da Universidade Estadual do Ceará.

INTRODUÇÃO

A sociedade moderna trouxe para a humanidade grandes desafios, pelo fato de exigir das pessoas constantes mudanças nas diversas áreas de conhecimento e atuação, levando-as a busca exagerada pela conquista profissional. Essa situação faz com que muitos esqueçam suas vidas sociais e familiares, desenvolvendo um comportamento em que não conseguem lidar com os problemas do cotidiano, desde os mais simples aos mais complexos (CRUZ; ABELLAN, 2015).

Sendo assim, não é fácil para as pessoas lidarem com as exigências dessa sociedade moderna com o imperativo da pressa, das incertezas, sem falar na quase obrigação de estar sempre conectado, ligado e produtivo. Não raro, esse contexto provoca um desequilíbrio do ritmo biológico e psicológico, contribuindo com a ocorrência de estresse e gerando uma série de distúrbios igualmente contemporâneos. Profissionais que vivem sob pressão extrema, até que se sintam exauridos e incapazes de lidar com a rotina, estão vulneráveis a desenvolverem descontrole emocional e crises de ansiedade (THEME; COSTA; GUILAM, 2013).

Conforme Lipp e Rocha (2018, p. 17), o estresse é um “processo psicobiológico que envolve interações complexas entre o ambiente, o indivíduo e sua percepção subjetiva dos eventos”. O estresse pode ser visto como uma reação complexa do corpo a estímulos percebidos como ameaçadores ou desafiadores, podendo afetar tanto a saúde física quanto mental das pessoas de maneira positiva ou negativa. (ARAÚJO et al., 2024)

A palavra "estresse" tem origem na palavra inglesa "stress", que significa "pressão", "tensão" ou "insistência". Pode-se definir estresse como um conjunto de reações fisiológicas

necessárias para a adaptação a novas situações. Contudo, essas reações orgânicas e psíquicas podem provocar desequilíbrio no organismo se forem exageradas em intensidade ou duração. O estresse pode ser desencadeado por estados emocionais negativos e positivos, sendo a adaptação ao meio o objetivo final do processo (SILVA; SAINT'CLAIR; FERNANDES, 2015).

Isso acontece quando as perspectivas e sensações enviadas pelo Sistema Nervoso Central e o Sistema Imunológico acionam o circuito bidirecional, que acontece via Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal, ativando uma cascata por todo o organismo. Essa alteração deixa o corpo humano vulnerável a efeitos contrários ao seu bem-estar, denominados como estressores, causando alterações neuroendócrinas, permitindo adaptação necessária para o restabelecimento de seu equilíbrio e caracterizando a resposta de luta ou fuga. O estresse pode desenvolver distúrbios biopsicossociais, merecendo avaliação holística e integral em virtude das múltiplas dimensões humanas envolvidas. Na maioria dos casos, esses sintomas ocorrem na ordem psicológica: desprazer com o trabalho, ansiedade e depressão; na fisiológica: dor de cabeça, hipertensão, taquicardia; e/ou na comportamental: absenteísmo, insônia, tabagismo ou alcoolismo (TRETTENE et al., 2016; MERELLES; ZEITOUNE, 2003).

O estresse como acontecimento, faz parte da vida do indivíduo em qualquer situação, seja ela social, pessoal, ou até profissional. Pesquisas feitas com profissionais estressados apontam que sua disposição é reduzida e os custos organizacionais aumentados por problemas de saúde, pois comportamentos estressores contribuem para o aumento da ausência no trabalho, troca de plantões e o elevado número de acidentes no trabalho (SIMONETTI; BIANCHI 2016).

O estresse é identificado como a principal causa de doenças ocupacionais entre os profissionais de saúde, resultando em ineficiência física e mental. Diversos estudos destacam diversos fatores que contribuem para o estresse nesse grupo, incluindo sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento, e condições inadequadas de trabalho. Esses fatores podem levar ao surgimento de sintomas que comprometem a qualidade do cuidado prestado aos pacientes (RIBEIRO; SANTOS 2024).

A enfermagem é uma profissão que exige muita responsabilidade, e está totalmente ligada ao cuidado e a assistência ao indivíduo, sendo ele de forma individual, na família ou na comunidade. Isso faz com que os profissionais enfermeiros e técnicos estejam em contato com situações de divergências e estresse na sua convivência diária (LIMA et al., 2015).

Desde o começo da profissão até hoje, o enfermeiro almeja se autodefinir, buscando construir sua identidade profissional e alcançar reconhecimento. Nesse trajeto, este sujeito tem encarado obstáculos que prejudicam seu desempenho, tanto no trabalho como no âmbito pessoal de suas relações, levando isso a ser também um dos seus elementos estressores (STACCIARINI; TRÓCCOLI 2001).

Numa perspectiva de trabalhar a temática em questão, será destacada a classe dos profissionais de enfermagem que enfrentam dificuldades no processo de trabalho hospitalar e na atenção primária, pois estes ambientes de atuação profissional os colocam frente a vários problemas que podem provocar estresse e logo, interferir na sua saúde e realização de atividades (LAUTERI; PAZ; MENECHINI, 2011).

Estressores como falta de estrutura física para o desempenho de atividades, alta demanda de atendimentos, carga horária elevada, remuneração baixa, trabalho repetitivo, interrupção de suas tarefas antes delas serem completadas e falta de segurança do trabalho, dentre outros, podem incapacitar esses profissionais de realizarem seus trabalhos de maneira satisfatória, interferindo na relação do profissional com a população, levando a um prejuízo na assistência prestada, como também interferindo na qualidade de vida desses trabalhadores. (SIQUEIRA et al., 2013).

Nesse contexto, avaliando as publicações sobre o tema, percebe-se a necessidade de analisar as condições de trabalho da enfermagem na área hospitalar e na atenção primária e o nível de estresse desses profissionais, especificamente, daqueles que atuam na saúde do município de Tauá. Considerando o atual cenário de precarização e desvalorização do trabalho destes profissionais na maioria dos ambientes de atuação, o estudo pode trazer números reais para serem trabalhados por gestores e profissionais junto à macro e a microgestão, com o intuito de elaborar estratégias que contribuam com a melhoria das condições de trabalho dessa categoria profissional.

Pretende-se, assim, conhecer o nível de estresse e os fatores mais associados, para, posteriormente, buscar estratégias eficazes no controle e manejo deste problema. Além disso, ampliar o conhecimento acerca dos estressores na enfermagem poderá promover reflexões no ensino de graduação, bem como nos serviços de saúde, com vistas a repensar a maneira como esses ocorrem, promovendo o melhor enfrentamento deles.

Dessa forma, defende-se que a pesquisa é de grande relevância para o público envolvido, por ser algo que leva ao conhecimento das pessoas a realidade do ambiente hospitalar e atenção primária, evidenciando os fatores que levam os enfermeiros e técnicos a

certos comportamentos incompreendidos, que muitas vezes são julgados de uma maneira precipitada pelos usuários dos serviços de saúde e pelos próprios profissionais da saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de abordagem quantitativa. No estudo observacional, o pesquisador não impõe um tratamento para cada grupo de pessoas, mas usa as informações já disponíveis sobre o paciente, mais comuns e viáveis. Pesquisas descritivas exigem do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, consistindo em uma pesquisa que pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, dentre outros aspectos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O local escolhido para realizar a pesquisa foi Tauá, um município brasileiro do estado do Ceará, que se encontra localizado na mesorregião dos Sertões Cearenses, na microrregião do Sertão de Inhamuns. É o segundo maior município do estado em região territorial, estando inserido por completo no bioma da Caatinga. O município se estende por 4009,3 km² e conta com uma população aproximada de 60.000 habitantes. Possui um Hospital Municipal e 25 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuam na atenção primária. Para essa pesquisa, foram desenvolvidas ações tanto no âmbito hospitalar quanto na atenção primária do referido município.

A população foi constituída por enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes em um Hospital e Maternidade localizado no município em que foi realizada essa pesquisa e por enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas 25 redes de atenção primárias do município de Tauá.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Tauá, atualmente encontram-se atuando no referido município um quantitativo de 144 profissionais em equipes de enfermagem, sendo 34 enfermeiros da atenção primária, 11 enfermeiros da rede hospitalar, 47 técnicos de enfermagem da atenção primária e 52 técnicos da rede hospitalar. Como a população é menor que 200 profissionais, a amostra estimada será sua totalidade.

Sendo que a pesquisa foi realizada com 60 profissionais por alguns motivos, dentre eles, os trabalhadores estarem de férias, se recusarem a responder, e pelo fato de algumas unidades de atenção primária se encontrarem em outros distritos que eram distantes, tornando assim o acesso difícil para realização da coleta.

Para inclusão dos participantes nessa pesquisa, foram distribuídos questionários aos trabalhadores que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: fazer parte da equipe de enfermagem de unidades de saúde do serviço público no município de Tauá (seja ela instituição hospitalar ou unidade de atenção primária em saúde), que possua, pelo menos, 1 ano de experiência; que forneçam o consentimento para participar da pesquisa. Foram excluídos os enfermeiros e técnicos que estiverem de férias ou de licença/afastados no período da coleta de dados.

Essa pesquisa, por se tratar de um estudo observacional, apresentou o mínimo de riscos ao participante, porém pôde desencadear modificações nas emoções como estresse emocional, constrangimento e exposição dos dados, identificados e reconhecidos, desconforto físico ou psicológico para o participante. Para manter o sigilo e evitar esse possível constrangimento, o preenchimento do questionário foi realizado em locais reservados pelos próprios participantes do estudo. Além disso, para minimizar esses riscos, os participantes puderam desistir da pesquisa em qualquer momento, caso sentissem essa necessidade. Caso algum participante se sentisse constrangido, exposto, ou com desconforto físico ou psicológico, o mesmo seria encaminhado a um serviço especializado do município para avaliação psicológica.

Além disso, o estudo pretendeu conhecer o nível de estresse dessa categoria profissional, ampliar o conhecimento acerca dos fatores estressores na enfermagem, proporcionando como benefício a possível elaboração de estratégias que contribuam com a melhoria das condições de trabalho dessa categoria profissional, levando ao conhecimento das pessoas a realidade do ambiente hospitalar e atenção primária, mostrando os fatores que levam os enfermeiros e técnicos a certos comportamentos incompreendidos, que muitas vezes são julgados de uma maneira precipitada pelos clientes do serviço de saúde ou até mesmo por seus companheiros de trabalho.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico e profissional juntamente com a Escala de Estresse no Trabalho validada por Paschoal e Tamayo (2004). O questionário sociodemográfico e profissional, criado pela própria pesquisadora, abrange as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade, categoria, tempo de formação na Enfermagem, tempo de

atividade no serviço, pós-graduação, quantidade de empregos, carga horária semanal de trabalho, setor de atuação, tipo de vínculo empregatício, turno de trabalho.

A Escala de Estresse no Trabalho (EET) foi criada a partir da análise da literatura sobre estressores organizacionais de natureza psicossocial e sobre reações psicológicas ao estresse, com diferentes trabalhadores de instituições públicas e privadas. A Escala de Estresse no Trabalho possui 23 itens que apresentam, no mesmo item e ao mesmo tempo, um estressor e uma reação. Para cada item existe uma escala de 5 pontos, variando desde de 1- discordo totalmente a 5- concordo totalmente, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o estresse. Essa escala é unifatorial e apresenta as seguintes características: simplicidade, a qualidade de seus parâmetros psicométricos satisfatórios, com bom índice de confiabilidade na validação com coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Segundo a autora o instrumento, deve-se avaliar o nível de estresse medido pela EET da seguinte forma: médias iguais ou maiores que 2,5 indicam estresse considerável.

Esses instrumentos foram aplicados na Instituição onde o profissional trabalha, em ambiente privativo, sigiloso, tranquilo, contribuindo assim com a fidedignidade das respostas dos participantes. O questionário foi respondido pelo próprio profissional, no qual foi explicado de que se trata o instrumento, e como foi respondido.

Os dados obtidos nessa pesquisa foram tabulados e armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel® 2010, sendo posteriormente analisados por meio do Software estatístico IBM SPSS Statistics 23.0.

Para análise dos dados, foi realizada estatística descritiva com frequência simples e percentual para os dados categóricos, e média e desvio padrão para os dados quantitativos contínuos. Para analisar os escores da Escala para Estresse no Trabalho, foi considerada a média e desvio padrão para cada questão.

Para avaliação do nível de estresse dos profissionais de enfermagem, foram considerados os seguintes parâmetros, segundo a autora do instrumento (PASCHOAL; TAMAYO, 2004):

- Quando o valor da média estiver entre 1,0 e 1,9 indica pouco ou nenhum estresse;
- Médias entre 2,0 e 2,5 indicam nível intermediário
- Médias acima de 2,5 são indicativas de nível alto de estresse ocupacional.

Na realização dessa pesquisa foram respeitados todos os aspectos contidos na resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O referido trabalho foi encaminhado ao comitê de ética, por meio da Plataforma Brasil (CAAE: 84086918.3.0000.5046). Todos os participantes do estudo

assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Carta de Anuência que foi enviado para o Secretário de Saúde e para o Diretor Administrativo do Hospital do Município de Tauá, assim permitindo a coleta de dados no referido local.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 60 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 42 da atenção básica e 18 da atenção hospitalar. Na tabela 1 são apresentadas as características pessoais dos participantes desse estudo.

Tabela 1 – Características pessoais dos profissionais de enfermagem. Quixadá, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%	Média	(±DP)
<i>Sexo</i>				
Masculino	7	11,7		
Feminino	53	88,3		
<i>Estado Civil</i>				
Com parceria fixa	24	40		
Sem parceira fixa	36	60		
<i>Faixa Etária</i>				
Até 40 anos	50	83,3	31,82	9,640
> 40 anos	10	16,7		
<i>Renda Familiar</i>				
≤ R\$ 954,00*	41	68,3	2374,32	1672,429
> R\$ 954,00*	16	26,7		
Ignorado	3	5,0		
Total	57	95,0		

*Valor do Salário-Mínimo Brasileiro no Ano de Ocorrência da Coleta de Dados dessa Pesquisa.

***Fonte:** elaborada pelos autores. (2019)

Evidenciou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem incluídos nesse estudo é do sexo feminino (88,3%) e pouco mais da metade sem companheiro, incluindo as solteiras, divorciadas e viúvas (60%). Em relação à faixa etária, a maior parte era adulta jovem, destacando-se assim a faixa etária até os quarenta anos, equivalente a 83,3% dos casos. Quanto

à renda familiar, verificou-se que a grande maioria possui uma renda que vai até três salários-mínimos (68,3%), sendo que três participantes se recusaram a responder.

Na tabela 2 são apresentadas as características profissionais da equipe de enfermagem, tanto dos que atuam na atenção básica quanto na atenção hospitalar, participantes do estudo.

Tabela 2 – Características profissionais da equipe de enfermagem atuante no município de Tauá no período de fevereiro de 2018 a março de 2018. Quixadá, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%	Média	(±DP)
Tempo de formação				
Até 5 anos	30	50,0	7,88	6,274
< que 5 anos	30	50,0		
Possui pós				
Sim	18	30,0		
Não	42	70,0		
Quanto empregos atuais				
Apenas 1	54	90,0		
Mais que 1	6	10,0		
Tipo de Vínculo				
Com vínculo	33	55,0		
Sem vínculo	27	45,0		
Qual setor				
Atenção Hospitalar	18	30,0		
Atenção primária	42	70,0		
Função de Chefia				
Sim	14	23,3		
Não	46	76,7		
Cargo				
Enfermeiro	25	41,7		
Técnico	35	58,3		

Fonte: Elaborada pelos autores. (2019)

Na variável tempo de formação, evidenciou-se resultados equivalentes, ou seja, metade dos profissionais entrevistados (50%) possuem um tempo de formação inferior ou até cinco anos e a outra metade com o valor superior a cinco anos. Dentre os enfermeiros pesquisados, a grande maioria (70%) não possui pós-graduação. Quanto ao setor de atuação profissional, o que mais se destacou (70%) foi às unidades de atenção primária, evidenciando-se mais da metade dos profissionais entrevistados.

Destaca-se que a grande maioria dos participantes (90%) possui apenas um emprego. A maior parte (33%) possui vínculo empregatício com a instituição pesquisada, não tendo, também, ocupado cargo de chefia (46%) anteriormente. Quanto ao perfil ocupacional, evidenciou-se maior participação de técnicos de enfermagem, (35%) por serem estes os trabalhadores encontrados em maioria nestas unidades, correspondendo a mais da metade (58,3%) da força de trabalho da categoria nas unidades pesquisadas.

A Tabela 3 reúne os resultados referentes à aplicação da Escala de Estresse no Trabalho com base nas médias e desvios padrão de suas assertivas.

Tabela 3 – Distribuição dos aspectos associados ao estresse de profissionais de enfermagem do município de Tauá no período de fevereiro a março de 2018. Quixadá, Ceará, 2018.

Variáveis	Atenção Primária		Atenção Hospitalar		Total	
	Média	(±DP)	Média	(±DP)	Média	(±DP)
1.A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	2,36	1,078	2,44	0,984	2,38	1,043
2.O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	2,21	1,071	2,22	1,003	2,22	1,043
3. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	2,29	1,088	2,78	1,353	2,43	1,184
4. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior de meu superior sobre o meu trabalho	2,07	1,045	1,78	0,732	1,98	0,965
5. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	2,57	1,192	2,39	0,778	2,52	1,081
6. Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	2,02	0,880	2,22	1,215	2,08	0,988
7. A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	2,12	0,993	2,00	1,372	2,08	1,109
8.Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente dos meus colegas de trabalho	1,62	0,764	1,78	0,808	1,67	0,774
9.Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além da minha capacidade	2,19	1,065	2,44	1,247	2,27	1,118
10.Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	2,21	1,116	2,56	1,097	2,32	1,112
11.Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	2,14	1,221	2,17	1,150	2,15	1,191
12.Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	2,29	1,195	2,56	1,464	2,37	1,275
13.Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	2,83	1,228	2,89	1,410	2,85	1,273
14.Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	1,98	1,137	2,00	0,907	1,98	1,066
15.Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	2,26	1,149	2,83	1,339	2,43	1,226
16.As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado	2,76	1,445	3,72	1,179	3,05	1,431
17.Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	2,07	1,022	2,39	1,195	2,17	1,076
18.A competição no meu ambiente de trabalho te me deixado de mau humor	1,79	0,813	2,33	1,237	1,95	0,982
19.A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	2,02	0,869	2,33	1,029	2,12	0,922
20.Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	2,07	1,135	1,67	0,686	1,95	1,032
21.Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante das outras pessoas	2,21	1,116	1,78	0,878	2,08	1,062
22.O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	2,05	0,909	2,39	1,335	2,15	1,055
23.Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	1,76	0,790	1,67	0,767	1,73	0,778

Fonte: Elaborada pelos autores. (2019)

Percebe-se que, dos 23 itens da EET que retratam a distribuição dos aspectos associados ao estresse de profissionais de enfermagem os fatores considerados como estressores de nível elevado na atenção primária compreendem as seguintes assertivas: 13, 05, e 16, as

quais estão diretamente relacionadas, respectivamente, com: a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais (2,76); deficiência nos treinamentos para capacitação profissional (2,83) as poucas perspectivas de crescimento na carreira(2,76).

Os fatores considerados como estressores de nível elevado na área hospitalar compreendem as seguintes assertivas: 13, 03, e 16, as quais estão diretamente relacionadas, respectivamente, com: a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais (2,89); a falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante, atingiu média de (2,78); deficiência nos treinamentos para capacitação profissional (2,83) as poucas perspectivas de crescimento na carreira (3,72).

Os itens menos respondidos que se apresentaram com médias mais baixas e se destacaram como menos estressores nas unidades de atenção primária foram os seguintes: 08 Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente dos meus colegas de trabalho com a média de (1,62), o item 23 fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes com a média de (1,73) e o item 17 tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade com a média de (1,76). Já na área hospitalar os itens que apresentaram médias mais baixas e se destacaram como menos estressores foram: 20 tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias com uma média de (1,67), o item 23 fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes com a média de (1,67) e os itens 04 sente-se incomodado com a falta de confiança do seu superior em relação ao seu trabalho, 08 onde o profissional sente-se incomodado pelo superior tratar mal na frente dos colegas, 21 fica irritado pelo superior incumbir o trabalho bem feito diante das outras pessoas com média de (1,78).

Conforme tabela 4, apresentam-se os dados relativos ao nível de estresse entre profissionais de enfermagem do município de Tauá, realizando-se uma comparação entre o nível de estresse entre os profissionais de enfermagem que atuam na atenção primária e no ambiente hospitalar.

Tabela 4 – Nível de estresse entre profissionais da enfermagem do município de Tauá no período de fevereiro a março de 2018. Quixadá, Ceará, 2018.

Nível de Estresse	Atenção Primária		Atenção Hospitalar		Total	
	N	%	n	%	n	%
Pouco ou Nenhum	17	40,48	7	38,88	24	40,00
Nível Intermediário	11	26,19	4	22,22	15	25,00
Nível Alto	14	33,33	7	38,88	21	35,00
Total	42	100,0	18	100,0	60	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores. (2019)

DISCUSSÃO

No que se refere aos dados sociodemográficos, evidenciou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem incluídos no estudo é do sexo feminino (88,3%), podendo ser atribuído ao predominante número de profissionais do sexo feminino, visto que as atividades de cuidar dos doentes, com suas características tecnológicas próprias de assistir, higienizar, alimentar, prover os elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo, seguindo os padrões da divisão social do trabalho, sempre estiveram delegadas à figura da mulher, que representa a maioria como principal provedora de cuidado no ambiente hospitalar (GARZIN,2024).

As atividades de cuidar dos doentes, com suas características tecnológicas próprias de assistir, higienizar, alimentar, prover os elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo, seguindo os padrões da divisão social do trabalho, sempre estiveram delegadas à figura da mulher, que representa a maioria como principal provedora de cuidado no ambiente hospitalar (COSTA, 2014). Este resultado era esperado, porque as estatísticas mostram que a equipe de enfermagem brasileira é constituída, em sua grande maioria, por profissionais do sexo feminino.

Os dados obtidos neste estudo é que a grande maioria possui uma renda que vai até três salários mínimos (68,3%), sendo que três participantes se recusaram a responder. No estudo de Passos (2010) sobre estresse no centro cirúrgico de um hospital particular em São Luís no Maranhão com o objetivo de avaliar o nível de estresse da equipe do centro cirúrgico, os resultados mostraram que os profissionais de enfermagem tinham, renda familiar de 1 a 3

salários mínimos (82%). No mesmo estudo consta que a maioria dos profissionais de enfermagem referiram como fatores de estresse: atraso dos profissionais, remuneração inadequada e exigência na execução de procedimentos imediatos. Destacando que os salários dignos para satisfação de suas necessidades básicas, além de outros como, por exemplo, a satisfação no trabalho são aspectos fundamentais para a satisfação das necessidades básicas do profissional.

Como observado em estudo (ARAÚJO, 2024), o estresse ocupacional acometido por esses profissionais, pode fomentar a ocorrência de Síndrome de Burnout. Embora aponte que os profissionais de enfermagem na maioria das vezes trabalham longas horas e estão submetidos a uma grande carga de trabalho, foi verificado neste estudo que a maioria (90%) dos profissionais tem apenas um único trabalho. Contrariando o que tem sido encontrado em outras pesquisas, nas quais a maioria dos sujeitos exerce dupla jornada e atribuem a essa árdua carga de trabalho, mais um fator associado ao estresse (DE JESUS, 2024) (SILVA, 2018) (LLAPA-RODRIGUEZ, 2018).

A Síndrome de Burnout por sua vez gera como consequência um déficit na qualidade do serviço prestado ao paciente, em sintonia com o estudo (GARZIN, 2024) que apontou que esse estresse excessivo pode abrir a possibilidade para o mau funcionamento dos protocolos de segurança do paciente, levando a uma relação de perigo à vida desse paciente.

Em relação ao tempo de formação nesse estudo, reforçando os resultados obtidos nesse estudo, outros autores apontaram que os profissionais que possuem o menor tempo de formação têm significativa influência no aumento do nível de estresse (GARZIN, 2024).

CONCLUSÃO

Foi possível identificar, por fim, que o estresse é um importante fator que contribui para o impacto tanto na saúde física e mental dos profissionais da equipe de enfermagem quanto na qualidade do atendimento prestado por eles.

A aplicação da EET permitiu a identificação e compreensão dos determinantes que influenciam o nível de estresse presente nestes grupos de trabalhadores. De acordo com análise, percebeu-se que os grupos se mantiveram entre o nível baixo a elevado de estresse ocupacional, em que os determinantes estão relacionados à falta de autonomia na execução do trabalho, a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais, à deficiência nos treinamentos para capacitação profissional, e às poucas perspectivas de crescimento na carreira.

Observou-se uma diferença do estresse entre as áreas, sendo que os profissionais da área hospitalar apresentaram maiores níveis de estresse quando comparados com os da atenção primária, bem como aqueles com perfil ocupacional de técnicos.

A equipe de enfermagem do trabalho hospitalar passa por situações estressantes que exigem a necessidade de mudanças organizacionais no ambiente de trabalho a fim de diminuir estes determinantes que acabam por interferir na saúde e no trabalho. Não querendo dizer que na atenção primária tenha ausência de estresse, mas na presente pesquisa os profissionais hospitalares apresentaram um nível mais elevado de estresse.

Durante a realização da pesquisa foram encontradas algumas dificuldades, como a indisponibilidade e desinteresse para responder o questionário, a ausência de alguns profissionais, na unidade hospitalar houve uma resistência por ser uma unidade privada, alguns dos profissionais tinham receio de responder com medo das informações chegarem a seus superiores, mesmo após ser esclarecidas que as informações não seriam divulgadas individualmente mas em conjunto, e o fato de ter apenas um dia na semana para fazer a coleta.

Diante disso, sugere-se a realização de novas pesquisas a fim de fortalecer a importância de identificação destes determinantes, bem como propor soluções para o problema presente no atual cenário de trabalho desses trabalhadores.

Anseia-se que o presente estudo venha contribuir para promoção de mudanças favoráveis nas áreas pesquisadas e que sejam lançados novos olhares para os efeitos prejudiciais do estresse sobre a equipe, visto que estes refletem diretamente na assistência prestada a esses pacientes que necessitam de um atendimento especializado, de profissionais mais dedicados e felizes com sua profissão.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eder Filipe Pereira de; FERREIRA, Deziany da Silva; LOPES JÚNIOR, Hélio Marco Pereira. Síndrome de burnout: o estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 1420–1431, 2024. Disponível em: <http://doi.org/10.51891/rease.v10i5.13740>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 dez 2012. Brasília-DF, 2012(a).

FERNANDES, L. S.; NITSCHKE, M. J. T.; GODOY, I. de. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva Burnout syndrome in nursing professionals from an intensive care unit. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, Brasil, v. 9, n. 2, p. 551–557, 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.551-557>.

FIGUEIREDO SIQUEIRA, Gylvana Feitosa de; ROQUE BARRÊTO, Anne Jaquelyne; MENEZES, Maria Sueli; PEREIRA ALVES, Salmana Rianne; QUEIROGA FREITAS, Fabiana Ferraz. Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 72–85, 2013.

FILHA, Mariza Miranda Theme; COSTA, Maria Aparecida de Souza; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues. Occupational stress and self-rated health among nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 475-483, abr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000200002>.

FONSECA, José Ricardo Ferreira da; LOPES NETO, David. Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência. *Rev Rene*, [S. l.], v. 15, n. 5, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3230>.

GARZIN, Ana Claudia Alcântara; FERRARI, Carla Maria Maluf; PEREIRA, Giovana Caldas; DUARTE, Kawany de Oliveira Rodrigues; RODRIGUES, Samara Gomes; KOWALSKI, Ivonete Sanches Giacometti. Burnout, satisfação e fadiga por compaixão: relação com a qualidade assistencial e segurança do paciente. *O Mundo da Saúde*, [S.L.], v. 48, 1 jan. 2024. Centro Universitario Sao Camilo - Sao Paulo. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.202448e15802023p>.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2009. 120 p.

JESUS, Suzicleia Elizabete de; FREITAS, Mariana Santos; SILVA, Liliane Santos da; LIMA, Jucélia Moraes de; ROCHA, Elias Marcelino da; NASCIMENTO, Vagner Ferreira do; LEMES, Alisséia Guimarães; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. Saúde mental dos profissionais de enfermagem dos serviços hospitalares: uma revisão integrativa.

Contribuciones A Las Ciencias Sociales, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 7671-7689, 31 jan. 2024. South Florida Publishing LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.55905/revconv.17n.1-463>.

LACRUZ, Silvia Portero de; ABELLÁN, Manuel Vaquero. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 543-552, 3 jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>.

LIMA, Priscilla Cavalcante; GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira; SABINO, Kerolayne Cardoso Vieira; FERNANDES, Márcia Astrês; AVELINO, Fernanda Valéria Silva Dantas. Fatores estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros hospitalares: revisão. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 51-65, 9 abr. 2015. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.ie17-2.feea>.

LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofélia; OLIVEIRA, Júlian Katrin Albuquerque de; LOPES NETO, David Lopes; GOIS, Cristiane Franca Lisboa; CAMPOS, Maria Pontes de Aguiar; MATTOS, Maria Cláudia Tavares de. Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem [Occupational stress in nursing personnel] [Estrés ocupacional en profesionales de enfermería]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S. l.], v. 26, p. e19404, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.12957/reuerj.2018.19404>.

MEIRELLES, Naluzia de Fátima; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner; LOPES NETO, David Lopes; GOIS, Cristiane Franca Lisboa; CAMPOS, Maria Pontes de Aguiar; MATTOS, Maria Cláudia Tavares de. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 78-88, 1 abr. 2003.

MENEGHINI, Fernanda; PAZ, Adriana Aparecida; LAUTERT, Liana. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 225-233, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072011000200002>.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Validação da escala de estresse no trabalho. Estudos de Psicologia (Natal), [S.L.], v. 9, n. 1, p. 45-52, abr. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2004000100006>.

RIBEIRO, W.; CHRISTINY AMORIM DOS SANTOS, L.. FATORES ESTRESSORES QUE ACOMETEM O ENFERMEIRO QUE ATUA ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. Conexão ComCiência, [S. l.], v. 2, n. 4, 2024. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/conexaocomciencia/article/view/8491>.

RODRIGUES, C.R.S.. Trabalho da equipe de enfermagem em UTI: análise do nível de estresse e correlação com variáveis sócio demográficas e ocupacionais. 2017. 36 f. Projeto de Pesquisa - Curso de Saúde, Escola de Saúde Pública – Esp/CE, Fortaleza, 2017.

ROSSO, Eliane et al. Avaliação do nível de estresse entre os profissionais de enfermagem atuantes no SAMU de Guarapuava-pr. Revista Brasileira de Cirurgia e Pesquisa Clínica, Guarapuava, v. 7, n. 1, p. 13-17, ago. 2014.

SILVA, Graziela de Souza Alves da et al. Estresse e burnout em profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 5-11, 2018. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/297/207>.

SILVA, Viviane Fernandes da; SAINT'CLAIR, Emerson da Mota; PEREIRA NETO, Érica. Fatores que influenciam no estresse ocupacional dos enfermeiros que atuam no programa saúde da família. Revista Científica Interdisciplinar, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 162-183, 28 jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v2n2a8>.

SIMONETTI, Sérgio Henrique; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse do enfermeiro que atua em unidade de internação. Revista de Enfermagem Ufpe Online, Recife, v. 10, n. 12, p. 4539-4546, dez. 2016.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T.. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 17-25, abr. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692001000200003>.

TRETTENE, Armando dos Santos et al. Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. Bol. Acd. Paulista de Psicologia. São Paulo, v. 36, n. 91, p. 243-261, jul. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11X2016000200002&lng=pt&nrm=iso.

EFICÁCIA DO TREINAMENTO POR SIMULAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Elizian Braga Rodrigues Bernardo – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Carlos Eduardo Gomes Martins – Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

Esdras Rodrigo Silva Santana - Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

Lara Leite de Oliveira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Francisco Mayron Moraes Soares – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Maranhão.

Igor Cordeiro Mendes – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o uso do treinamento por simulação na formação de profissionais da saúde vem crescendo progressivamente com o escopo de contribuir com o processo educativo e principalmente melhorar a segurança dos pacientes, evitando erros e eventos adversos em saúde. Essa estratégia pode ser definida como uma situação ou lugar criado para permitir que um grupo de pessoas experimente a representação de um acontecimento real, por meio de simuladores capazes de reproduzir fielmente quadros fisiopatológicos, com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou entender sistemas ou ações humanas (OKLA, EDEN, OKLA, 2016).

Diversos estudos evidenciam que a simulação é uma tecnologia de ensino que possibilita o desenvolvimento do raciocínio clínico, da problematização, da tomada de decisão, visando uma maior segurança nas práticas de cuidado. Assim, o treinamento por simulação é uma alternativa de ensino viável, eficiente e eficaz, permitindo que os estudantes da área da saúde participem de experiências de aprendizagem intensas com simuladores enquanto ganham confiança em sua capacidade de cuidar de pacientes e praticam a tomada de decisão clínica (CARTIER *et al.*, 2016; VRIES *et al.*, 2016).

A simulação como ferramenta para facilitar o ensino-aprendizagem pode ser classificada de três formas, de acordo com sua capacidade de reproduzir precisamente sons, imagens e/ou reações: em simuladores de baixa, moderada ou alta fidelidade. Os simuladores de baixa fidelidade são caracterizados como modelos anatômicos estáticos, menos realísticos e usados para procedimentos específicos. Os simuladores de moderada fidelidade são mais

realísticos, pois podem oferecer ausculta de sons orgânicos ou a identificação de diferentes diagnósticos. Os simuladores de alta fidelidade são manequins extremamente realísticos, pois possuem movimentação programada e reagem de acordo com as intervenções realizadas pelos estudantes (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

No âmbito da formação de profissionais de saúde, existem inúmeras vantagens da utilização dessa estratégia de ensino-aprendizagem, dentre elas, a importância do contato inicial do discente com técnicas e procedimentos básicos ainda em modelos e/ou instrumentos didáticos; treinamento e repetição de técnicas para aquisição de segurança e habilidade no desempenho de atividades hospitalares; aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos de maior complexidade; interação em grupos e troca de experiências, aprendizado prático, valorização de experiências concretas e simulação de situações reais através da dramatização; aproximação com a realidade para melhor entendimento e fixação do conteúdo (CORVETTO *et al.*, 2013).

Estudos apontam a eficácia da utilização do treinamento por simulação na área da saúde da mulher, com enfoque em práticas ginecológicas e urgência obstétricas (ANDRIGHETTI *et al.*, 2012; SWEENY *et al.*, 2015). Entretanto, existem lacunas na literatura científica quanto à existência de consolidados de pesquisas que abordem as principais evidências acerca da eficácia dessa estratégia no processo de ensino-aprendizagem da assistência ao parto normal.

A realização desse estudo faz-se relevante devido a necessidade de realização de um levantamento de um referencial teórico atualizado sobre a eficácia da estratégia de simulação como ferramenta aplicável ao ensino do parto, a fim de subsidiar uma educação segura, baseada em evidências científicas, proporcionando aos estudantes aquisição de um conhecimento mais robusto. A utilização do treinamento por simulação contribui para o aprendizado, pois aumenta a confiança frente à prática clínica, além de ser espaço para a aproximação da teoria e prática diante de cenários e situações problemas pertencentes ao ciclo de conhecimento do discente (SWEENY *et al.*, 2015).

Assim, o objetivo desse estudo consiste em avaliar, por meio da literatura científica, a eficácia do treinamento por simulação no processo de ensino-aprendizagem da assistência ao parto normal.

MÉTODOS

A pesquisa é do tipo revisão sistemática, tendo o propósito de reunir, avaliar criticamente e realizar uma síntese dos resultados de vários estudos primários. Esse tipo de estudo possibilita a fundamentação e incorporação de evidências no cuidado e/ou prática clínica, além de identificar lacunas no conhecimento para novos estudos na área da saúde de maneira organizada e sistematizada (KHAN *et al.*, 2022). Dessa forma, é necessário que os pesquisadores da área da saúde desenvolvam estudos que forneçam ferramentas para a prática baseada em evidências científicas, bem como possibilitem a compreensão da importância de novas pesquisas que utilizam o método de revisões sistemáticas. O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: formulação do problema, busca e seleção das publicações nas bases de dados, análise da qualidade das evidências científicas selecionadas e interpretação dos resultados.

Como técnica de investigação sistematizada das evidências científicas, foi utilizada a estratégia PICO, constituída dos seguintes aspectos: População/Problema, Intervenção, Comparação e Resultados. Em relação à População/Problema, buscou-se elucidar a seguinte pergunta: O treinamento por simulação consiste em uma estratégia eficaz para o processo de ensino-aprendizado da assistência ao parto normal? A intervenção avaliada neste estudo consiste no treinamento por simulação, comparando-se a eficácia de diferentes formas de simulação, com níveis distintos de fidelidade, ou sendo essa técnica confrontada com outras estratégias tradicionais de ensino-aprendizagem. Quanto aos resultados, avaliou-se a eficácia/benefício do treinamento por simulação para o aprendizado da assistência ao parto normal.

Para busca e seleção dos estudos, foram utilizadas as seguintes bases de dados relevantes no contexto da saúde: Medline, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), SCOPUS, Cochrane e Web of Science e Scielo. O levantamento dos artigos ocorreu em maio de 2024, sendo realizado aos pares. Uma forma de garantir a qualidade desta fase do processo de realização de uma revisão sistemática é a verificação de todos os estudos selecionados por mais de um revisor. Assim, a seleção foi realizada por dois pesquisadores independentemente.

A terminologia em saúde utilizada foi consultada no Medical Subject Headings (MeSH), pelo qual se identificaram três classes conceituais distintas compostas por descritores controlados com significados semelhantes. A definição das classes conceituais contemplou aspectos relativos ao Problema, Intervenção e Resultados conforme recomendado pela estratégia PICO.

Conceito 1: “Obstetrics”; “Delivery”; “Labor”; “Parturition”, “Vaginal Delivery”; “Natural Childbirth”.

Conceito 2: “Simulation”; “Simulation Exercise”; “Simulation Training” e “Simulation Centre”.

Conceito 3: “Learning”; “Problem Based Learning”; e “Association Learning”.

Visando ampliar a pesquisa e incluir o máximo de evidências científicas, inicialmente realizou-se uma investigação isolada de cada uma das três classes de conceitos mencionadas anteriormente, por meio da associação de todos os descritores sinônimos contidos em cada conceito, utilizando-se o operador booleano OR. Após isso, buscou-se identificar a interseção das informações, obtendo-se os elementos comuns entre as três classes conceituais por meio do uso do operador booleano AND.

Para seleção dos artigos, definiram-se os seguintes critérios de elegibilidade: foram incluídas publicações disponíveis eletronicamente, classificados nas modalidades artigos originais e que apresentaram informações relativas à avaliação da eficácia do treinamento por simulação para o processo de ensino-aprendizagem da assistência ao parto normal, com qualquer tamanho amostral e metodologia claramente definida, possuindo divulgação em inglês, espanhol e/ou português e publicação completa. Foram excluídos os estudos que não abordaram temática relevante ao objetivo dessa pesquisa e/ou não realizaram experimentos.

Após a realização da busca nas bases de dados e o desenvolvimento de uma análise da adequabilidade das publicações quanto aos critérios de elegibilidade, selecionaram-se seis artigos científicos para compor a amostra dessa revisão.

Em relação à extração de dados dos estudos primários incluídos na revisão, utilizou-se um instrumento, elaborado pelos próprios pesquisadores, contendo os seguintes aspectos: título do artigo/ano, objetivo da pesquisa, método/amostra, instrumento de avaliação da aprendizagem, intervenção/controle, principais resultados/conclusão. Essa etapa foi conduzida por dois pesquisadores independentemente, sendo organizada uma tabela com todos os dados.

Acerca da análise da qualidade dos estudos incluídos nessa revisão, os resultados dos artigos selecionados foram analisados e sintetizados com base nos níveis de evidência (FINEOUT-OVERHOLT *et al.*, 2010) e no instrumento Critical Appraisal Skills Program (CASP) que classifica os artigos a partir de pontuações que variam de 0 a 10, sendo considerados artigos de boa qualidade metodológica e viés reduzido aqueles com pontuação de 6 a 10 e aqueles com pontuação 5 ou menos apresentam qualidade metodológica, mas com risco de viés considerável (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO *et al.*, 2011).

A discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo deste estudo. A apresentação da presente revisão contemplou informações sobre cada artigo revisado, a pertinência dos procedimentos empregados, bem como os aspectos relativos ao tema abordado. A análise dos dados exigiu a leitura e releitura dos artigos, sendo desenvolvida de forma sistemática a fim de analisar criticamente diversas fontes, minimizando imprecisão e vieses.

Sobre a interpretação dos resultados, tem o propósito de resumir os dados de cada estudo para fornecer as melhores intervenções investigadas. Nesta fase, os revisores investigaram se o efeito da intervenção é praticamente o mesmo em todos os estudos, local e participantes, ou se o efeito é divergente. Uma síntese dos dados foi realizada através de uma análise descritiva.

RESULTADOS

A amostra foi composta por seis periódicos, dos quais 5 foram extraídos da base de dados Medline e um artigo da Elsevier. As publicações dos artigos selecionados ocorreram de 2019 a 2024. Os trabalhos selecionados são constituídos por estudos de coorte, longitudinais, com a participação de profissionais em graduação em medicina ou enfermagem e atuantes em residência, observou-se na busca pelos trabalhos, a necessidade de atualização em estudos randomizados para melhor verificação e maior validação teórica.

No estudo de Das, et al (2022), participaram 88 profissionais de saúde, os quais tiveram seu conhecimento e habilidades avaliados. Para a intervenção utilizou-se o simulador SIMESON (Simulação de cuidados essenciais para o cuidado obstétrico e neonatal) como intervenção sobre o grupo, abordando aspectos como habilidades ao suporte de parto normal e controle de hemorragias e emergências obstétricas e neonatais. O treinamento dos profissionais ocorreu em uma maternidade de Bangladesh por 6 meses, otimizando o processo de avaliação ao término da pesquisa (DAS *et al.*, 2022).

Os resultados desse estudo apontam que o processo de ensino-aprendizagem utilizando a simulação SIMESON foi eficaz, pois trabalha a associação técnica e a aplicação no ambiente de trabalho. Os índices de conhecimentos alcançados apontam uma maior capacitação dos profissionais na realização da assistência neonatal, principalmente na avaliação da gestão ativa dos estágios do trabalho de parto (de 32,5% para 61,4%), indicando que se trata de uma importante ferramenta (DAS *et al.*, 2022).

O estudo conclui que as intervenções, com o uso de tecnologias de educação por simulação, apontam melhorias na assistência à saúde obstétrica e neonatal, pois otimizam o processo de educação dos profissionais, diminui a morbimortalidade materno-infantil, além de representar em longo prazo, redução de custos com a assistência, evidenciando a necessidade de avaliação contínua da qualidade do conhecimento dos profissionais (DAS *et al.*, 2022).

Na análise de Son (2023), com uma amostra de 71 estudantes de enfermagem que, cursando o terceiro ano, cumpriam estágios curriculares desse período. Todos participaram da oficina proposta de intervenção, que ocorreu numa maternidade, onde foi utilizada a ferramenta PBL, neste caso, ABP-S (Aprendizagem baseada em problemas e simulações) dividida em três seções, a terceira sendo de módulo prático em modelos (SON, 2023).

A competência global frente aos procedimentos iniciais do manejo clínico do parto normal foi gradativamente maior no decorrer das intervenções, ratificando a hipótese previamente formulada pelo pesquisador. Na conclusão do estágio, a pontuação global quanto às competências do manejo clínico observou-se maior competência dos acadêmicos de enfermagem quando comparados ao pré-teste (média de 29,42 no pré-teste a 33,44 na terceira seção, sendo o DP de 4,22) (SON, 2023).

Diante desses resultados observa-se que o treinamento de simulação é eficaz uma vez que aumentou o nível de confiança, de habilidades e competências dos acadêmicos de enfermagem através do fortalecimento do raciocínio clínico, facilitando o manejo de eventos adversos durante o trabalho de parto e assistência puerperal (SON, 2023).

Sharma, *et al.* (2023) utilizaram em seu estudo a ferramenta E-learning e treinamento em simulação, focados na saúde obstétrica e ginecologia. Participaram da análise 53 estudantes de medicina no último ano da graduação e 55 acadêmicos de enfermagem também no último ano de graduação, que foram previamente avaliados. Todos os estudantes receberam treinamento obstétrico tradicional com manequim de baixa fidelidade e avaliados quanto à autoconfiança nos procedimentos a serem realizados (SHARMA *et al.*, 2023).

Os pesquisadores apontam que a simulação utilizando simulador de alta fidelidade mostra-se eficaz para o ensino do parto normal, uma vez que os alunos apresentaram maior nível de compreensão da fisiologia do parto normal e raciocínio clínico, maior confiança na realização das manobras de avaliação obstétrica, bem como no manejo ao parto, sentia-se mais motivados, tinham maior prontidão para aprender e tomada de decisão (SHARMA *et al.*, 2023).

Os resultados desse estudo mostram claramente que os estudantes do grupo, após a intervenção, apresentaram maior aprendizado e desenvolvimento de habilidades práticas.

Entretanto, frente a uma situação clínica, julgam ser necessário o acompanhamento de profissionais mais experientes, uma vez que a capacitação ocorreu de forma online, apesar de haver módulo prático, mas de modo geral, consideram-se mais preparados (SHARMA *et al.*, 2023).

No estudo desenvolvido por Torres *et al.* (2020), o qual tinha em seu escopo comparar o processo de ensino aprendizagem, utilizando duas intervenções, simulação de alta fidelidade (HFS), com a participação de atores em situações realísticas, e outro, como o task-trainer SP (paciente simulado), com o uso de tutorial, tiveram como sujeitos do estudo 15 estudantes de medicina, os quais 11 residentes de ginecologia e 5 da clínica pediátrica (TORRES *et al.*, 2020).

A simulação de alta fidelidade com participação de atores apresenta boa eficácia dentro do processo de ensino aprendizagem do manejo ao trabalho de parto e avaliação ginecológica de modo geral. Observou-se que a participação de pacientes-atores durante a simulação melhora a capacidade de comunicação e habilidade prática dos discentes quando comparadas às intervenções dos professores enquanto pacientes simulados (TORRES *et al.*, 2020).

No estudo de Alsararieh *et al.* (2024), no qual participaram 88 estudantes de enfermagem. Destes, 80,8% consideravam-se confiantes com a assistência puerperal com foco na hemorragia pós-parto (ALSARARIEH *et al.*, 2024).

O treinamento com uso de simulação mais uma vez mostrou-se eficaz na aquisição de conhecimento e julgamento clínico e melhoria na capacidade de tomada de decisão. Demonstrando bastante eficácia no manejo de emergências obstétricas, principalmente quando há um correto planejamento das ações de intervenção, destacando a prática a partir da simulação potencializa o processo de aprendizagem, pois assemelha-se à realidade prática, extremamente importante na presença de emergências obstétricas (ALSARARIEH *et al.*, 2024).

No artigo de Atiomo et al (2024), em que os autores avaliaram um programa de ensino em obstetrícia a partir de simulações com foco na teoria da carga cognitiva, com a participação de 48 estudantes que estavam em residência. Antes da intervenção, todos os alunos participaram de vários módulos com metodologias ativas a fim de prepará-los para o estágio em obstetrícia. Estes módulos incluíam palestra sobre trabalho de parto normal / abdominal, cuidados pré-natais, avaliação e monitoramento dos batimentos cardíofetais, simulação de reanimação infantil e simulação do parto normal (ATIOMO *et al.*, 2024).

Verificou-se que os estudantes investem mais esforço em tarefas consideradas complexas, como o caso de manejo de emergências pediátricas e o parto normal (4,4 e 4,5 respectivamente, com desvio de 2,8 e 3) , do que em atividades que consideram de menor relevância (emergências ginecológicas com 3,5, dp: 2,9), o estudo infere que o processo de avaliação da aprendizagem é sujeito à influência do ambiente, da instituição de formação e viés de gênero, o gênero masculino demonstrou mais despreparo diante das situações abordadas, portanto, a implementação de uma ferramenta de educação continuada e a avaliação desta educação são indispensáveis na formação e preparo dos profissionais de saúde, por trabalharem o processo de associação entre a teoria e a aplicação prática e real no cotidiano(ATIOMO *et al.*, 2024).

DISCUSSÃO

Na atualidade, a eficácia do treinamento de simulação vem sendo testada e avaliada por diversas áreas do conhecimento, visando verificar os benefícios e contribuições que essa estratégia proporciona ao processo de ensino aprendizagem (EISAPAREH *et al.*, 2023). Alguns estudos comparam a eficácia do treinamento de simulação com outros métodos de ensino considerados tradicionais ou com a não aplicação de intervenções no grupo controle (SMITH *et al.*, 2020), enquanto que outras pesquisas comparam a utilização de simuladores de diferentes níveis de fidelidade.

Em estudo desenvolvido em hospitais associados à universidade de Urmia, avaliou-se o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem e o manuseio de dispositivos inalatórios utilizados no tratamento de DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica). Para isso, os pesquisadores disponibilizaram um folheto contendo informações sobre o uso correto dos dispositivos, avaliados por um profissional de enfermagem aos 81 participantes da pesquisa, onde dividiram-se os grupos de controle (n=40) e intervenção (n=41). Obteve-se, com a intervenção, uma ligeira melhora no grupo trabalhado, principalmente após a intervenção (24,17, dp: 4,41 antes da intervenção, para 29,27, dp: 1,89 depois da intervenção, sendo 26, 26; dp: 3,41, para o grupo controle após as oficinas, mas sem a simulação) (ABDALI; ALILU; FEIZI, 2024). O estímulo da simulação proporciona maior confiança aos estudantes, haja vista que se assemelha ao ambiente de prática, tornando-se, portanto, uma excelente ferramenta de aprendizagem.

Outra área em que se aplica o treinamento por simulação consiste na reanimação devido à parada cardíaca (SMITH *et al.*, 2020). Pesquisa, apresentando o propósito de avaliar a eficácia de um programa de treinamento com simulação de alta fidelidade para o desempenho satisfatório de estudantes de farmácia em suporte avançado de vida em AVC (Acidente vascular cerebral), divididos no grupo intervenção, que recebeu uma capacitação com simulador de alta fidelidade, e no grupo controle, que não recebeu intervenção. Foram avaliados o desempenho técnico, bem como o resultado de reanimação cardíaca em relação a confiança e habilidades na realização do procedimento. Quando comparados com os alunos que não foram expostos a Avaliação do Suporte Avançado em Cardiologia saindo de 75,6% a 85% após o curso de aprimoramento, os autores destacam também a reciclagem constante deste conhecimento ao aprimoramento da equipe (SMITH *et al.*, 2020).

A eficácia do treinamento de simulação também foi verificada entre estudantes de Enfermagem em uma instituição de ensino do Rio Grande do Sul no cuidado de prematuros com hipoglicemia, que participaram de uma avaliação de cenário proposto por professores pós-graduados na área de neonatologia. Os alunos avaliaram positivamente a implementação do cenário, principalmente por ser semelhante à vivência prática no ambiente de trabalho, além de exercer forte estímulo ao raciocínio clínico (PORTO; CUNHA, 2023). Semelhante a um estudo sobre a simulação como fator de empoderamento entre os profissionais de enfermagem na educação sobre técnicas inalatórias corretas para os pacientes com DPOC (ABDALI; ALILU; FEIZI, 2024).

Outro estudo aborda a aprendizagem por simulação como ferramenta na diminuição e manejo de eventos adversos evitáveis em obstetrícia, um estudo realizado em maternidades da Alemanha, onde os profissionais receberam um treinamento e eram avaliados quanto ao comportamento comunicativo, segurança do paciente e autoconfiança. Além disso, os pesquisadores avaliaram também a epidemiologia de eventos adversos, de modo a verificar a qualidade do conhecimento adquirido pelos profissionais, como resultados, obtiveram uma queda de 13,5% a 8,83% de eventos adversos, principalmente relacionados a diagnóstico errôneo, observa-se também, índices relevantes de autoconfiança na gestão de emergências, demonstrando a efetividade de tecnologias de aprendizagem na comunicação (HÜNNER *et al.*, 2023).

Ainda sobre a comunicação, um artigo da universidade e escola de medicina de Londres avaliou o processo de comunicação e aprendizagem, com a utilização de pacientes sujeitos (atores) na difusão de saberes e troca de experiências, contando com a participação de

30 estudantes, divididos em grupos de 6 pessoas. Destaca-se no trabalho realizado, a autoavaliação da qualidade de informação que os estudantes de medicina passavam aos seus pacientes, averiguando, portanto, a saúde da relação profissional-paciente, apontando desfechos promissores na instituição desta estratégia nas escolas e cursos de saúde (GEORGE; WELLS; CUSHING, 2022).

Juntamente a isso, verifica-se que a comunicação interprofissional, aliada à tecnologias de simulação de alta fidelidade tornam o processo de ensino e aprendizagem mais proveitosos, haja vista que otimiza o processo de assimilação com a realidade clínica, que estimula o raciocínio clínico dos estudantes, que por sua vez, conseguem administrar uma assistência de qualidade em suas respectivas áreas de atuação (HÜNNER *et al.*, 2023) (GEORGE; WELLS; CUSHING, 2022).

CONCLUSÃO

Após a análise dos artigos, verificou-se que há a adoção do uso de simulação no processo de ensino/aprendizagem na assistência à saúde obstétrica e ginecológica, em especial na área da medicina. Foi unânime em todos os achados que treinamento por simulação apresenta eficácia para a aquisição de competências, habilidades, confiança, raciocínio clínico e tomada de decisão. A eficácia do uso da simulação foi presente tanto nas simulações utilizando manequins de alta como naquelas de baixa fidelidade. Os limites desse estudo versam na quantidade de estudos avaliados, em especial no uso de simulação na área da Enfermagem. Espera-se que os resultados aqui elucidados sirvam de subsídios tanto para implementar quanto direcionar a adoção do treinamento de simulação na assistência ao trabalho de parto e parto para estudantes de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABDALI, M.; ALILU, L.; FEIZI, A.; The Effect of Simulation-Based Education on Patient Training Correct Inhaler Technique of Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. SAGE Enfermagem Aberta. 2024;10.
- ANDRIGHETTI, T. P.; KNESTICK, J. M.; MAROWITZ, A.; MARTIN, C.; ENGSTROM, J. L.; Shoulder dystocia and postpartum hemorrhage simulations: student confidence in managing these complications. J Midwifery Womens Health. 2012;57(1):55-60.

ALSARAIH, A.; MADHAVANPRABHAKARAN, G.; RAGHAVAN, D.; ARULAPPAN, J.; KHALAF, A.; Effect of a high-fidelity simulation-based teaching-learning experience (SBTLE) on maternal health nursing students' knowledge of postpartum hemorrhage, confidence, and satisfaction, *Teaching and Learning in Nursing*. Volume 19, Issue 1, 2024, Pages e176-e181, ISSN 1557 3087

ATIOMO, W.; ENNAB, F. STANLEY, A.; EZIMOKHAI, M.; Evaluating an obstetrics and gynecology teaching program for medical students incorporating simulation-based education underpinned by cognitive load theory. *Front Med (Lausanne)*. 2024 Mar 25;11:1304417.

CORVETTO, M.; BRAVO, M. P.; MONTAÑA, R.; UTILI, F.; ESCUDERO, E.; BOZA, C.; Simulación en educación médica: una sinopsis. *Rev Med Chile* 2013;141(1):70-9.

CARYIER, V.; INAN, C.; ZINGG, W.; DELHUMEAU, C.; WALDER, B.; SAVOLDELLI, G.L.; Simulation-based medical education training improves short and long-term competency in, and knowledge of central venous catheter insertion: A before and after intervention study. *Eur J Anaesthesiol*. 2016;33(8):568-74.

DAS, R.; FARZANA, F. D.; SULTANA, Z.; MUKHERJI, K.; BAAYO, A.; SULTANA, M.; ALI N.; CHISTI, M. J.; SARKER, S. A.; AHMED, T.; FARUQUE A.; Evaluation of SIMESON, a training program to improve access to quality health care for pregnant women and newborn in different healthcare facilities of northern Bangladesh. *Nurs Open*. 2022 Jan;9(1):801-815.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R.; Revisão sistemática: noções gerais. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011;45(5):1260-6.

EISAPAREH, K.; NAZARI, M.; KAVEH, M. H.; COUSINS, R.; MOKARAMI, K.; Effects of an educational intervention program based on the PRECEDE–PROCEED model for anger management and driving performance of urban taxi drivers: A comparison of traditional and online methods, *Safety Science*, Volume 157, 2023,105933,ISSN 0925-7535,

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELINYK, B. M.; STILWELL, S. B.; WILLIANSON, K. M.; Evidence-based practice step by step: Critical appraisal of the evidence: part I. *Am J Nurs*. 2010;110(7):47-52.

GEORGE, R.E.; WELLS, H.; CUSHING, A.; Experiences of simulated patients in providing feedback in communication skills teaching for undergraduate medical students. *BMC Med Educ* 22, 339 (2022).

HÜNER, B.; DERKSEN, C.; SCHMIEDOFER, M.; LIPPKE, S.; RIEDMÜLLER, S.; WOLFGANG, J.; REISTER, F.; SCHOLZ, C.; Reducing preventable adverse events in obstetrics by improving interprofessional communication skills – Results of an intervention study. *BMC Gravidez Parto* 23, 55 (2023).

KHAN, K.; KUNZ, R.; KLEIJNEIN, J.; ANTES, G.; Systematic reviews to support evidence-based medicine. 3rd edition. London: Royal Society of Medicine, 2022.

NITSCHMAN, C.; BARTZ, D.; JOHSON, N. R.; Gynecologic simulation training increases medical student confidence and interest in women's health. *Teach Learn Med.* 2014;26(2):160-3.

OKLA, G., EDEN D., OKLA, N.; Simulation Lab: "A Contemporary Medical Essential". *Middle East J Anaesthesiol.* 2016;23(4):501-3.

PORTO D. S.; CUNHA, M. L.C.; Validation of telesimulation in the care of late preterm newborns with hypoglycemia for nursing students. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023;76:20220438.

SHARMA, K. A.; MURRY, L. L.; BHARTI, J.; KAUR, R.; MEENA, J.; KULSHRESTA, V.; MANSOOR, S.; SONI, S.; KUMAR, S.; Blended Teaching Methodology of E-learning and Simulation Training in Obstetrics and Gynecology for Undergraduate Medical and Nursing Trainees. *Cureus.* 2023 Jun 6;15(6):e40062.

SMITH, S.; FINDER, S.; NEWSON, A. S. ;FULFORD M. Effect of formal advanced cardiovascular life support training with high-fidelity mannequins on knowledge and confidence of third-year PharmD students [versão 1]. *MedEdPublish* 2020, 09:259

SON, H. K.; Effects of simulation with problem-based learning (S-PBL) on nursing students' clinical reasoning ability: based on Tanner's clinical judgment model. *BMC Med Educ.* 2023 Aug 24;23(1):601.

SWEENEY, J.; MAIETTA, R.; OLSON, K.; An analysis comparing "Sim Huddles" to traditional simulation for obstetric emergency preparedness. *Nurs Womens Health.* 2015;19(1):16-25.

TEIXEIRA, C. R. S.; KUSUMOTA, L.; BRAGA, F. T. M. M.; GAIOSO, V.P., SANTOS, C. B.; SILVA, V. L. S.; O uso de simulador no ensino de avaliação clínica em enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2011;20(spe):187-93.

TIND, D.S.; SIM, S. S.; YAU, C. W.; ROSMAN M.; AW, A.T.; YEO I.Y.; Ophthalmology simulation for undergraduate and postgraduate clinical education. *Int J Ophthalmol.* 2016; 9(6):920-4.

VRIES, A.H.; SCHOUT, B. M.; Van MERRIENBÖER, J. J.; PELGER, R. C.; KOLDEWIJN E. L.; MUIJTJENS, A. M.; WAGNER C.; High educational impact of a national simulation-based urological curriculum including technical and non-technical skills. *Surg Endosc.* 2016 Jul 7.

TOOHEY, S.; WRAY, A.; HUNTER, J.; WALDROP, I.; SAADAT, S.; BOYSEN-OSBORN, M.; SUDARIO, G.; SMART, J.; WIECHMAMM, W.; PRESSMAN, S. D. C.; Comparing the Psychological Effects of Manikin-Based and Augmented Reality-Based Simulation Training: Within-Subjects Crossover Study. *JMIR Med Educ* 2022; 8(3):e36447

TORRES, A.; HORODENSKA, M.; WITKOWISK, G.; T K.; Hybrid simulation of pediatric gynecologic examination: a mix-methods study of learners' attitudes and factors affecting learning. *BMC Med Educ.* 2020 May 24;20(1):164.

VIVÊNCIAS DE ENFERMAGEM JUNTO AOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Francisca Roberta de Queiroz Cabral - Enfermeira. Pós-graduada em UTI.

Ana Beatriz Frota Lima Rodrigues - Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e UTI.

Igor Cordeiro Mendes - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem - Professor da Universidade Estadual do Ceará

Francisco Mayron Moraes Soares - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

INTRODUÇÃO

A crise sanitária e econômica que se instalou em 2020 devido à pandemia do SARS-CoV-2 tem causado diversas repercussões na área de epidemiologia em escala mundial e traz uma grande preocupação devido aos impactos sociais, econômicos, políticos e culturais que alcançam as diferentes dimensões (Fiocruz, 2020).

Com a ascensão da epidemia do Covid-19, no início circunscrito à cidade de Wuhan, região da China, transformando-se em uma pandemia, afetando rapidamente as estruturas dos hospitais e dos negócios, ocasionando dificuldades nas rotinas individual e coletiva dentro dos parâmetros de caráter pandêmico e dos fatores associados à maior gravidade e uma letalidade do vírus (Agência Brasil, 2020).

A superlotação dos sistemas de saúde no Brasil devido à exposição das populações e dos grupos de riscos desencadeou um estado de calamidade pública e emergência, na tentativa de vírus, utilizando medidas como distanciamento social e isolamento (Ornell; Chuch; Kessler; Sordi, 2020).

As medidas tomadas até o momento visam evitar a superlotação dos sistemas de saúde em atender à população que evolui para as formas mais graves da doença que caracterizam a síndrome respiratória aguda grave (Velavan; Meyer, 2020). Os pacientes contaminados podem apresentar sintomas como tosse seca, dor de cabeça, febre e dispneia, podendo levar a morte rapidamente por danos pulmonares e em casos graves é importante ter os cuidados em unidades de terapia intensiva (UTI).

A UTI é um setor hospitalar de alta tecnologia e complexidade, monitorizada de forma peculiar por aparelhos e com equipe multiprofissional especializada para identificar qualquer alteração no organismo do indivíduo. O ambiente é apropriado, dispondo em geral de

suporte tecnológico avançado como ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, utilização de drogas vasopressoras e bloqueadores neuromusculares (Favarin; Camponogara, 2012).

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi identificar as vivências dos cuidados da enfermagem em pacientes internados na unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. Com uma análise da produção de autores, as citações e periódicos, bem como das redes de colaboração que eles estabelecem, espera-se exceder um escopo de estudos tradicionalmente empreendidos, razão por que se atribui relevância ao artigo.

Os cuidados eficientes e de elevada qualidade devem se traduzir no maior número de sobreviventes com a qualidade de vida possível. A prestação de cuidados por profissionais de saúde resulta em uma taxa de mortalidade inferior à estimada, apesar dos problemas com a escassez de recursos e de outros gargalos. O paciente crítico portador da COVID-19 necessita de constante e rigorosa vigilância dos seus sinais vitais, tornando-se ainda imprescindível que a equipe assistencial da unidade de terapia intensiva esteja disponível e identifique através das informações precoce todas as alterações hemodinâmicas, através da monitorização rigorosa e atenta (Guimarães et al., 2020).

Com a contagiosidade do vírus e uma grande proporção de infectados, é importante ter a seguridade um bom desempenho da UTI por várias razões, em especial diante de um cenário com a taxa de mortalidade alta e a restrição de recursos. É mais fácil e mais barato melhorar o desempenho e aumentar o giro de leitos devido ao tamanho da população exposta do que criar um novo leito de UTI (com todos seus investimentos iniciais, de pessoal e materiais, além dos custos relacionados com medicamentos) (Soares, et al., 2015).

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica e abordagem de revisão da literatura, com forma ampla de compreender todas as experiências dentro do processo de elaboração entre o pesquisador e o que se busca pesquisar. Souza, Silva e Carvalho (2010) descrevem que a abordagem metodológica para revisões de literatura proporciona a síntese de conhecimento e que permite a inclusão de variados tipos de estudos, combinando dados da literatura teórica e da empírica, “além de incorporar um vasto leque de propósitos como: definição de conceitos, revisão de teorias e as evidências com análise de problemas metodológicos de um tópico particular”.

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de fevereiro a abril de 2021, em publicações indexadas nas bases de dados, dentre a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Public Medline (PUBMED) e Google Acadêmico, com uma utilização dos seguintes descritores: “COVID-19”, “cuidados”, “unidades de terapia intensiva” e “enfermagem”. A escolha das informações deu-se através do objetivo de buscar ter o alcance apenas trabalhos realizados em contexto nacional entre os anos de 2020 a 2021, com relevância e aderência ao objetivo geral do trabalho.

Para os critérios de inclusão, foram aplicados os seguintes filtros: artigos publicados e completos em língua portuguesa no período definido, com interesse desta revisão de literatura com originários de qualquer estado brasileiro e com cenário de pesquisa situado em hospitais. Em relação aos fatores de exclusão, foram verificados os artigos que, embora tenham surgido após a aplicação dos descritores, não condiz com o tema proposto.

Foram identificadas 18 publicações, sendo onze na Lilacs, três no PubMed e quatro na SciELO. Na fase de identificação foram excluídos cinco textos por duplicidade e um por não estar disponíveis na íntegra. Destes, após finalizar a leitura do título e do resumo, cinco foram excluídos por não apresentarem relação com a temática e oito por não responderem à pergunta de pesquisa.

Após a etapa de levantamento das publicações, realizou-se uma leitura na íntegra das publicações, atentando-se novamente aos critérios de inclusão e exclusão. Essa etapa auxiliou na categorização das informações extraídas das publicações. A análise dos dados ocorreu pela técnica de temática, definida como a descoberta dos núcleos de sentidos, que constituem uma comunicação acerca da frequência ou da presença de algum significado para o objeto que será analisado.

Este método de análise possui três etapas: a pré-análise, em que ocorre a ordenação dos dados obtidos, a exploração do material, em que os dados são classificados de forma a alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da formulação de categorias e o tratamento dos resultados obtidos com interpretação, com articulação de dados do referencial teórico, visando responder as questões da pesquisa (Minayo, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sistematização da seleção das publicações, a partir dos descritores utilizados com os artigos anexados, utilizando as bases de dados em: LILACS, MEDLINE, SCIELO, PUBMED e Google Acadêmico com critérios de inclusão e exclusão, totalizando 5 (cinco) publicações selecionadas para a revisão, publicados em periódicos nacionais, no período de 2020 a 2021 e descritos no (Tabela 1), conforme os anos, os títulos, os autores, o cenário para a pesquisa e a revista de publicação.

Tabela 1. Perfil das publicações científicas analisadas.

Ano	Título	Autores (as)	Local do Cenário da Pesquisa	Revista
2019	Otimização dos cuidados intensivos na assistência ao paciente com COVID-19	Busanello, J.; Galetto, S. G. da S.; Harter, J.; Garcia, R. P.	Experiências de enfrentamento à pandemia, as características epidemiológicas e o padrão institucional hospitalar.	Revista Enfermagem em Foco
2020	Unidades de terapia intensiva no Brasil e a fila única de leitos na pandemia da COVID-19	Fagundes, M. C. M.; Freire, N. P.; Machado, M. H.; Neto, F. R. G. X.	Sites, redes sociais oficiais e relatórios do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).	Revista Enfermagem em Foco
2020	COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil	Moreira, R. da S.	Unidades de análise foram as Regiões de Saúde no Brasil.	Cadernos de Saúde Pública
2020	A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva na pandemia de COVID-19: relato de experiência	Nunes, M. R.	Unidade de terapia intensiva na pandemia de COVID-19 em um hospital público de referência de Porto Alegre/RS.	Revista Eletrônica Acervo Saúde
2020	Preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19	Freitas, R. F.; Barros, I. M.; Miranda, M. A. F.; Freitas, T. F.; Rocha, J. S. B.; Lessa, A. do C.	94 técnicos de enfermagem que atuam em UTIs durante a pandemia da COVID-19 em um grande centro urbano do norte de Minas Gerais.	SciELO - Scientific Electronic Library Online

Fonte: Elaborado pelos autores (dados da pesquisa).

Na Tabela 2 são apresentados os resultados da pesquisa de literatura, cuja organização se dá conforme os objetivos, os métodos, os resultados e a conclusão de cada estudo.

Tabela 2. Caracterização dos estudos

Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusão
Refletir acerca das estratégias para a otimização dos cuidados intensivos na assistência ao paciente com COVID-19.	Estudo teórico-reflexivo.	O conceito de otimização do cuidado, aplicado ao contexto de pandemia da COVID-19, pode ser definido como o conjunto de ações ao atendimento das necessidades humanas básicas e a operacionalização do suporte avançado, com vistas à segurança do paciente e à minimização dos riscos relativos à exposição biológica dos profissionais.	A otimização do cuidado ao paciente com COVID-19 requer reorganização das unidades de terapia intensiva, treinamentos, provisão de equipamentos de proteção individual e atenção à saúde ocupacional.
Discutir a proposta de Fila Única nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) durante a pandemia de COVID-19.	Estudo quantitativo e descritivo	Os estados da região Norte apresentam os menores indicadores de leitos/100 mil habitantes. O Sistema Único de Saúde detém 54,0% dos leitos do país. Nos estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso, São Paulo e no Distrito Federal os leitos não SUS predominam. A região Sudeste possui o maior cluster (50,2%) de leitos, 37,9% estão na região Sudeste e 29,5% na Nordeste.	O colapso do sistema de saúde, projetado por especialistas frente ao avanço da COVID-19, já chegou a alguns estados. A desigualdade no número de leitos per capita entre as redes públicas e privadas dificulta a racionalização dos recursos, sendo observadas também disparidades regionais.
Identificar tanto as regiões com as maiores taxas de mortalidade específica por essas doenças quanto as com maior escassez de UTI e ventiladores pulmonares.	Estudo ecológico espacial transversal	As regiões de saúde com as maiores médias na mortalidade estão localizadas em regiões cuja escassez de leitos de UTI e de ventiladores foi visualizada, especialmente, em partes das regiões Nordeste, Sudeste e Sul.	Associado às regiões com maior probabilidade de demanda, determinada pelo perfil de mortalidade por causas que aumentam a letalidade do vírus, o que observamos é uma situação preocupante no tocante à resposta dos serviços de saúde.
Relatar a atuação do enfermeiro de uma unidade de terapia intensiva (UTI) adulto de pacientes com COVID-19.	Estudo descritivo e narrativo.	Frente ao cenário da pandemia, se faz necessário conhecer tecnologias e conhecimento acerca do atendimento aos pacientes com COVID-19 com o intuito de pautar a nossa assistência em um cuidado baseado em evidências.	A pandemia de COVID-19 trouxe enormes desafios para as equipes de enfermagem no que concerne a mudanças de práticas assistenciais e readequações na gestão de trabalho. Portanto, é necessário instrumentalizar os profissionais com conhecimentos sobre novo coronavírus e propiciar ambientes de trabalho adequados.
Avaliar a prevalência e a existência de fatores preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem que atuam em unidade de terapia intensiva (UTI) durante a pandemia da COVID-19.	Estudo descritivo com caráter transversal e uma abordagem quantitativa.	Observou-se uma prevalência da síndrome em 25,5% da amostra analisada. As variáveis que, após análise múltipla, se mostraram como preditores associados a maior prevalência de síndrome de Burnout foram: idade > 36 anos, realizar hora extra, considerar a carga horária de trabalho rígida e ser etilista.	Conclui-se que a prevalência da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem que atuam em UTIs e que estão na linha de frente na pandemia da COVID-19 foi alta e fatores sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais se mostraram como preditores da síndrome.

Fonte: Elaborado pelos autores (dados da pesquisa).

As publicações selecionadas acima são recentes, no contexto de incertezas relacionado à propagação e duração da pandemia de COVID-19. Constata-se que, a assistência ao paciente em situação crítica o que requer aos enfermeiros que atuam diretamente em unidade intensiva, uma preparação tanto na forma de atendimento e cuidado ao paciente, como de se proteger no contra risco de contaminação e disseminação da doença (Belarmino, *et al.*, 2020).

Os estudos apontaram que existe uma escassez de recursos médicos assistenciais, que inclui tanto recursos físicos quanto humanos. Esses fatores ficaram ainda mais visíveis com a pandemia e a alta demanda de pacientes infectados com o novo coronavírus, que precisam de cuidados específicos e rápidos, evitando a superlotação das vagas nas enfermarias e dos leitos de UTI.

O risco de um colapso no sistema de saúde brasileiro tornou-se evidente, com base em informações de outros países afetados anteriormente, deixando todos os profissionais da saúde apreensivos e a população em pânico. Apesar dos alertas, a rapidez com que a SARS-CoV-2 se disseminou em algumas regiões brasileiras confirmam o impacto e com uma iminência de colapso nos hospitais públicos e privados (Rocha, 2021).

Os dados sobre a situação de leitos hospitalares, sobretudo os de UTI, mostram que o Brasil já apresentava um déficit que, do quadro epidemiológico da COVID-19, se acentuou e causou desafios na tomada de decisão e despreparo dos profissionais, exigindo vários esforços das três esferas de governo, para a ampliação de vagas, com o credenciamento de urgência de novos leitos (Fagundes, *et al.*, 2020).

Busanello, Galetto, Harter e Garcia (2019) validam com Moreira (2020) ao destacar os momentos de tragédia, de escassez de recursos, a centralização da decisão no uso dos leitos de UTI que se tornou uma alternativa logisticamente válida e com desafios para os profissionais, devido ao ambiente com ruídos, alarmes e de procedimentos invasivos constantes, que remete a limitação para na implementar políticas voltadas à humanização, sendo fundamental para as situações de pandemia e na qualidade da recuperação dos pacientes.

Em consonância, Nunes (2020), a pandemia do novo coronavírus, existem dificuldades para realizar as práticas de humanização nesses espaços, em especial na UTI, devido à grande demanda exigida aos profissionais de enfermagem. Outros problemas estão relacionados com as condições precárias de trabalho adicionadas as altas e injustas cargas horárias que geram os elevados níveis de estresse que causam danos físicos e psíquicos, desgastes físico e mental.

Moreira (2020) investigou que apesar das medidas tomadas até o momento que visam evitar a superação da capacidade dos sistemas de saúde em atender à população que evolui para as formas mais graves da doença, ocorreu a sobrecarga do sistema de saúde e internações em UTI com a acelerada taxa de contaminação. Entretanto, é fundamental avaliar que existem outras condições que exigem o uso de UTI, nas situações rotineiras, que não são causadas pela COVID-19.

A admissão dos pacientes em UTI requer uma equipe multiprofissional capacitada e a assistência para um atendimento devido às condições críticas, as comorbidades associadas e aos riscos à saúde apresentados durante a internação. Moreira (2020) observou que a escassez de recursos médicos assistenciais, incluindo tanto recursos físicos quanto humanos, envolve a deficiência do sistema de saúde e de outros ambientes com déficit em infraestrutura crítica de operação.

Na mesma linha, Fagundes *et al.* (2020), buscou diagnosticar a necessidade de ampliar a área emergencial do número de leitos de UTI, criação de muitos em hospitais de campanha e a improvisação de leitos para pacientes graves com COVID-19. Devido à alta demanda, têm-se critérios para tentar desafogar o uso de UTI, apesar do longo período de tragédia, de mortes e falta de recursos, o que acaba centralizando a decisão no uso dos leitos de UTI que pode ser uma alternativa logisticamente válida (Moreira, 2020).

O cuidado aos pacientes com COVID-19 nas UTI implica em uma reorganização nas unidades, sendo importante a qualificação dos profissionais, a provisão de EPI específicos e a atenção à saúde dos colaboradores. Todo o espaço físico deve ser estruturado para que aja um quantitativo e que permita divisão e classificação da unidade em áreas específicas, idealmente compostos por leitos de isolamento (Busanello, *et al.*, 2020).

O trabalho exaustivo de enfermagem no cuidado aos pacientes críticos em UTI traz um sofrimento psíquico e um desgaste mental, com o isolamento social, o excesso de trabalho e a pressão nos serviços de saúde, que ainda intensifica os sentimentos de tristeza e, também, repercussões orgânicas como falta de apetite e distúrbio de sono (Nunes, 2020). A pandemia da COVID-19 evidenciou diversos problemas de comunicação com as alterações drásticas nas relações sociais e de trabalho.

Busanello *et al.* (2020) observaram que as perdas em massa nos leitos de UTI acabam com uma sobrecarga laboral para os profissionais de saúde que precisam buscar alternativas respeitadas, transformar as perdas e enfrentar desafios durante e após a vigência da

pandemia. Lidar com o processo de frustração constante frente às mortes constantes de pacientes traz um desânimo imenso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou desde o início da pandemia que todo o quadro de enfermeiros sofre com níveis extremos de desgastes físicos e mentais intensos, bem como um risco para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout (BN) (Humerez, *et al.*, 2020).

Sob a ótica, Freitas *et al.*, (2020) investigaram que o cenário da pandemia da COVID-19 reflete a importância de manter um esforço mundial para que as lacunas do conhecimento sobre esse vírus sejam respondidas rapidamente pela ciência e com os cuidados da prática nos serviços de saúde, com medidas restritivas adotadas para proteger a população, inclusive os profissionais de saúde, da contaminação pelo vírus e dos distúrbios emocionais relacionados ao trabalho.

As longas jornadas e a pressão com a COVID-19 tem impacto constante que acarretam desequilíbrio entre esforços e recompensas com o aumento de exigências no trabalho e podem influenciar em desfechos da Síndrome de Burnout. Excesso de trabalho varia em intensidade, pausas, esgotamento físico e frequências de repetição. Quanto piores as condições no hospital em termos psicossociais e de carga de atribuições, mais prejudicial tende a ser toda a jornada (Freitas, *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar os cuidados da enfermagem na UTI, em pacientes com COVID-19, por meio da revisão de literatura e os dados obtidos em 5 (cinco) artigos publicados. Os resultados apontam que é importante ter as inúmeras adequações junto ao sistema de saúde, exigindo conhecimento, segurança e flexibilidade para ultrapassar todo o período vivenciado. Apesar das dificuldades, é possível que, com a otimização de cuidados os serviços de saúde se fortaleçam para uma assistência de maior excelência no pós-pandemia.

Por meio da revisão, foram identificados pontos frágeis com base nas publicações em que foi possível constatar o que se pretendia com o objetivo da pesquisa, identificando várias fragilidades na esfera da disponibilização de recursos, como: falta de quantitativo de recursos humanos, leitos de UTI, leitos gerais e equipamentos de ventilação assistida, deixando claro o embasamento teórico e metodológico em um ambiente bastante difícil e rotinas desgastantes.

Embora as publicações disponíveis na internet não tenham sido amplas, por buscar e utilizar apenas cinco artigos, admitindo que as contribuições científicas em relação à amostra foram limitadas para exploração dos conteúdos e por serem estudos de uma forma quantitativa. Entretanto, alcançou-se, a viável possibilidade de cumprir com o objetivo para identificar os desafios e adequação rápida da equipe de enfermagem com os cuidados e proteção para o atendimento dos pacientes, superando diariamente o medo e a exaustão, além de combater a COVID-19.

Dessa forma, sugere-se na forma de contribuição para outros trabalhos acadêmicos à produção de mais publicações científicas que contribuam com maiores números e conteúdo, inclusive na modalidade qualitativa.

Com limitações de estudo, ressalta-se que existe várias publicações sobre a temática proposta, inclusive falta detalhar melhor as ferramentas avaliativas utilizadas para mensurar a vivência do enfermeiro na UTI durante a pandemia da COVID-19. Contudo, compreende-se a singularidade desse cenário de crise sanitária e as dificuldades existentes para pesquisas mais robustas. Com isso, não se adotaram, nessa revisão, instrumentos de avaliação da qualidade e dos riscos de vieses para os artigos selecionados. Porém, os estudos auxiliaram as finalidades do levantamento de reflexões sobre o trabalho da enfermagem no enfrentamento da pandemia COVID 19.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Efeitos do coronavírus começam a ser sentidos pelo comércio, diz CNC.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz. Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia. 2020

BUSANELLO, J.; GALETTO, S. G. DA S.; HARTER, J.; GARCIA, R. P. Otimização dos cuidados intensivos na assistência ao paciente com COVID-19. 2019. Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem.

DE HUMEREZ D.C., OHL, R. I. B, SILVA, M. C. N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia da COVID-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. Cogitare Enfermagem. 2020.

FAGUNDES, M. C. M.; FREIRE, N. P.; MACHADO, M. H.; NETO, F. R. G. X. Unidades de terapia intensiva no Brasil e a fila única de leitos na pandemia da COVID-19. 2020. Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 2012, 2(2), 320–329.

FREITAS, R. F.; BARROS, I. M.; MIRANDA, M. A. F.; FREITAS, T. F.; ROCHA, J. S. B.; LESSA, A. do C. Preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. 2020.

GUIMARÃES, H. P.; UJAKOW, D. C. S.; RODRIGUES, R. R.; FREITAS, A. P. R.; CORRÊA, T. D. *et al.* Recomendações para intubação orotraqueal em pacientes portadores de COVID-19. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE).

MINAYO, M., C., S., (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MOREIRA, R. da S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. 2020. *Cadernos de Saúde Pública*.

NUNES, M. R. A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva na pandemia de COVID-19: relato de experiência. 2020. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*.

ORNELL, F., SCHUCH, J. B., SORDI, A. O., KESSLER, F. H. P. Pandemia de medo e CoVid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista debates in psychiatry*. 2020.

ROCHA, C. Os cenários de um colapso generalizado na saúde do Brasil. 2021. *Nexo Jornal*.

SOARES, M.; SILVA, U. V.; HOMENA, W. S.; FERNANDES, G. C.; DE MORAES, A.P.; BRAUER, L.; LIMA, M. F.; DE MARCO, F. V.; BOZZA, F. A.; SALLUH, J. I.; Cuidado familiar, políticas de visitas, desempenho na UTI e eficiência no uso de recursos: percepções do estudo ORCHESTRA. *Intensive Care Med*. 2017; 43 (4): 590-1.

SOUZA, M. T. de.; SILVA, M. D. da.; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* vol. 8. São Paulo Jan/Mar. 2010.

VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health*, v. 25, n. 3, p. 278–280, 2020.

CONSTRUÇÃO DE UM MANUAL EDUCATIVO PARA O ENSINO ACERCA DA GASOMETRIA ARTERIAL

Aléxia Éllen Albuquerque Farias - Enfermeira. Graduada pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade UNINTA - Campus Itapipoca. Itapipoca, Ceará, Brasil.

Cícero José Pinto Filho – Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Uninta – Campus Itapipoca.

Francisco Luan Sousa Braga - Enfermeiro. Graduado pelo centro Universitário Uninta Itapipoca. Mestrando pela Universidade Federal do Piauí- UFPI, Brasil.

Ana Beatriz Frota Lima Rodrigues - Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e UTI.

Francisco Mayron Moraes Soares - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

INTRODUÇÃO

A gasometria arterial é um dos exames mais solicitados em unidades de terapia intensiva e de emergências. Os enfermeiros são responsáveis pela coleta de amostras de sangue arterial, que são feitas em artérias. Dessa forma, o ato requer do profissional, além da habilidade, adequado conhecimento técnico-científico, compreender, avaliar, monitorar e estipular ações de enfermagem frente aos distúrbios do equilíbrio ácido-base, da oxigenação pulmonar do sangue arterial e da ventilação alveolar, distúrbios, provocados por comprometimento cardíaco, renal, endócrino, infecções graves, overdoses de substâncias tóxicas, dentre outro (VIANA, et al., 2011).

A gasometria arterial tem por objetivo mensurar os valores do pH sanguíneo, da pressão parcial de gás carbônico (PaCO_2) e oxigênio (PaO_2), do íon bicarbonato (HCO_3) e da saturação da oxi-hemoglobina, dentre outros. A gasometria avalia a evolução de doenças respiratórias e de outros quadros clínicos que acometem os pulmões (FERNANDES, et al., 2012). Os parâmetros de normalidade da Gasometria Arterial são: pH de 7,35 a 7,45; PO_2 de 80 a 100 mmHg; pCO_2 de 35 a 45 mmHg e HCO_3 de 22 a 26 mmHg (VIANA, et al., 2011).

Na assistência à saúde, de forma mais atual, a análise de gasometria arterial tornou-se essencial como parte da investigação da avaliação respiratório e outros distúrbios clínicos e, por consequência, surgiu como um procedimento realizado de forma regular em contextos clínicos (HERNÁNDEZ-PADILLA, 2016).

A literatura tem descrito este procedimento como invasivo, muito doloroso, desafiador e que não está isento de riscos. Estudos de caso sugerem que erros durante o procedimento na punção arterial para análise de gasometria arterial podem causar complicações

graves como lesões nervosas, síndrome compartimental aguda, trombose e pseudoaneurisma (MATHESON, 2014; HERNÁNDEZ-PADILLA, 2016).

Segundo o DECRETO N94.406/87 cabe ao enfermeiro atuante em UTI executar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exigem amplos conhecimentos científicos, além de possuir capacidade de tomada de decisões imediatas. Pois, as Unidades de Terapia Intensivas UTI são locais destinados ao tratamento de pacientes considerados graves ou de alto risco e devem dispor de recursos materiais, equipamentos e profissionais que permitam o cuidado constante e uma assistência rápida, eficaz e constante, em busca da recuperação por completo do indivíduo. Sendo assim, este profissional precisa de qualificação adequada, desempenho de competências profissionais específicas durante a execução do seu trabalho, que lhe permitam desenvolver suas funções e, domínio da tecnológico, humanização e individualização no cuidado, qualificando assim a assistência prestada. (ZICA; SALVES; SILVA; 2021. et al)

Verificou-se nas buscas na literatura, uma escassez de estudos de intervenções educativas nas práticas avanças como a de gasometria arterial, além de poucos estudos com a temática. Agrega-se tal problemática, a necessidade dos estudantes de graduação em enfermagem no desenvolvimento acerca de práticas mais invasivas para melhoria da performance profissional e a segurança do paciente. Visando reduzir qualquer efeito adverso relacionado ao procedimento, deve-se assegurar capacitação na execução para a segurança do paciente.

Todavia, pode-se afirmar que a segurança depende, sobretudo, dos conhecimentos, habilidades e responsabilidades dos profissionais que executam o cuidado e da organização do trabalho. Desta maneira, cabe ao enfermeiro conhecer as controversas envolvidas com a coleta de sangue arterial, a fim de reduzir a incidência de complicações ao paciente, bem como garantir uma amostra confiável para a realização da análise.

Logo, as metodologias de ensino e aprendizagem são um desafio que fazem parte do cotidiano dos docentes que continuamente estão à procura de estratégias de ensino eficazes, que possam contribuir para o aprendizado dos discentes e seu desenvolvimento em prática educacional de excelência no decorrer do ensino, para que logo depois desempenhem seus conhecimentos profissionalmente.

Os métodos educacionais têm passado por surpreendentes mudanças nos últimos anos. O modelo tradicional de ensino que tem como base principal repetidos e monótonos diálogos em sala de aula e o professor como protagonista nesse processo tornou-se retrógrado,

sendo substituído por novas metodologias que tornam o processo de ensino e aprendizagem um local para compartilhamento de saberes. Onde aluno passa a ser um sujeito ativo na edificação de seu próprio conhecimento, sendo orientado pelo professor que assume a função de facilitador, guiando os discentes a alcançar pensamentos distintos (MENDES et al., 2017).

Nesse contexto, destaca-se a importância da formação de futuros profissionais de saúde, pois estes têm a responsabilidade de realizar ações básicas e complexas no cuidado direto ao cliente, correspondendo as suas necessidades de maneira eficaz e de qualidade. A vista disso, o modelo atual pedagógico deve favorecer o desenvolvimento profissional nas dimensões éticas e humanísticas com reflexão crítica. Tais argumentos subsidia o aumento da busca por métodos inovadores de ensino-aprendizagem, com foco em contemplar as necessidades da sociedade, transcendendo limites do treinamento puramente técnico para, efetivamente, alcançar a 10 formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (MITRE et al., 2008).

A busca pela formação de um enfermeiro habilitado, com pensamento crítico e reflexivo evoluído, contribui para o avanço da implementação de metodologias ativas que atuam diretamente na construção do conhecimento e do processo de pensamento para o estudante de enfermagem e assim estimulam a busca constante por conhecimento analítico (BAPTISTA et al., 2014; OLIVEIRA, 2014).

Tais mudanças tem maior visibilidade em cursos da saúde como por exemplo a graduação em Enfermagem. Esta tem exigido cada vez mais participação do aluno como protagonista, superando assim o modelo tradicional com foco na permanência da atenção e explanação de conteúdo. Essas exigências também estão presentes no mercado de trabalho, que requer do novo profissional de Enfermagem um apurado senso crítico e reflexivo ao mesmo tempo que oferece um atendimento humanizado e embasado cientificamente (ROMAN et al., 2017).

A implementação de metodologias ativas de aprendizagem nos cursos de graduação resulta no enfrentamento de múltiplos desafios, no processo de transição em relação as metodologias convencionais, pois a principal ideia é relacionar a busca do saber em enfermagem e a utilização na prática clínica assistencial, configurando aproximação real do pensamento clínico crítico com a realidade (SOBRAL; CAMPOS, 2012). Nesse âmbito, a cartilha educativa é considerada um método de ensino ativo e eficiente para o aprendizado. Sendo utilizada como estratégia em vários conteúdos, dentre eles a coleta de gasometria arterial.

Desde modo, a construção de um manual educativa durante a graduação de Bacharelado em Enfermagem para o ensino da coleta de gasometria arterial, assim como a avaliação dos seus resultados nos atributos educacionais e no desenvolvimento de competências essenciais, é importante para a implantação dessa tecnologia educativa como recurso metodológico para práticas educativas realizadas por futuros profissionais enfermeiros.

Ademais, possibilitará a ampliação do conhecimento entre estudantes e/ou profissionais, considerando que esse manual terá uma grande contribuição no contexto da educação em saúde, desempenhando um importante papel na promoção da saúde, prevenção de complicações, desenvolvimento de habilidades e favorecimento da autonomia estudantil.

Princípios da técnica de coleta de gasometria arterial.

O local de escolha para punção arterial vai variar no momento da avaliação do profissional enfermeiro tendo em análise: as condições do paciente, que deve ser levado em conta no cuidado ao paciente e a fim de garantir a segurança de uma amostra correta. Tendo a possibilidade de qualquer vaso arterial periférico ser puncionado e a sua escolha do local será baseada na palpação dos pulsos, estado hemodinâmico geral e fatores anatômicos ou fisiológicos próprios de cada paciente.

Durante a realização da coleta de gasometria arterial é crucial puncionar o sangue arterial, seja por via da artéria radial, ulnar ou femoral, utilizando-se técnicas específicas para minimizar o desconforto ao paciente, já que este exame tende a ser muito doloroso, e garantir a preservação das propriedades do sangue possibilitando resultados fidedignos. A gasometria arterial é realizada através de um aparelho denominado gasômetro, que através de um software ou aplicativo analisa os gases sanguíneos (MALHEIROS S, et al., 2019).

O profissional deve dispor além de conhecimento técnico e teórico de coleta e avaliação dos resultados, técnicas assépticas e sensibilidade de realizar a palpação da artéria de forma precisa e compreensão da situação do paciente para escolha de qual artéria deverá ser puncionada (PADILHA JM, et al., 2016).

Antes da punção arterial ou da coleta de gasometria arterial é fundamental a realização do teste de Allen para avaliação da circulação do sangue na mão selecionada antes da punção da artéria radial, avaliando a artéria ulnar podendo assim proporcionar uma ótima perfusão no caso de hematoma na artéria radial. Este teste constitui um método confiável e relativamente simples de conferência da circulação colateral no nível da artéria radial, para

garantir que a artéria não puncionada garanta suprimento sanguíneo adequado e não traga complicações futuras ao paciente, devendo ser realizado obrigatoriamente como medida de prevenção (NASCIMENTO, et al., 2020; PINTO, et al., 2017).

Para realizar o procedimento de punção arterial, o profissional enfermeiro, precisa seguir de maneira sistemática cada etapa. Inicialmente pela preparação do material a ser utilizado no procedimento, calçar as luvas, apalpar a artéria usando os dedos indicador e médio de uma das mãos, segurar a seringa com agulha, com o bisel apontado para cima, inclinando em um ângulo de 30° a 45° para artérias periféricas e 90° para profundas, obedecendo ao sentido da artéria, não puxar o êmbolo para trás, ao finalizar a coleta, pressionar o local com algodão ou compressa durante um período de cinco a dez minutos, em seguida a amostra devidamente registrada, em ambiente climatizado e enviar imediatamente ao gasômetro para análise (AGUIAR MM, 2017; PINTO JMA, et al., 2017).

A punção arterial para fins de gasometria é um procedimento que demanda competência técnica e científica para sua execução. A esse respeito, algumas ações de enfermagem são determinadas pelo COFEN como de competência exclusiva do enfermeiro, desde que, esteja capacitado e ciente dos riscos e das responsabilidades de seus atos. 26 Segundo a resolução do COFEN N° 390/2011, publicada no Diário Oficial da União nº 202, de 20 de outubro de 2011, pág. 146 – Seção 1:

[...] Art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem a punção arterial tanto para fins de gasometria como para monitorização da pressão arterial invasiva é um procedimento privativo do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. Parágrafo único: O Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos competências e habilidades que garantam rigor técnico científico ao procedimento atentando para a capacitação contínua necessária à sua realização.

Portanto, é fundamental que estudantes e enfermeiros responsáveis pela coleta de sangue arterial sejam apropriadamente ensinados e treinados para terem segurança e destreza antes da realização da punção em pacientes. Fazendo-se necessário mais estudos com foco especificamente na formulação, implementação e avaliação dos efeitos e intervenções educacionais utilizadas no ensino- aprendizagem.

No entanto, nas literaturas destacam que as oportunidades de praticar procedimentos invasivos em pacientes vivos são, em sua grande maioria, improváveis durante a graduação. E esta realidade pode impactar negativamente no desenvolvimento das

competências de futuros profissionais de saúde recém-formados, aumentando a ocorrência de erros e comprometendo a segurança dos pacientes (HERNÁNDEZ-PADILLA, 2016).

Então, é de suma importância que haja ao longo desse estudo os seguintes questionamentos: quais instruções e condutas devem compor um manual educativa sobre coleta de gasometria arterial?

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi elaborar manual educativo para o ensino de estudantes acerca da gasometria arterial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo tipo metodológico, que possui como objetivo investigar os métodos de obtenção, organização e análise dos dados com elaboração, avaliação e aprimoramento de instrumentos, através de passos implementados e debatidos a cada etapa concluída (POLIT; BECK; HUNGLER, 2018). Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2014) esse tipo de estudo tem como meta a elaboração de instrumentos confiáveis que possam ser utilizados posteriormente por outros pesquisadores.

Desenvolvendo a construção de um manual educativo para o ensino de gasometria arterial. Para acadêmicos de enfermagem e profissionais enfermeiros. Proporcionando um método de ensino e aprendizado do assunto abordado, como uma ferramenta educacional, para aperfeiçoar e evidenciar a complexidade técnica que o procedimento exige da enfermagem, como prática privativa e de responsabilidade do enfermeiro que deve se empoderar e ter conhecimento para a tomada de decisões imediatas. E para a realização dessa etapa do estudo, serão utilizadas as recomendações de Echer (2005), os quais explanam acerca das etapas do processo de construção de materiais didáticos para o cuidado em saúde.

Na área da Enfermagem, o estudo do tipo metodológico é empregado em pesquisas conduzidas por enfermeiros e está relacionada a técnicas e métodos para implementar projetos e documentar informações. O pesquisador, no desenvolvimento da pesquisa metodológica, se interessa em transformar um conhecimento construído para um formato legível e torná-lo sensível como uma ferramenta ou um protocolo de observação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2014).

Resultando em uma revisão narrativa de artigos sobre coleta de gasometria arterial e metodologias de ensino e aprendizado, com o objetivo de selecionar os materiais e instrumentos publicados, ampliando assim o conhecimento sobre a temática a ser abordado. Em

seguida será realizado seis etapas, a prática: 1. Identificação do tema e formulação do problema de pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão narrativa; 5. Interpretação dos resultados; 6. Síntese do conhecimento evidenciado nas produções analisadas (Silva & Christovam, 2017);

Revisão Narrativa.

Segundo os pesquisadores, revisões narrativas são estudos compostos por análises da literatura publicadas em artigos de revistas impressas e eletrônicas, livros, mediante análise e interpretação e apreciação crítica do autor; são produções pertinentes para descrever e discutir a situação das produções científicas acerca de determinado assunto.

Elaboração da Pergunta de Pesquisa.

Neste estudo foi considerada a seguinte pergunta norteadora: “Quais instruções e condutas devem compor um manual educativa sobre coleta de gasometria arterial?”. Dessa forma, utilizou-se, durante o projeto o uso da metodologia ativa de ensino-aprendizagem a partir de uma revisão narrativa da literatura, com objetivos específicos como: 1. Identificar a temática junto ao público-alvo para o uso da metodologia ativa de ensino-aprendizagem; 2. Pesquisar bibliografias referentes a modalidade escolhida e estratégias de instrumentalização 18 da teoria e da prática unidas na metodologia ativa; e 3. Determinar as instruções e condutas da temática escolhida para o ensino-aprendizagem da coleta de gasometria arterial.

E a partir desse levantamento teórico, foi possível definir o conteúdo que de fato está composto no manual educativo.

Estabelecimento dos Descritores.

Foi realizada seleção eletrônica nas bases de dados LILACS (Literatura LatinoAmericana e do Caribe), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), BDENF (Banco de Dados em Enfermagem), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) busca eletrônica foi realizada através das seguintes combinações de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Gasometria Arterial” and “Enfermagem” and “Tecnologias Educativas”.

Estabelecimento dos critérios de Inclusão e Exclusão.

Foram definidos como critério de inclusão: artigos em língua portuguesa, artigos de revisão e artigos originais disponíveis na íntegra, revisão bibliográfica, além de relatos de experiência e de casos que respondessem ao objetivo do estudo. Optou-se pelos critérios de exclusão os artigos com propostas que divergiam do tema escolhido, artigos publicados em anos anteriores a 2010 sobre a temática e ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas.

Período e Local de Estudo.

O estudo foi realizado na cidade de Itapipoca, Ceará, Brasil, na Faculdade Uninta Itapipoca, iniciado em janeiro e finalizado em novembro de 2022.

Etapas do Estudo.

Para alcançar os objetivos propostos por esse estudo, é necessário que ambas as fases sejam executadas de forma distintas, a fim de obter um melhor resultado tanto na construção como no desenvolvimento do manual educativo. Para facilitar o entendimento das etapas propostas no fluxograma, a seguir será descrito os passos para a realização do estudo.

Considerando que a metodologia científica é imprescindível para garantir a qualidade da elaboração dos materiais educativos, no presente estudo, adotou-se como referencial metodológico os pressupostos e recomendações de Echer (2005) e Sabino (2016).

Construção do Manual

Levantamento Bibliográfico.

Foi realizado uma seleção dos conteúdos através das bases de dados: LILACS, BDENF, CINAHL, SciELO, utilizando-se os descritores de saúde: Gasometria Arterial, Enfermagem, Unidade de Terapia intensiva e punção arterial. E como critérios de inclusão artigos publicados entre 2010 a 2021, disponíveis em língua portuguesa, artigos de revisão e artigos originais disponíveis na íntegra. Optou-se pelos critérios de exclusão os artigos em idiomas que não fossem o português, propostas que divergiam do tema escolhido e por fim

artigos publicados em anos anteriores a 2010 sobre a temática e ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas.

Elaboração Textual.

Após o levantamento bibliográfico minucioso, juntamente com a organização dos dados encontrados, deu início a seleção e fichamento dos textos, para a construção do roteiro do manual e em seguida o processo de elaboração textual, além da seleção dos principais tópicos e subtópicos abordamos referentes a temática central. Descreveu-se com clareza os fundamentos teóricos e os cuidados a serem realizados e foi nesse momento que ocorreu uma reflexão sobre as possíveis ações que poderiam auxiliar no desempenho na prática do público alvo.

Com informações e linguagem de fácil compreensão irá melhorar também, o entendimento dos leitores com a temática, tornando-a menos complicada devido sua complexidade e termos técnicos. E no que se refere aos assuntos complementares que foram pesquisados e abordados, apenas foi incluso os mais importantes e que realmente são essenciais para proporcionar menos dúvidas aos leitores. Com o intuito de proporcionar imediatamente a percepção do entendimento, seguindo uma continuidade nos assuntos ofertados com argumentações científicas.

Elaboração Visual.

Em seguida deu início ao processo de seleção e a construção das ilustrações na composição do material que será: o planejamento do layout do manual educativo, capa, contracapa, ilustrações iniciais e ilustrações educacionais, visando criar e selecionar as mais próximas da realidade. Para assim, desenvolver um pensamento criativo ao leitor, do que será relatado no texto e as ilustrações desenvolvidas, para a interpretação e memorização do conteúdo, desempenhando um entendimento positivo do manual.

Diagramação do Manual Educativo.

Com a finalização e as correções gramaticais do roteiro e a sua diagramação do conteúdo e das ilustrações definidas. Para isso, associou-se na diagramação, os serviços de um designer que foi contratado pela autora, que ajudou na elaboração e criação. Ao concluir, foi enviado a versão final do manual para o orientador, verificar os últimos detalhes, ajustes caso seja necessário e então ser liberado para a impressão.

Por ter escolhido a abordagem de um estudo metodológico de construção de tecnologia educativa, não será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Porém, todos os preceitos éticos estabelecidos serão cumpridos em alusão de que não haverá exposição a riscos desnecessários aos indivíduos ou legitimidade. Com relação ao método será descrita a técnica, o procedimento, os equipamentos e materiais necessários e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa pública.

RESULTADOS

Construção do Manual.

O manual educativo é uma ferramenta educacional que agrupa informações rápidas, precisas e fundamentadas nas literaturas sobre a utilização do conhecimento teórico e técnico aplicado à procedimentos realizados pela enfermagem. Para tanto, o referencial bibliográfico disposto ao final do manual fornece subsídio na busca por informações sobre os temas apresentados e no fortalecimento de informações para a teoria e a prática segura junto ao paciente. Com o foco de direcionar a assistência de enfermagem fundamentada em evidências disponibilizadas na literatura, contextualizada e ilustrativa.

A cartilha intitulada “Manual de coleta de Gasometria Arterial” foi organizada em quatorze subtemas que foram instituídos para a apresentação do conteúdo do manual educativos em três tópicos principais, divididos em subtópicos complementares com os seguintes assuntos:

1. Apresentação: com uma descrição do conteúdo central sobre gasometria arterial e da importância do conhecimento e empoderamento da enfermagem para sua realização.

2. Informações fundamentais acerca da Gasometria Arterial e fase pré-analítica: foi feita a separação dos subtópicos nestes tópicos que se apresentam no manual como: 1. Definição de Gasometria Arterial; 2. Indicações para a coleta de Gasometria Arterial; 3. Parâmetros avaliados na gasometria arterial; 4. Interpretação da gasometria arterial; 5. Locais de punção arterial para a coleta de gasometria (técnica de punção e ângulos); 6. Estrutura de uma seringa; 7. Entenda a diferença entre gasometria arterial e gasometria venosa: prática e teoria; 8. Como avaliar a qualidade da circulação arterial da região da punção (Teste de Allen).

3. Coleta, descrição do procedimento e informações complementares: descritas no manual em: Montando a bandeira com o material para a coleta; Descrição do procedimento;

Complicações; você sabe como heparinizar uma seringa?; Como minimizar erros e garantir a qualidade da amostra e o Gasômetro.

Conduzindo a construção de um manual educativo em formato de tópicos, simplifica o entendimento do conteúdo, visto que a evolução de uma ideia por vez colabora para que os leitores compreendam com mais facilidade, não fiquem confusos e o assunto proposto se torne eficiente para que após ou durante sua leitura, consiga colocá-la em prática com mais confiança.

Etapas 1: Levantamento Bibliográfico.

A primeira etapa da construção do manual educativo correspondeu a um levantamento bibliográfico. Foi realizada seleção eletrônica nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe), CINAHL, BDENF, SciELO. A busca eletrônica foi realizada através das seguintes combinações de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Gasometria Arterial ” and “Enfermagem” and “Tecnologias Educativas” e utilizou-se como base para critérios de inclusão: a apresentação de estudos nas respectivas bases de dados, publicados entre 2011 a 2021; propostas que divergiam do tema escolhido e por fim artigos



publicados em anos anteriores a 2005 e ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas seriam excluídas; disponíveis em língua portuguesa, artigos de revisão e artigos originais disponíveis na íntegra. Além de publicações referentes a manuais técnicos, cartilhas, editoriais, conforme segue a temática. Foram optados como critérios de exclusão: produções sem disponibilidade do texto na íntegra; tema central do estudo não relacionado à temática principal, ou duplicados.

Foram selecionados 14 artigos. A busca desse material foi guiada pelas seguintes palavras chaves: “Gasometria Arterial”, “Enfermagem”, “Tecnologias Educativas”, “Punção arterial”.

Depois da seleção do material citado anteriormente, foi feita uma leitura para ampliar a área de conhecimento no conteúdo e nas tecnologias educativas para a elaboração.

Foi pensando na necessidade de ampliação do saber de quem já tem algum tipo de informação e para instruir a quem tem pouco ou quase nenhum de conhecimento acerca do que é a gasometria arterial e como realizar a coleta adequada. Para assim realizar junto à equipe multiprofissional uma interpretação e um diagnóstico seguro e eficaz para o tratamento e cuidados posteriores ao paciente. Além de que as tecnologias educativas estão revolucionando o cuidado com a saúde por meio de instrumentos de informação que serão grandes aliados do conhecimento. Foi então, que surgiu a ideia de apresentar de forma simples, completa e criativa, um conhecimento expressado através de um manual educativo, uma vez que a enfermagem se utiliza de tais meios para uma comunicação efetiva.

Etapas 2: Seleção e Fichamento do Conteúdo.

Após a seleção do material citado anteriormente, foi feita uma leitura para ampliar a área de conhecimento no conteúdo e nas tecnologias educativas para a elaboração.

Foi pensando na necessidade de ampliação do saber de quem já tem algum tipo de informação e para instruir a quem tem pouco ou quase nenhum de conhecimento acerca do que é a gasometria arterial e como realizar a coleta adequada. Para assim realizar junto à equipe multiprofissional uma interpretação e um diagnóstico seguro e eficaz para o tratamento e cuidados posteriores ao paciente. Além de que as tecnologias educativas estão revolucionando o cuidado com a saúde por meio de instrumentos de informação que serão grandes aliados do conhecimento. Foi então, que surgiu a ideia de apresentar de forma simples, completa e criativa, um conhecimento expressado através de um manual educativo, uma vez que a enfermagem se utiliza de tais meios para uma comunicação efetiva.

E então foi realizada a segunda etapa da construção do manual, constituída pela seleção e fichamento do conteúdo. Foi elaborado um roteiro do conteúdo que seria abordado no manual, utilizando o programa Word, onde selecionou-se os tópicos e subtópicos que seriam descritos. E logo em seguida, com a finalização do roteiro e do material escrito, foi encaminhado para a aprovação dele, pelo orientador.

Etapas 3: Elaboração Textual.

Sabendo quais os tópicos e subtópicos a serem seguidos, iniciou-se a terceira etapa do manual, a elaboração textual. Tratou-se de um dos momentos mais difíceis da construção, uma vez que o conteúdo teve que ser revisado, sintetizado e mantido em uma linguagem clara e científica, baseada em evidências de forma a não comprometer a veracidade do material e o entendimento do público-alvo.

Sendo um manual educativo uma tecnologia escrita, precisa ser desenvolvida de forma criativa, clara e completa, uma vez que o público-alvo deve ser contemplado com o fácil entendimento da mesma, sem comprometer a integridade do conteúdo e contemplando toda a temática e informações complementares indispensáveis. Além disso, na Gasometria Arterial utiliza-se de algumas siglas e valores de referência, em sua análise e entendimento. Pensando nesta singularidade do procedimento, expressões e termos científicos precisavam ser esclarecidos, para isso, acrescentamos páginas de siglas que estão disponíveis no início do manual com seus significados ao lado, utilizando nessa parte uma linguagem de fácil entendimento para todos. Como exemplos, têm-se: PaCO₂ (Pressão Parcial de Dióxido de Carbono) e todos os valores de referência fundamentais para conhecimento.

Um conteúdo bem elaborado, com informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do leitor. E um manual de boas práticas que através das ilustrações vai então favorecer a tomada de decisão correta no momento da realização do procedimento, além de contribuir na redução de possíveis erros, se o conhecimento repassado for positivo ao leitor.

O manual contém 35 páginas no total, incluindo capa, contracapa, apresentação e o conteúdo teórico e as ilustrações com as instruções para a prática adequada do procedimento e ilustrações complementares.

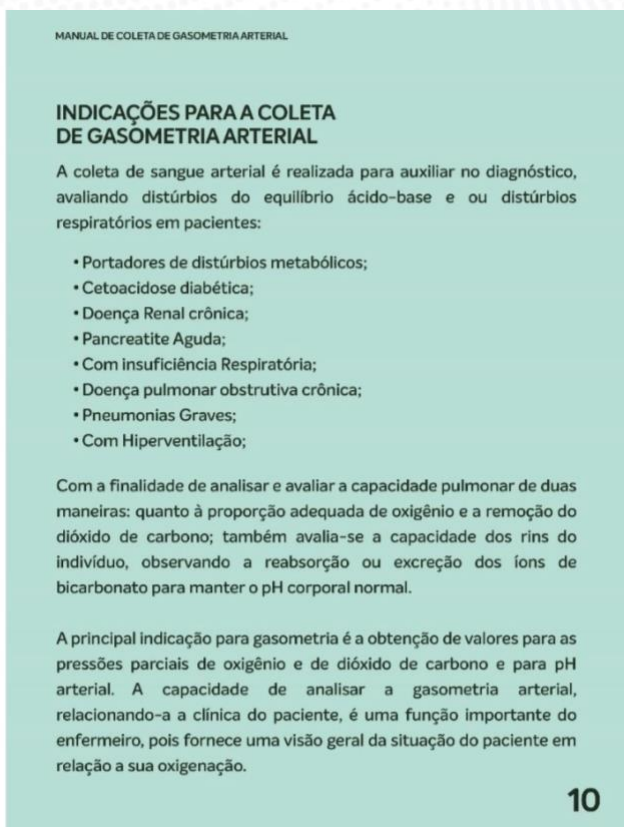
Depois da capa, contracapa e o sumário. Na página adiante tem a apresentação que descreve como o manual surgiu, o que levou a considerar que seria relevante e necessária para a sociedade, qual o intuito o manual e o que ele vai proporcionar para a enfermagem. E em seguida uma página com as siglas mais utilizadas no manual, para facilitar o entendimento do leitor, antecedência iniciar a leitura e ou voltar e revisar, caso não tenha memorizado.

O manual foi dividido em 15 tópicos, dos quais os conteúdos estão abordados de forma contínua, seguindo uma linha de raciocínio para beneficiar o leitor com o conteúdo abordado e fazê-lo pensar e desenvolver não apenas a prática, mas, a teoria associada a uma prática correta, devem caminhar juntos, com um mesmo propósito, instigar o leitor a buscar

mais conhecimentos. E com as tecnologias educativas podemos melhorar as metodologias de ensino e aprendizagem, criando sempre ferramentas de ensino, como o manual que será apresentado com seus tópicos especificados em seguida:

Apresentação: nesta página inicial, foi descrita a ideia do manual, esclarecendo o leitor sobre o intuito principal da cartilha e ao seu público-alvo. No qual será um instrumento de grande relevância para o acadêmico de enfermagem e profissional enfermeiro. No manual será observado que foi criado com tópicos voltados para uma conversa direta com o leitor, instigando-o com interrogações e esclarecimentos.

Figura 1. Ilustração representativa do segundo tópico do "Manual de Coleta de Gasometria Arterial"



Fonte: FARIAS, 2022.

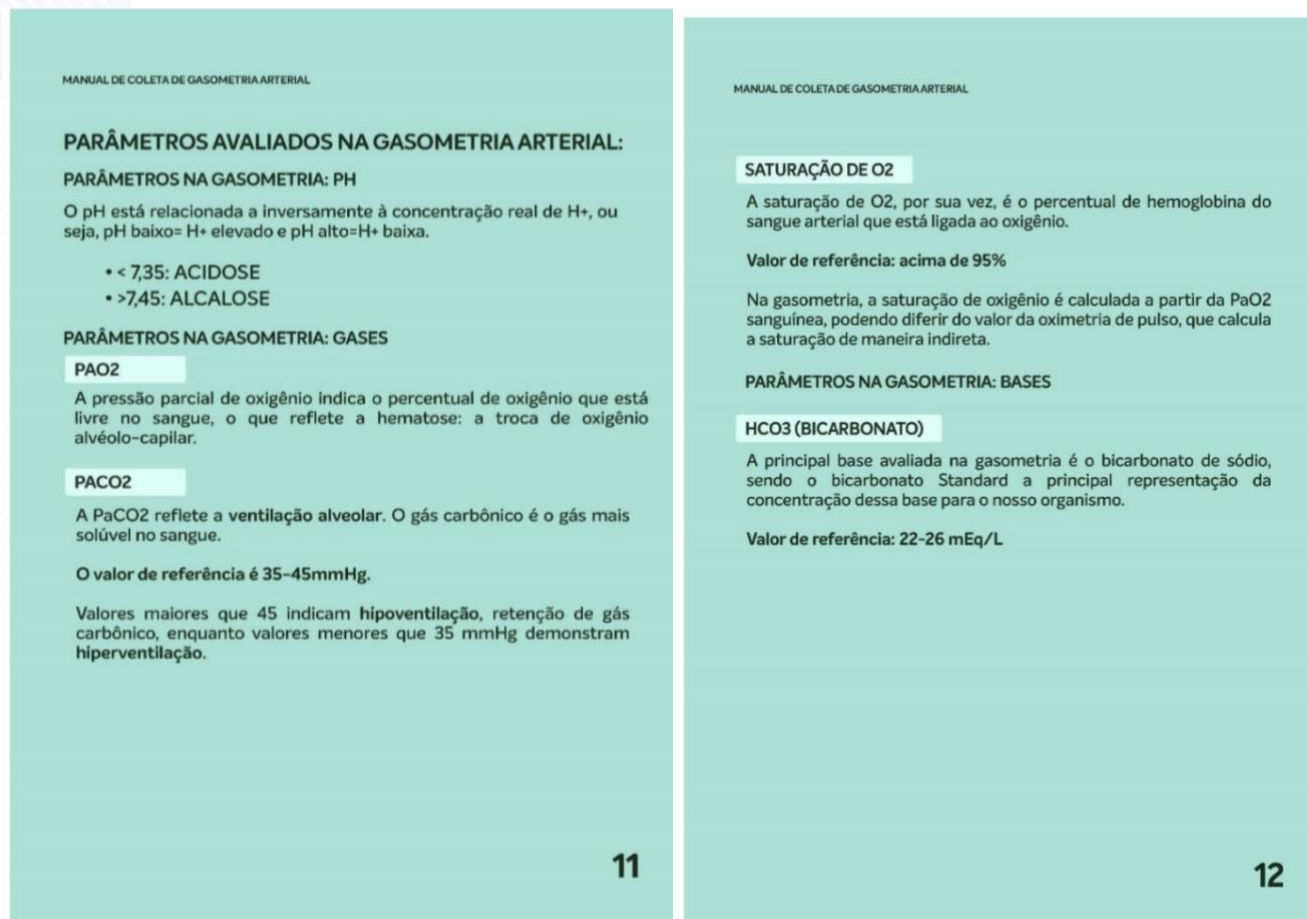
Definição de Gasometria Arterial: o primeiro tópico do manual inicia com a definição de Gasometria Arterial, de forma sucinta e completa. A gasometria arterial é um exame invasivo que tem por objetivo diagnosticar os distúrbios acidobásicos. O conhecimento fisiopatológico de cada distúrbio é de grande importância, pois oferece informações a respeito da função respiratória e metabólica (SALES, 2005; ÉVORA, et al., 1999).

Indicações para a coleta de Gasometria Arterial: No segundo tópico, descreve que a finalidade de avaliação através da gasometria é a obtenção de valores para as pressões parciais de oxigênio e de dióxido de carbono e para pH arterial. A capacidade de analisar a gasometria arterial, relacionando-a a clínica do paciente, é uma função importante do enfermeiro, pois fornece uma visão geral da situação do paciente em relação a sua oxigenação, ventilação e estado acidobásico. Então, foi pontuado as principais indicações para a coleta e não realizar sem uma indicação, pois sendo um procedimento invasivo e bastante doloroso, causaria um desconforto sem um motivo concreto, ao paciente.

Parâmetros Avaliados na Gasometria Arterial: A princípio, para realizar a interpretação dos distúrbios, é necessário conhecer os valores de normalidade e usá-los como

referência. Então no terceiro tópico é visualizado os principais parâmetros avaliados na gasometria arterial e suas definições e valores, que deve ser de conhecimento do enfermeiro e acadêmico de enfermagem

Figura 2 e 3 Ilustrações representativas do terceiro tópico do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial”.



Fonte: FARIAS, 2022.

Interpretação da Gasometria: No tópico quatro, será dada continuidade com a interpretação através dos parâmetros e suas anormalidades nos valores de referência, que dará início aos distúrbios acidobásicos que estão relacionados a patologias existentes, interferindo nos prognósticos dos pacientes. Os conhecimentos intrínsecos sobre a identificação e o tratamento desses distúrbios são um diferencial na terapêutica, evitando agravo oportuno que possa aumentar a morbidade e a mortalidade. Então é importante não apenas realizar uma coleta adequada, mas entender antes, qual a situação que o paciente de encontra através da análise desses parâmetros. E para melhorar o entendimento foi dividida em GASES E BASES e o passo a passo para à análise.

Figuras 4 e 5. Ilustração representativa do quarto tópico do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial”

MANUAL DE COLETA DE GASOMETRIA ARTERIAL

INTERPRETAÇÃO DA GASOMETRIA

Abaixo temos as referências do funcionamento e como interpretar os gases e bases sanguíneos arterial:

Acidose	← 7,35	ph	7,45 →	Alcalose
Hipocapnia	← 35	Co2	45 →	Hipercapnia
Hipoxemia	← 80	O2	100 →	Hiperoxemia
Acidose Metabólica	← 22	HCO3	26 →	Acidose Metabólica
Perda de bases	← -2	BE	+2 →	Ganho de bases

A avaliação ácido-básico requer foco em três componentes: pH, PCO₂ e HCO₃. Este processo envolve três passos:

1º PASSO:

Avaliar o pH para saber se o sangue está dentro da faixa normal, ou se há alcalose ou acidose.

MANUAL DE COLETA DE GASOMETRIA ARTERIAL

2º PASSO:

Se o pH está alcalino ou ácido deve-se saber se o problema é respiratório ou metabólico. Para isso avalia-se o valor da PCO₂. Lembrar que há alteração respiratória quando o pH diminui abaixo de 7,35, a PCO₂ deve aumentar. Se o pH aumenta acima de 7,45, a PCO₂ deve cair, pois são inversamente opostos. Portanto, se o pH e a PCO₂ estão se movendo em direções opostas, a alteração é de natureza respiratória. Avaliar o valor do HCO₃. Lembrar que em alterações metabólicas, quando o pH aumenta, o HCO₃ também deve aumentar. Se o pH diminui, o HCO₃ também deveria diminuir. Portanto, se o pH e o HCO₃ estão se movendo na mesma direção, a alteração é de natureza metabólica.

3º PASSO:

Analisar se há resposta compensatória esperada. Se o desequilíbrio ácido-básico persistir por um período maior de tempo, o organismo tentará compensar. A compensação é uma resposta homeostática para um desequilíbrio ácido-básico que o organismo tentará restaurar. Podendo a taxa de HCO₃ ou PCO₂ para o normal. Onde ocorrerá uma resposta ventilatória (mudança na PCO₂) para uma anormalidade metabólica. Ou uma resposta metabólica (mudança no HCO₃) para uma anormalidade ventilatória.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Quando o desequilíbrio ácido-básico está descompensado ou parcialmente compensado, o pH permanece fora da sua faixa normal.

Enquanto no estado compensado, o pH retorna a sua faixa normal. Mesmo os demais valores podendo estar anormais.

13
14

Fonte: FARIAS, 2022.

Locais de Punção arterial para a coleta de Gasometria: Após entender a teoria sobre gasometria, seus parâmetros e interpretação. Inicia-se em seguida o tópico da avaliação para identificar o local a ser puncionado e que seja inspecionado com cautela, o que exige do enfermeiro conhecimento sobre a anatomia e a fisiologia humana. Diferentes artérias podem ser puncionadas; as comumente utilizadas são a artéria radial, a braquial, a femoral e a pediosa. Para isso o tópico cinco, detalha primeiro os locais em membros superiores e logo em seguida em membros inferiores.

Preferencialmente, a artéria radial segue como primeira escolha para a punção arterial, em razão da facilidade de palpação, do acesso e do bom fluxo. No entanto, não é recomendada a punção nessa artéria sem a garantia da existência de circulação colateral, que pode estar ausente em alguns indivíduos, e na presença de complicações, a artéria ulnar deve manter a irrigação sanguínea dessa mão. E para isso, existem métodos simples e práticos que auxiliam na identificação da continuidade da perfusão do membro, entre eles, o teste de Allen

que será 33 mencionado nos próximos tópicos do manual. Então em caso de positividade no teste, analisasse a artéria braquial para uma possível punção. Sempre visando minimizar os riscos e não comprometer a saúde do paciente.

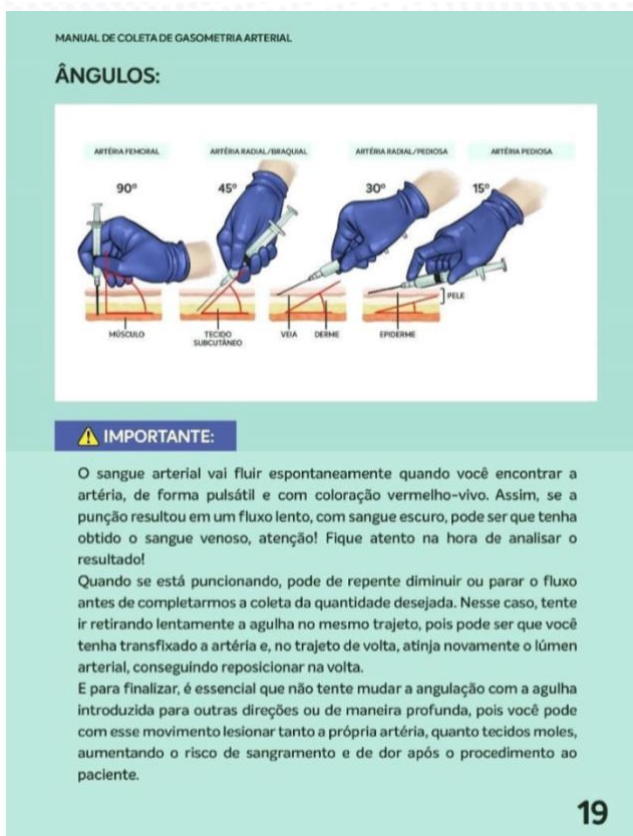
E para finalizar o tópico, os ângulos de cada artéria mencionada foram incluídos na última página, junto com informações importantes para o leitor. A angulação é de grande importância para encontrar a artéria, sem ter riscos de puncionar uma veia ou não encontrar o fluxo de sangue arterial ou prolongar dor ao paciente.

Estrutura de uma seringa: neste tópico mostra a importância que o enfermeiro deve ter em conhecer o seu

instrumento de trabalho, que é tão presente na rotina hospitalar e de estudo da enfermagem. A importância da seringa certa e de conhecer sua anatomia, facilita muito no momento de administrar medicações e puncionar uma artéria ou veia. Conhecer sua estrutura facilita na sua manipulação.

Entenda a diferença entre Gasometria Arterial e Gasometria Venosa: Prática e Teoria: De grande relevância no momento da coleta deve-se observar a coloração do sangue através do corpo da seringa, para realmente ter certeza que coletou um sangue arterial e não venoso para análise. A coleta desse exame pode ser realizada tanto em sangue venoso como em sangue arterial, dependendo da necessidade e de cada caso. Amostras de sangue arterial são preferidas em relação às venosas por causa da maior oxigenação. Então nesse tópico será apresentado os valores de referência em caso de sangue venoso, para ser apresentado a diferença em caso de coleta errada e para fins de conhecimento. Além de outras informações importantes como saber

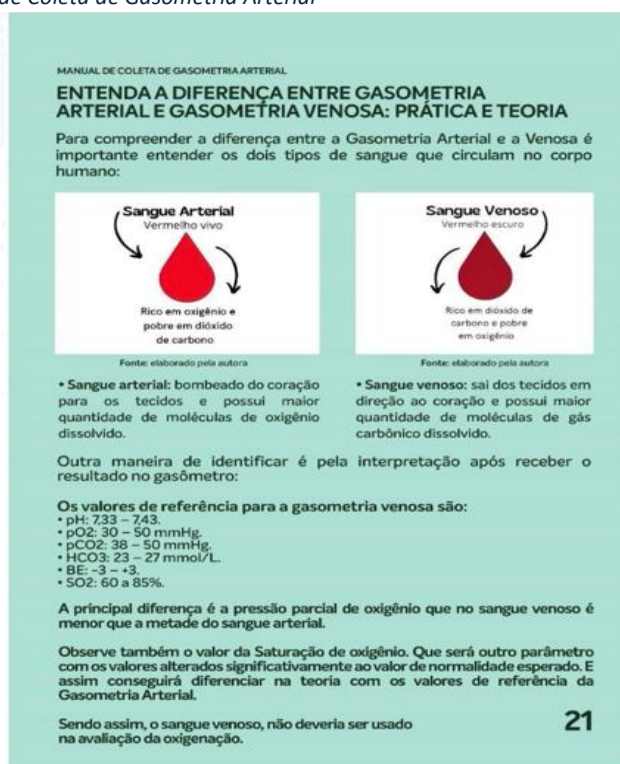
Figura 6. Ilustração representativa do quinto tópico do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial”.



Fonte: FARIAS, 2022.

diferenciar os valores na impressão após análise da amostra, e os componentes presentes em maior quantidade em cada sangue e os parâmetros observados para diferenciar.

Figura 7. Ilustração representativa do sétimo tópico do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial

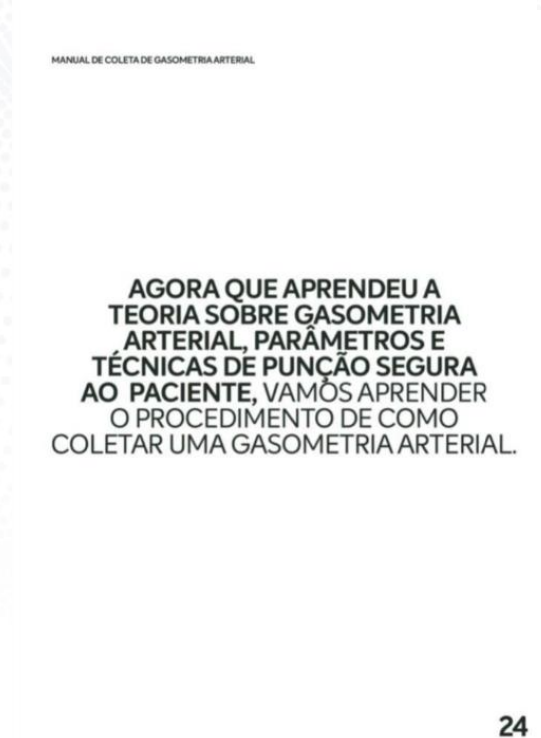


Fonte: FARIAS, 2022.

Como avaliar a qualidade da circulação arterial da região da punção? Para a avaliação da vascularização do paciente no membro que será coletado, podemos fazer uso do teste de Allen. O teste avalia a perfusão e integridade da arcada palmar do paciente que será submetido ao procedimento de punção, tanto na artéria radial como na artéria ulnar. O teste é baseado na velocidade do retorno da coloração da mão após compressão significativa dos pulsos radial e ulnar. Mas, por depender da avaliação do profissional que está observando, ele pode estar sujeito à erros de interpretação, sendo assim um teste com caráter subjetivo (DAUAR, 2007).

No nono tópico utiliza-se uma linguagem direta com o leitor, para separar a primeira parte do manual na fase teórica e pré-analítica, dos próximos tópicos que serão direcionados ao procedimento.

Figura 8. Ilustração representativa do nono tópico do “Manual de Coleta de Gasometria.



Fonte: FARIAS, 2022.

Figura 9. Ilustração representativa do décimo tópico do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial



Fonte: FARIAS, 2022.

estado acidobásico através da medição dos componentes respiratórios e bases. O passo a passo para realizar o procedimento da maneira correta e segura ao paciente é um dos pontos chaves do manual para o profissional a frente, que deverá ter atenção para o mínimo de complicações na realização da punção e de todo o procedimento. E para instigar a imaginação do leitor ao ler cada etapa, foi adicionada uma ilustração ao final do tópico.

Montando a Bandeja para a coleta: no tópico decimo, utilizou-se de uma ilustração demonstrativa de uma bandeja com o material, para incentivar a imaginação do leitor e logo abaixo foi pontuado os materiais que serão utilizados para realizar o procedimento. A coleta deve ser feita de forma correta e precisa, pois, todos estes fatores interferem diretamente no resultado, podendo levar ao resultado equivocado, prejudicando a conduta terapêutica do paciente.

Descrição do procedimento: A descrição da técnica de coleta consiste na amostra de sangue arterial para análise gasométrica com a finalidade de auxiliar no diagnóstico, conduzir terapêutica e detectar o nível dos gases no sangue, avaliando a adequação da oxigenação e ventilação e o

Figura 10 e 11 Ilustração representativa do décimo primeiro tópico do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial”.

MANUAL DE COLETA DE GASOMETRIA ARTERIAL

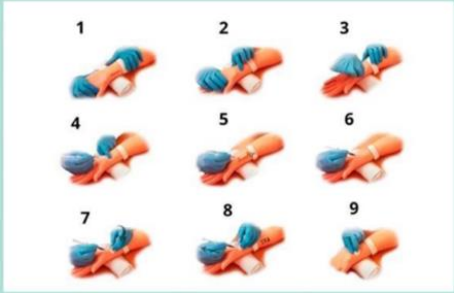
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- ✓ Conferir a solicitação do exame;
- ✓ Reunir o material necessário;
- ✓ Fazer com fita crepe, a identificação da seringa com nome do paciente, leito, número de prontuário, data e hora da coleta, temperatura e Fração inspirada de Oxigênio (FiO2) ofertada ao paciente;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Colocar máscara descartável;
- ✓ Levantar o material até o leito do paciente na bandeja;
- ✓ Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- ✓ Conferir o nome do paciente pela placa de identificação no leito;
- ✓ Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- ✓ Posicionar o paciente em posição dorsal ou sentada (preferencialmente);
- ✓ Elevar o pulso com um pequeno travesseiro ou coxim e pedir que estenda os dedos para baixo (isso dobra o pulso e coloca a artéria radial mais perto da superfície);
- ✓ Calçar luvas de procedimento;
- ✓ Realizar o Teste de Allen (Figura 2);
- ✓ Heparinizar a seringa, caso não seja uma seringa própria para gasometria;
- ✓ Fazer a antisepsia do local a ser puncionado com algodão embebido em solução alcoólica a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- ✓ Palpar a artéria usando os dedos indicador e médio de uma das mãos;
- ✓ Segurar a seringa com agulha (25x70) com o bisel para cima, inclinado num ângulo de 30o a 45o para artérias periféricas e 90o para as profundas;
- ✓ Perfurar a pele até a parede arterial com apenas um movimento, obedecendo ao sentido da artéria;
- ✓ Não puxar o êmbolo para trás porque o sangue arterial deve entrar automaticamente na seringa;

26

MANUAL DE COLETA DE GASOMETRIA ARTERIAL

- ✓ Coletar 1 a 3 ml de sangue;
- ✓ Retirar a agulha;
- ✓ Realizar firme compressão da artéria puncionada por 5 minutos, até a hemostasia, com auxílio do algodão seco e fazer curativo;
- ✓ Retirar a bolha de ar da seringa;
- ✓ Encaminhar a amostra para o gasômetro, conforme rotina do setor.
- ✓ Desprezar o material utilizado em local próprio;
- ✓ Retirar as luvas de procedimento;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Manter o ambiente em ordem;
- ✓ Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- ✓ Deixar o paciente confortável no leito;



1 2 3
4 5 6
7 8 9

Fonte: OGILIARI, Ana Luisa Canova; PIAZZETTA, Gustavo Ranzolin; MARTINS FILHO, Cleuber Gea. Punção arterial. VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, v. 33, n. 1, p. 124-131, 2021.

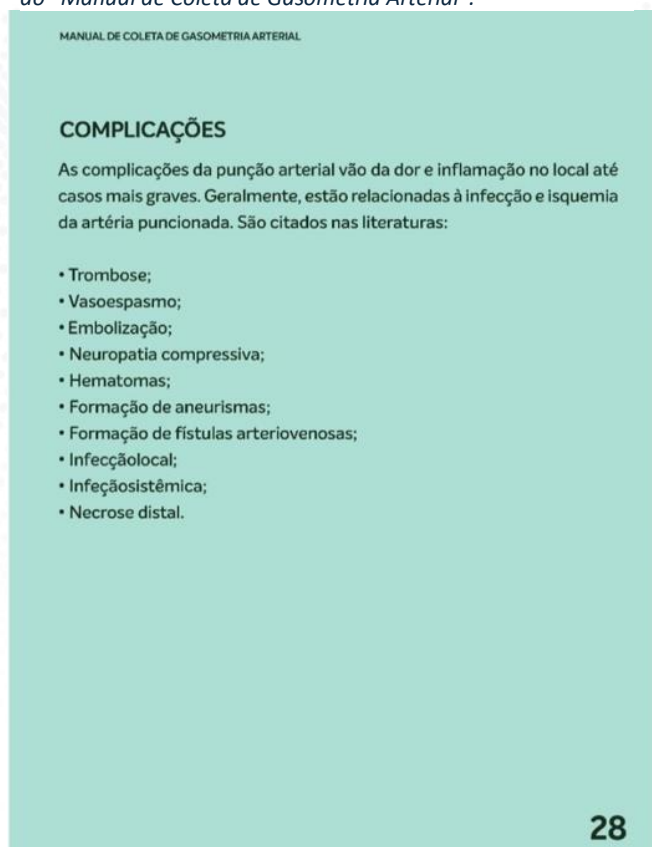
27

Fonte: FARIAS, 2022.

Complicações: Por ser um procedimento invasivo, a punção arterial, para fins de gasometria, está sujeita a complicações. É de responsabilidade do enfermeiro responsável pela coleta prevenir a presença de intercorrências e intervir nelas quando preciso. Então foram pontuadas algumas das principais complicações que podem vir a acometer o paciente, se não realizada uma punção correta.

O gasômetro: para finalizar o último tópico, foi optado um tópico relacionado ao gasômetro aparelho de gasometria, que mede o pH e os gases e calcula os demais parâmetros. Deve-se também conhecer e saber manusear o aparelho para preencher as informações corretas do paciente para não correr o risco de troca de informações. Então, em uma etiqueta adesiva, deve-se registrar o nome do paciente e número do prontuário, e posteriormente à coleta, a fração inspirada de oxigênio (FiO₂) e a temperatura corporal. Esses cuidados têm por finalidade evitar a possibilidade de troca de amostras que levam a iatrogenia.

Figura 12. Ilustração representativa do décimo quarto tópico do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial”.



Fonte: FARIAS, 2022.

Figura 13 e 14. Ilustração representativa do décimo quinto tópico do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial”.

MANUAL DE COLETA DE GASOMETRIA ARTERIAL

O GASÔMETRO

O gasômetro é o aparelho de gasometria que mede o pH e os gases sanguíneos sob a forma de pressão parcial do gás (pO₂ e pCO₂), ao passo que os demais parâmetros são calculados.

No momento da análise é preenchido no monitor do aparelho algumas informações como:

- ID do paciente;
- Nome e sobrenome;
- Temperatura;
- FIO₂

A Fração inspirado de O₂ (FIO₂) é a porcentagem de oxigênio no ar inspirado. Em ar ambiente, ao nível do mar, temos ma FIO₂ de 21%.

Em caso de pacientes em que a ventilação está ausente ou insuficiente, utiliza-se os dispositivos de oxigenação, podemos citar:

- Catéter/Canula Nasal;
- Máscara de oxigenação simples;
- Máscara de Venturi;
- Máscara não reinalante;
- VNI (ventilação não invasiva);
- VM (ventilação mecânica).

31

MANUAL DE COLETA DE GASOMETRIA ARTERIAL

Dependendo da situação individual do paciente, será realizado a oxigenoterapia a escolha medica e manejado pelo enfermeiro ou fisioterapeuta do setor. Então será necessário o cálculo da FIO₂ estimada para concluir o preenchimento no gasômetro para a análise da gasometria.

• FIO₂ Estimada= FIO₂ ATM (21%) + 4xO₂ (l/ml) ofertado

Observação: na VM e VNI não serão necessárias o cálculo pois já estará visível o valor da FIO₂ no ventilador mecânico, apenas será realizada a anotação no momento da coleta.



Fonte: Prof. Ângelo Roncalli- Curso Ventilação Mecânica.



Fonte: Labpedia-Stat Profile Prime Plus.

E então, para finalizar o aparelho pedirá para aspirar o sangue, para análise, que levará alguns segundos até ser concluída e impressa.

32

Fonte: FARIAS, 2022.

Um procedimento deve ser conhecido do início ao fim, para o bem do paciente e o trabalho da equipe como um todo. Antes de entrar na máquina, este sangue arterial, também deve ser homogeneizado dentro da seringa, para que bolhas de ar não interfiram no resultado. Logo após esta homogeneização, é desprezado uma pequena quantidade de sangue e a ponta da seringa é introduzida na máquina, para que minutos depois de aspirada a amostra, o resultado já possa ser obtido.

Última página optou-se por uma citação para encerrar o manual com chave de ouro e conclui-se com uma mensagem reflexiva ao leitor/profissional.

Figura 15. Ilustração representativa de uma citação de encerramento do “Manual de Coleta de Gasometria Arterial”



Fonte: FARIAS, 2022.

Etapla 4: Layout do Manual Educativo

Na terceira etapa, foram escolhidas as imagens que iriam compor o manual educativo. Sendo dividida em capa, contracapa, ilustrações informacionais e educacionais.

Algumas ilustrações foram desenvolvidas pela autora no programa CANVA que é uma plataforma de design gráfico on-line. Além de uma parceria com um design que auxiliou no processo de criação e montagem do layout da cartilha.

A capa foi composta por 1 imagem de fundo, que mostra o procedimento de gasometria sendo realizado no paciente em local hospitalar adequado, com domínio do profissional enfermeiro. Junto com as informações de direcionamento da cartilha educativa. A escolha das cores foi pensando de maneira estratégica para a construção de uma cartilha expressiva, coesa e informativa.

Na parte das ilustrações iniciais, foram compostas por ilustrações complementares ao tema central, onde é contextualizado sobre a Gasometria Arterial, trazendo informações

contempladas nas literaturas mais recentes. Nas ilustrações educacionais, foram utilizadas imagens que se referiam ao material e passo a passo do procedimento. Além de imagens realísticas do gasômetro, aparelho utilizado para análise da amostra.

As ilustrações ajudam a complementar a interpretação dos textos, pois contribuem de forma significativa no imaginário do público, uma vez que mexe com a imaginação dos mesmos de forma a interpretar e memorizar o que se é passado diante do texto.

As imagens realísticas também ajudam no contexto proposto e com isso saber identificar na vida real o que se é descrito e apresentado no manual.

Etapas 5: Diagramação do Manual Educativo

A última etapa de construção do manual, foi a diagramação e organização ilustrativa e textual, destacando a importância de cores estratégicas para um olhar mais atrativo do público-alvo. O mesmo foi encaminhado para uma profissional Designer Gráfica, que foi contratado para confeccionar o layout, ilustrações e organizar a estrutura do texto, que utilizou o Software Photoshop CC, tanto para criação das ilustrações como para a diagramação das páginas. É um programa de edição de imagens que permite a elaboração de diversos materiais gráficos. Optando por uma aplicação que ofereceu um conjunto maior que permitiu entregar um melhor resultado no final para o manual. Foi realizado mais uma revisão de linguagem e após isso, o conteúdo foi organizado de forma simples, completa, atrativa e de alta resolução.

Segundo Córrea, a informação visual precisa estar organizada de forma confortável e compreensiva para o público. Seguindo o pressuposto de que as cores são de inteira importância na atratividade, em páginas que as folhas se encontravam, eram mantidas as cores, uma vez que em um estudo que descreveu o processo de construção de manual educativo, mostrou-se que as cores tornavam o conteúdo mais atrativo.

Ao final, o manual foi composto por 35 páginas e 13 ilustrações. Ilustrações e imagens realísticas para o manual, a fim de facilitar o entendimento de cada etapa da coleta do exame de Gasometria Arterial e tudo o que se precisa saber antes, durante e após o procedimento, de forma científica e prática. A figura apresenta a diagramação da capa do manual:

Figura 16. Capa do Manual de Coleta de Gasometria Arterial.



Fonte: FARIAS, 2022.

DISCUSSÃO

O “Manual de Boas Práticas em Gasometria Arterial”, foi desenvolvida sob uma perspectiva de ser um instrumento facilitador no ensino da prática baseada em evidências. Pensando-se sobre o conteúdo e a construção de uma tecnologia educativa, notou-se uma limitação do estudo e a escassez de materiais educativos nesta temática, principalmente com o desenvolvimento direcionado para a enfermagem. O uso de tecnologias na saúde tem sido cada vez mais referido quando se trata da implementação de ações relacionadas à Educação Permanente. Amplamente utilizadas pela enfermagem, as tecnologias educacionais referem-se à utilização dos recursos tecnológicos como ferramentas para aprimorar o ensino, consideradas instrumentos facilitadores para construção e reconstrução do conhecimento (NIETSCHEEA et al., 2012; PAES ED e COSTA CS, 2017)

Por se tratar de um exame invasivo e de conduta imediata com o paciente, o profissional ou acadêmico, deve construir uma prática e habilidades ao longo do tempo para

coletar o material com o mínimo possível de intercorrências na análise, e que possa o resultado da gasometria expressar com maior veracidade nos parâmetros coletados do paciente.

Mediante a temática ser de grande relevância e devido a importância que o enfermeiro realiza sobre esse exame, notou-se que seu conhecimento é necessário para uma boa qualificação profissional, fundamentando junto a pesquisa bibliográfica para o aprofundamento de justificativas que possibilitem o maior conhecimento em relação a coleta arterial.

Em resultado, com o uso das metodologias ativas identificou-se diferentes modelos e estratégias para sua instrumentalização, construindo possibilidades para o processo de ensino aprendizagem, com diversos benefícios e desafios nos seguimentos formais da educação. Portanto, a união entre teoria e prática desenvolvidas por meio da metodologia ativa de tecnologias, lança um novo cenário de possibilidades de formação, que se faz mais consolidada, coerente e efetiva, o que se conhece por aprendizagem significativa. A relação com a realidade facilita a fixação dos conteúdos, uma vez que ganham significado e força, o que promove o desenvolvimento do pensamento crítico, sendo vantajoso no aprendizado do leitor. Sendo de fácil utilização, o manual ajudará os profissionais e acadêmicos na prática da coleta de gasometria arterial.

Perante o que foi dissertado, mostra-se claramente a necessidade do enfermeiro em estar à frente, atualizado e seja capaz cientificamente e tecnicamente de coletar sangue arterial, visto que sua atribuição dentro da equipe de enfermagem busca realizar procedimentos mais complexos, por isso, conhecer a técnica de coleta de gasometria arterial, torna-se indispensável para evitar complicações inerentes ao procedimento, tornando assim o cuidado humano seguro e com qualidade.

CONCLUSÃO

Diante do que foi apresentado, torna-se imprescindível que o acadêmico de Enfermagem e o enfermeiro já exercendo sua profissão, estejam atualizados e sejam capazes de cientificamente e tecnicamente realizar a coleta de sangue arterial, e que estejam cientes das aplicações e implicações deste procedimento invasivo de atribuição da enfermagem. Tornando-se indispensável as suas competências em serviço junto a equipe de enfermagem, para uma assistência de qualidade, visando a segurança do paciente e minimização de possíveis complicações relacionadas.

Acredita-se que o uso deste manual tanto durante a graduação quanto instrumento de estudo ao profissional formado, facilitará a prática da enfermagem, tendo em vista que se constitui em uma tecnologia ilustrada capaz de responder as principais dúvidas que permeiam no cotidiano do enfermeiro e será de base para estudantes em formação quanto iniciarem seus períodos em campos de prática hospitalar relacionados aos procedimentos que é de responsabilidade da enfermagem. Contudo, ressalta-se que o referido manual se trata de uma estratégia que passará por atualizações contínuas mediante o processo científico.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Rui Carlos Negrão; MARTINS, José Carlos Amado; PEREIRA, Maria Fátima Carneiro Ribeiro; et al. Students' satisfaction with simulated clinical experiences: validation of an assessment scale. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 5, p. 709–715, 2014.

Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 14ª Ed. 2020;

EMANUEL, DAVID; DA, GABRIEL; ANDREZA JERÔNIMO GOMES; et al. CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS NA REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)*, v. 7, n. 0, 2020.

Enfermagem em Terapia Intensiva - 2.ed. Google Books.

FERNANDES, Tiana Oliveira Vidal; QUEIROZ, Rodrigo Santos de; JESUS, Ramon Santana de; et al. Desenvolvimento de software para interpretação de dados gasométricos aplicável em unidades de terapia intensiva. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 19, n. 2, p. 141–146, 2012.

Gasometria arterial: aplicações e implicações para a enfermagem Arterial blood gases: applications and implications for nursing.

HERNÁNDEZ-PADILLA, José Manuel; GRANERO-MOLINA, José; MÁRQUEZ-HERNÁNDEZ, Verónica V.; et al. Efeitos de um workshop de simulação sobre a competência em punção arterial de estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 6, p. 678–685, 2016.

LOBIONDO-WOOD, Geri ; HABER, Judith. Pesquisa em enfermagem: metodos, avaliacao critica e utilizacao. *Bvsalud.org*, p. xx, 330–xx, 330, 2022.

MACHADO, Graciela; ANA MARIA MASSARIOL; MARINÊS, Adriane; et al. PROCEDIMENTO DE GASOMETRIA ARTERIAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Revista de Enfermagem*, v. 11, n. 11, p. 63–71, 2015.

MENESES, Monique. Coleta de sangue arterial para gasometria: construção de um procedimento operacional padrão. *Ufsc.br*, 2016.

MITRE, Sandra Minardi; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; GIRARDI-DEMENDONÇA, José Márcio; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. suppl 2, p. 2133– 2144, 2008.

NICKSON SCARPINE MALHEIROS; ANNA CAROLINA DAS NEVES TIMÓTEO; ROBERTA OLIVEIRA PORTO; et al. Alterações dos valores gasométricos decorrentes do tempo de exposição da amostra. *Nursing (São Paulo)*, v. 22, n. 255, p. 3101– 3104, 2019.

PORTUGAL, Livia Bertasso Araújo; CHRISTOVAM, Barbara Pompeu ; ALMEIDA, Bernadete Lourdes Oliveira da Silva. Construção e validação da cartilha educativa para enfermeiros sobre lesão por pressão. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, p. e3810312926, 2021.

ROMAN, Cassiela; ELLWANGER, Juliana; BECKER, Gabriela Curbeti; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil : uma revisão narrativa. *Ufrgs.br*, 2017.

SOUZA, Stephany; JAQUELINE FERREIRA SALES ; SILVA. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, v. 4, n. 2, 2021.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E EFICÁCIA DO TRATAMENTO COM CAPECITABINA

Cecília Barreto Holzmänn de Vasconcelos – Enfermeira. Especialista em Cancerologia pelo Hospital Haroldo Juaçaba/Instituto do Câncer do Ceará.

Andrea Bezerra Rodrigues - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Associada da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Marcela Maria de Melo Perdigão – Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. - HU/FURG

INTRODUÇÃO

A quimioterapia antineoplásica (QTA) é uma das modalidades mais antigas e utilizadas no tratamento do câncer e, dentre suas vias de administração, a via oral é uma opção terapêutica (DUSETZINA; KEATING, 2016; MOURA *et al.*, 2017; MULKERIN *et al.*, 2016; SHAH *et al.*, 2016).

A vantagem do uso da terapia antineoplásica oral (TAO) em relação às outras vias é a praticidade e comodidade, uma vez que o paciente não precisa se deslocar até a instituição de saúde, o que afetaria a sua rotina habitual (SILVA *et al.*, 2018). Além disso, evita-se o desconforto do uso de técnicas invasivas, o risco de extravasamento de quimioterápicos e o tempo excessivo de espera durante a administração (MESQUITA; SILVA, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

Contudo, o emprego da TAO tem como desvantagens: a necessidade de responsabilidade e autonomia por parte do paciente com relação ao manejo do fármaco, assim como em relação à segurança e cuidado na administração, favorecendo o aumento do risco de erros, caso haja o desconhecimento do modo de uso ou a falta de adesão. Além disso, a falta de acompanhamento dos relatos dos efeitos colaterais (EC) pode contribuir para a falta de adesão ou diminuição da qualidade de vida do paciente (MESQUITA; SILVA, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

A capecitabina, cujo nome comercial mais conhecido é *Xeloda*®, é um comprimido, e faz parte de protocolos de QTA para o tratamento do câncer de mama metastático, em monoterapia ou terapia combinada. Já no câncer colorretal, pode ser utilizada como tratamento adjuvante, ou indicada como tratamento de primeira linha de pacientes com câncer colorretal metastático. Também pode ser indicada como tratamento de primeira linha para pacientes com

câncer gástrico, a depender do estadiamento da doença (NCCN, 2024; BONASSA; GATO, 2012; CAPECITABINA, 2020).

Os pacientes em uso de QTA estão inseridos em diferentes contextos sociais, podendo dificultar a aplicabilidade da TAO no âmbito domiciliar e, consequentemente, influenciar na adesão do tratamento. Assim, torna-se imprescindível o papel do enfermeiro na educação e acompanhamento desses pacientes por meio de diferentes formas de comunicação e de aconselhamento. A disseminação de instruções precisas, objetivas e individuais a respeito do tratamento, além da orientação sobre precauções na administração, e manejo dos EC, favorecem a adesão e a qualidade de vida do paciente (CRUZ *et al.*, 2016; MESQUITA; SILVA, 2016; MOURA *et al.*, 2017).

No entanto, apesar de existirem diversos estudos que evidenciem a eficácia de instrumentos educacionais na clínica, existem poucas pesquisas nacionais que abordem a educação para o paciente no uso específico de capecitabina.

Esse estudo torna-se relevante à medida que existe uma escassez de publicações que abordem a educação do paciente no uso e manejo da capecitabina, principalmente com o enfoque de disponibilizar orientações por meio de materiais educativos validados. Com o maior acesso aos medicamentos orais, torna-se necessário implementar medidas que facilitem a adesão à terapia e, dentre essas medidas, destacam-se as orientações no formato de materiais educativos (SUGISAKA; ANDRZEJEVSKI; ROTTA, 2020).

Desse modo, o presente estudo teve por objetivo construir e validar material educativo para a orientação de pacientes em uso de capecitabina via oral.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, realizado em 2022, composto por três fases. A primeira fase foi a construção da tecnologia educativa (TE); a segunda fase foi a validação da tecnologia por especialistas; e a terceira fase foi a validação clínica com pacientes.

Para a construção da TE foi realizada uma revisão de escopo. Na elaboração da pergunta norteadora utilizou-se a estratégia *Population* (População), *Concept* (Conceito) e *Context* (Contexto) (PCC), recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (AROMATARIS *et al.*, 2024). A estratégia de busca PCC encontra-se descrita no Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia de busca PCC - *Population, Concept e Context*. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

Objetivo e Problema	“Quais as orientações devem ser fornecidas ao paciente que faz uso de capecitabina domiciliar?”		
	Population (P)	Concept (C)	Context (C)
Extração	Pacientes oncológicos	Tecnologia Educativa	Capecitabina
Conversão	Cancer patient	EducationalTechnology	Capecitabine
Combinação	cancer patient; stomach neoplasms; colorectal neoplasms; breast neoplasms	educational technology	antineoplastic protocols; capecitabine; xeloda
Construção	(“cancer patient” OR “stomach neoplasms” OR “colorectal neoplasm” OR “breast neoplasms”)	(“educational technology”)	(“antineoplastic protocols” OR “capecitabine” OR “xeloda”)
Uso	(“cancer patient” OR “stomach neoplasms” OR “colorectal neoplasm” OR “breast neoplasms”) AND (“educational technology”) AND (“antineoplastic protocols” OR “capecitabine” OR “xeloda”)		

Fonte: Própria

Foi realizada uma busca nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de dados de enfermagem (BDENF), e *Cochrane Library* e *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Além disso, foram realizadas buscas em sites de associações nacionais e internacionais relevantes na área da Oncologia, uma vez que a revisão de escopo recomenda o uso de pesquisa ampla, inclusive literatura cinzenta (AROMATARIS *et al.*, 2024). Foram elas: *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), *Oncology Nursing Society* (ONS) e o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Optou-se em excluir estudos de revisão, monografias, editoriais, cartas, livros, capítulos de livros, manuais, congressos, conferências e estudos *in vitro*. Ressalta-se que não houve recorte temporal na busca bibliográfica.

Ademais, foram utilizados os fundamentos propostos por DOAK, DOAK, ROOT (1996) como referencial teórico-metodológico para a construção da TE: a definição do público-alvo; a limitação de definição dos objetivos de aprendizagem; a escrita na voz ativa, o uso de palavras comuns ao vocabulário do público-alvo, evitando termos técnicos, bem como a escrita de sentenças curtas, e o uso de interações para tornar as orientações mais simples de aprender e lembrar (BENEVIDES *et al.*, 2016; DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Após a etapa de elaboração e construção da tecnologia educativa, o material foi encaminhado para juízes especialistas para a avaliação do conteúdo e aparência. Alguns autores orientam o mínimo de seis juízes, e outros referem que o mínimo seja a partir de dez juízes (LYNN, 1986; PASQUALI, 1999). Assim, apesar de não haver conformidade com relação ao número ideal de juízes, delimitou-se treze juízes, pois o número ímpar de participantes facilita o desempate de opiniões (JOVENTINO *et al.*, 2013).

Já com relação aos critérios de seleção dos juízes, optou-se por seguir as orientações de Jasper (1994), a qual lista atributos que o juiz deve possuir, como propriedade de conhecimento especializado ou habilidade, experiência no campo de prática e reconhecimento de outro profissional da área de atuação.

Desse modo, a seleção dos juízes se deu por meio de amostragem tipo bola de neve. As pessoas com o perfil desejado foram identificadas mediante consulta ao Currículo Lattes, disponibilizado pela Plataforma Lattes do portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), além do contato do círculo profissional da orientadora da pesquisa.

O especialista foi convidado a participar do estudo por meio de uma carta convite, e a indicar outro especialista/juiz, e assim por diante. Para aqueles que aceitaram participar do estudo, foi enviado via correio eletrônico: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o instrumento para validação e a cartilha. Ressalta-se que o Instrumento de Validação de conteúdo e aparência da tecnologia educativa foi confeccionado no programa do *Google Forms*.

O questionário de validação para os juízes especialistas foi dividido em duas partes. A primeira parte foi elaborada pelas autoras da pesquisa, com dados de caracterização do juiz. Já a segunda parte refere-se ao instrumento para validação adaptado de Leite *et al.* (2018), constituído de dezoito itens, abordando os seguintes itens: objetivos, estrutura e apresentação e relevância, tendo as respostas sido organizadas em escala tipo Likert com cinco pontuações

para as respostas, sendo 1 = discordo fortemente, 2 = discordo parcialmente, 3 = indeciso; 4 = concordo parcialmente e 5 = concordo totalmente.

A terceira fase, que correspondia à validação clínica, foi realizada no setor de quimioterapia destinado ao atendimento da população do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma instituição de referência em tratamento oncológico no Norte-Nordeste, situado na cidade de Fortaleza, Ceará.

Os critérios de inclusão dos pacientes no estudo foram: possuir idade acima de 18 anos; estar em terapia antineoplásica oral com capecitabina, independentemente do tipo de câncer; ter autonomia no processo de autocuidado durante a terapia, com pontuação pela escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) de *Performance Status* entre 0 e 2, que indica boa autonomia. Já os critérios de exclusão no estudo foram: pacientes analfabetos; ou que apresentassem algum grau de deficiência cognitiva que impossibilitasse a compreensão ou leitura da tecnologia educativa, mediante autorrelato.

Nesta etapa, a amostra foi delineada com base na média de pacientes que faziam uso de capecitabina no momento da coleta dos dados, que era de 47 pacientes. Para o estudo piloto foram selecionados 10% da amostra, quantidade considerada eficaz (CANHOTA, 2008), os quais foram selecionados por conveniência para o referido teste, sendo a quantidade da amostra definida em 5 pacientes.

Para a coleta de dados com o público-alvo, foram utilizados dois instrumentos, sendo um formulário de dados sociodemográficos e clínicos, e um questionário, constituído por 6 itens, para avaliação quanto à aparência, clareza dos dados, compreensão da cartilha e relevância. O preenchimento foi realizado pelo pesquisador por meio de entrevista com o participante (GIL, 2008; GOODE; HATT, 1972; MATTAR, 1994; PARASURAMAN, 1991; SELLTIZ *et al.*, 1974). Além disso, no final do questionário, foi indagado qual a nota de importância o participante atribuía ao instrumento entre 0 a 10. Foi utilizado para o modo das respostas uma escala Likert com cinco pontuações, sendo: 1 = discordo fortemente, 2 = discordo parcialmente, 3 = indeciso; 4 = concordo parcialmente e 5 = concordo totalmente (DALMORO; VIEIRA, 2013).

Os pacientes que faziam tratamento com capecitabina oral, independentemente do tipo de câncer e linha de tratamento, foram abordados pela pesquisadora quanto aos objetivos do estudo, forma de participação, riscos, benefícios, garantindo o anonimato do participante durante a pesquisa. Além disso, foram orientados sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus.

Superada a etapa inicial de esclarecimento, a pesquisadora apresentou ao convidado o TCLE, elaborado em duas vias, sendo assinado pela pesquisadora e pelo participante, e uma das vias ficou em poder do participante do estudo. Foi, então, apresentada a cartilha, disponibilizando-se cerca de 20 minutos para leitura e compreensão. Após essa etapa, foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos do participante, e do instrumento de validação quanto à aparência e compreensão da cartilha.

Para o processo de validação do material educativo foi utilizado o cálculo da média do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos itens considerados relevantes, sendo adotado um IVC igual ou superior a 0,80, ou seja, equivalendo a 80% de concordância entre os juízes, e os que não atingiram esse valor foram descartados. Além disso, foram analisadas todas as sugestões realizadas pelos juízes. O IVC foi calculado por meio da soma do número de respostas marcadas por “4” ou “5” pelos juízes, dividida pelo número total de respostas (SOUZA NETO *et al.*, 2017).

Os dados referentes aos dados sociodemográficos e clínicos foram tabulados com os recursos da estatística descritiva. Os dados foram analisados em conjunto por meio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (versão 22).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi realizada a pesquisa. Foram respeitados os preceitos éticos ditados pela Resolução 466/2012. O anonimato foi garantido e asseguradas a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a utilização das informações em benefício das pessoas e a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a utilização das informações em benefício das pessoas utilizadas apenas no âmbito deste estudo. Para tanto, usaram-se siglas para identificar os juízes (J1, J2,..., J13) e pacientes (P1, P2,...,P5).

RESULTADOS

A TE elaborada constitui-se em uma cartilha, intitulada “Uso de capecitabina em domicílio (Xeloda®)”. A TE foi organizada nos seguintes tópicos e subtópicos: indicações do medicamento; cuidados com o uso do medicamento em casa (forma de tomar o medicamento, armazenamento e manuseio, manipulação de fluidos corporais e resíduos, contracepção, interações alimentares e medicamentosas); possíveis efeitos (EC) colaterais durante o uso e forma de tratamento. Os principais EC englobam: risco de infecção, anemia, ou sangramento, diarreia, feridas na boca ou garganta (mucosite), dor e/ou desconforto nas mãos e nos pés,

conhecida como síndrome mão-pé (eritrodiplasia palmo-plantar), alteração no funcionamento do fígado, náusea e vômito, fadiga, perda de cabelo (alopecia) e retenção de líquidos ou inchaço (edema); importância do acompanhamento do tratamento pelos profissionais da saúde, e por fim, a bibliografia utilizada.

O texto foi escrito utilizando fonte Montserrat, tamanho 16 para o corpo do texto regular, 50 para o título e 20 para subtítulos, e rodapé tamanho 10, todos em negrito. Além disso, nas informações consideradas de alta relevância aplicou-se uma caixa de texto azul para destaque, com letra de tamanho 18, em negrito. A seleção de imagens foi feita a partir de busca eletrônica no site de imagens gratuitas “*Unsplash – Photos for everyone*”.

Acerca da validação de conteúdo e de aparência da TE participaram 13 juízes, constituindo-se de onze do sexo feminino e 2 do sexo masculino, sendo de diferentes regiões do país, 9 do Ceará, 1 do Rio Grande do Norte, 1 da Bahia, 1 de Minas Gerais e 1 de São Paulo.

Quanto à profissão, 7 eram enfermeiros, 4 eram médicos e 2 farmacêuticos. A respeito da titulação dos juízes, relevante parcela era de mestres (30,8%) e de especialistas na modalidade de residência (30,8%), seguido por pós-doutores (15,4%), especialistas em oncologia (15,4%) e doutores (7,7%). No tocante ao tempo de formação, predominou entre 5 a 10 anos (69,2%), seguido de mais de 20 anos de formação (15,4%).

Com relação ao tempo de atuação dos juízes em Oncologia, predominou o tempo entre 1 a 5 anos (38,5%), seguido de 5 a 10 anos (30,8%), e há mais de 20 anos (15,4%). Com relação à publicação de pesquisas, predominaram juízes que publicaram artigos envolvendo a temática em cancerologia (58,8%), seguida de validação de instrumento (17,6%), quimioterapia (11,7%) e tecnologias educativas (11,7%).

O resultado obtido do IVC na avaliação dos juízes quanto ao item objetivo foi 0,93; à apresentação e estrutura foi 0,92, e em relevância foi 0,94. Já o IVC global pontuou 0,93, atingindo a porcentagem de 80% sugerida pelo referencial teórico. Os valores do IVC de todos os itens analisados pelos juízes encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Índice de Validade de Conteúdo de todos os itens (objetivos, estrutura e apresentação, relevância e índice global), segundo a análise dos juízes (N=13). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

Juízes	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	IVC por item
Questões														
Quanto aos objetivos														
1. Contempla tema proposto	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	1
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	5	5	3	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	0,92
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	5	4	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	0,92
4. Proporciona reflexão sobre o tema	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	0,92
5. Incentiva mudança de comportamento	5	4	3	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	0,92
IVC parcial														0,93
Quanto à apresentação e estrutura														
6. Linguagem adequada ao público-alvo	5	4	3	4	4	5	4	3	5	5	5	4	4	0,84
7. Linguagem apropriada ao material educativo	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	1
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	5	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	0,92
9. Informações corretas	5	5	3	4	5	5	5	3	4	5	5	4	4	0,84
10. Informações objetivas	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	1
11. Informações esclarecedoras	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	1
12. Informações necessárias	5	5	3	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	1
13. Sequência lógica das ideias	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	1
14. Tema atual	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	0,92
15. Tamanho do texto adequado	5	5	1	5	4	2	4	2	5	5	5	4	5	0,76
IVC parcial														0,92
Quanto à relevância														
16. Estimula o	5	5	3	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	0,92

aprendizado														
17. Contribui para o conhecimento na área	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0,92
18. Desperta interesse pelo tema	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	1
IVC parcial														0,94
IVC global	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,93
IVC por juiz	1	1	0,44	1	1	0,88	1	0,77	1	1	1	1	1	0,93

Fonte: Própria

Após as alterações sugeridas, a cartilha foi apresentada aos pacientes para realização da validação clínica. Acerca dos dados de caracterização da amostra, pode-se verificar que era predominantemente composta por pessoas do sexo masculino (80%), com idade predominante entre 51 e 60 anos (40%) e 61 a 70 anos (40%), estado civil casado ou união estável (80%), com ensino médio fundamental incompleto (80%), aposentado (60%), renda entre 1 e 3 salários-mínimos (80%) e religião católica (100%). A maioria possuía acompanhante no dia da entrevista (80%), sendo geralmente o marido ou a esposa (40%).

Significante parcela dos pacientes possuía câncer colorretal (40%) e gástrico (40%), seguido de câncer de mama (20%). Já na escala *ECOG*, os pacientes enquadraram-se nas pontuações 0 (40%) e 2 (40%). No tocante aos hábitos etilistas, a maioria da amostra havia cessado (60%), e, em relação ao tabagismo, 60% nunca havia fumado.

O resultado do IVC global na avaliação dos pacientes quanto à aparência e compreensão da TE foi de 1, atingindo a porcentagem de 80% sugerida pelo referencial teórico. Os valores do IVC de todos os itens analisados pelos pacientes encontram-se descritos na Tabela 2.

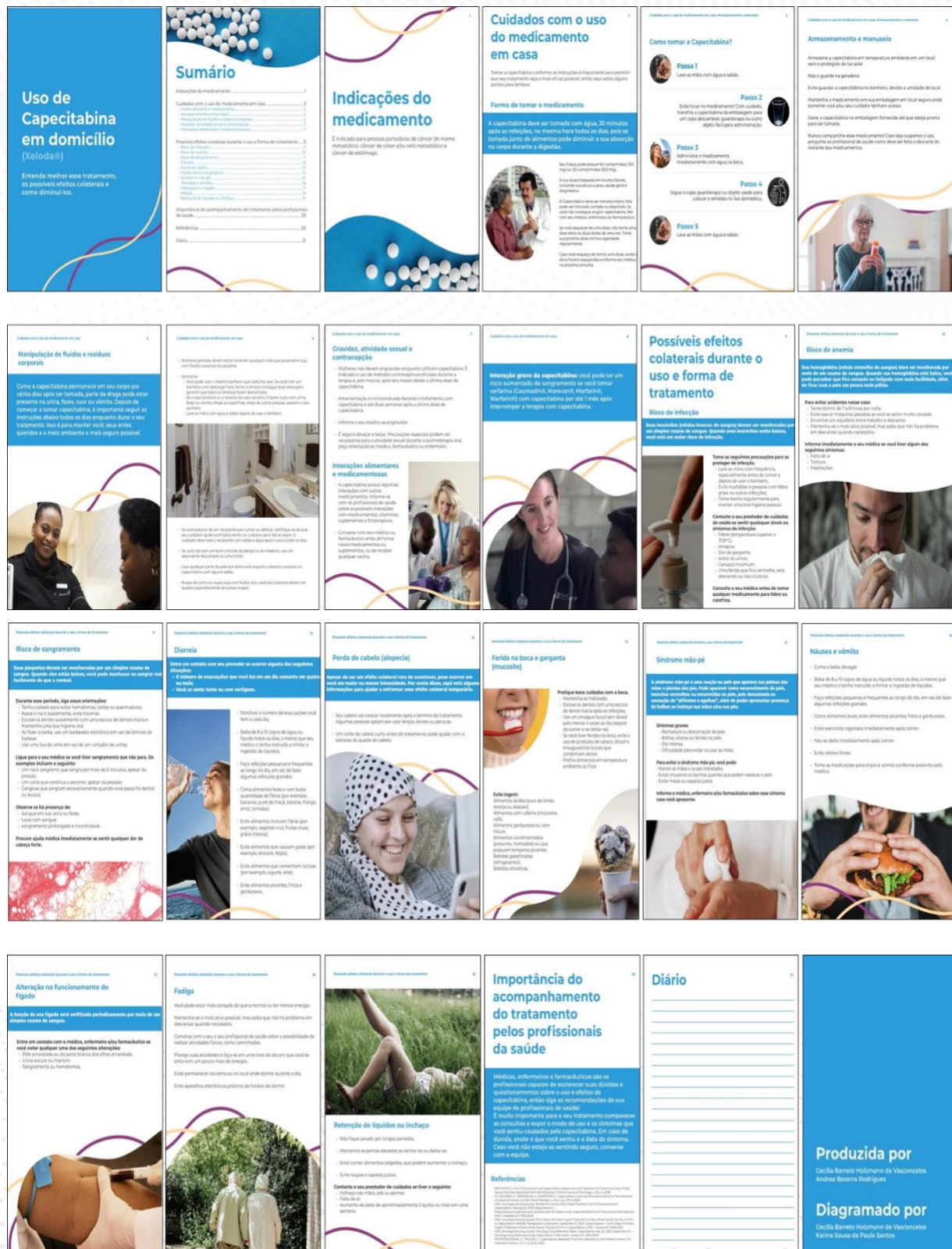
Tabela 2 - Índice de Validade de Conteúdo global dos itens referente à aparência e compreensão, segundo avaliação dos pacientes (N=5). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	IVC por item
Afirmativas						
1. Entendi as informações que estão na cartilha	5	5	5	5	4	1
2. A linguagem da cartilha é de fácil entendimento	5	5	5	4	4	1
3. As figuras ajudam no entendimento do assunto	5	5	5	5	4	1
4. As informações são objetivas	5	5	5	5	4	1
5. Acho essas informações relevantes	5	5	5	5	4	1
6. Essa cartilha me ajudaria com possíveis dúvidas que eu teria em casa	5	4	5	5	4	1
IVC global						1
IVC por participante						1

Fonte: Própria

Após as alterações executadas, sugeridas pelos juízes, validação quanto ao conteúdo e à aparência pelos juízes, e aplicação na validação clínica com os pacientes, a versão final da cartilha foi finalizada (Figura 1).

Figura 1 - Versão final da tecnologia educativa “Uso de capecitabina em domicílio (Xeloda®)” validada por juízes e pacientes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: VASCONCELOS, 2022.

DISCUSSÃO

Recomenda-se que profissionais possibilitem formas de acesso à informação para os clientes, seja por meio de orientações verbais ou escritas em materiais educativos apropriados ao seu nível de escolaridade, como *folders*, cartilhas, ou outros, visando ao incentivo da participação ativa dos mesmos no seu tratamento de saúde (CRUZ *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2015; MOREIRA *et al.*, 2014; NEUSS *et al.*, 2013; PAIM *et al.*, 2017; PECORARO, 2015; SOUZA NETO *et al.*, 2017).

Um aspecto positivo neste estudo é o largo tempo de experiência em oncologia dos juízes, e agruparem diferentes saberes, envolvendo a área de quimioterapia antineoplásica e também de validação de instrumentos. Soma-se o fato de eles pertencerem a diferentes regiões geográficas do Brasil e de distintas profissões, refletindo diferentes observações e condutas nas orientações sobre o manejo.

Destaca-se algumas sugestões realizadas pelos juízes que promoveram alterações na cartilha. No item objetivos, sugeriu-se aumentar a dinamização da cartilha acrescentando um tópico para dúvidas frequentes com o intuito de favorecer o incentivo da mudança de comportamento. Estudos relatam a importância do uso de imagens como um instrumento norteador no ensino, sendo uma importante ferramenta para a compreensão do texto e criação de identificação do leitor com o tema proposto, além de tornar o material mais interessante visualmente para o leitor (CHAVES, 2019; OLIVEIRA; RAVANELLO, 2020; SILVA *et al.*, 2021).

A inserção de imagens foi realizada, e também foi disponibilizado no final da cartilha o tópico “diário”, no qual o paciente poderia fazer anotações sobre os efeitos colaterais e dúvidas no decorrer do tratamento, para posterior questionamento à equipe de saúde.

As sugestões no item estrutura e apresentação incluíram a remoção de algumas informações, como “estágio avançado” ou “[...] medicamento tóxico [...]”, que poderiam causar apreensão e/ou medo no paciente com relação ao tratamento. Estudos apontam o medo dos pacientes como uma barreira para adesão ao tratamento (CRUZ *et al.*, 2016; MESQUITA; SILVA, 2016; MOURA *et al.*, 2017).

Ainda nesse item, algumas informações foram sugeridas e acatadas para acréscimo, como: destacar para o leitor os tipos de profissionais de saúde indicados para retirar possíveis dúvidas quanto ao tratamento, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Com relação aos sintomas da eritrodisplasia palmo-plantar, foi sugerido o acréscimo dos sinais e sintomas mais incidentes, uma vez que é um sintoma frequente no tratamento com a capecitabina. Estudos

apontam a importância de os pacientes saberem identificar esse efeito colateral para que não ocorra progressão da toxicidade, que se torna de mais difícil controle, necessitando, muitas vezes, de interrupção do tratamento com o antineoplásico (COSTA *et al.*, 2019; CESSSEL *et al.*, 2021).

Quanto às sugestões de revisão não acatadas nesse item, houve apenas um tópico que não foi alterado, com relação à formatação no padrão justificado. Segundo estudos em *design* textual, a justificação do texto de um *layout* torna o texto mais difícil de ler, uma vez que as grandes lacunas entre palavras interrompem o fluxo de leitura (HALUCH, 2018; LUPTON, 2018; WILLIAMS, 2013).

De acordo com a validação clínica da cartilha com os pacientes, pôde-se perceber que a caracterização dos pacientes na pesquisa está condizente com a realidade das estatísticas de estudos e de órgãos institucionais da área de oncologia, visto que existe uma predominância do sexo masculino utilizando a capecitabina, com idades de 50 a 70 anos (BRASIL, 2020; GLOBOCAN, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

As principais limitações deste trabalho se referem aos poucos estudos que abordaram de forma direta as orientações de cuidados aos pacientes em uso de capecitabina e a deficiência de estudos nacionais que tratam das particularidades da população brasileira em uso dessa droga.

Percebeu-se que, no contexto brasileiro, a especialidade de oncologia ambulatorial ainda carece de estudos que busquem aprimorar a prática do enfermeiro, com vistas a um cuidado fundamentado em evidências científicas. Acredita-se, nesse sentido, que a elaboração de uma estudos que se debrucem sobre essa área poderiam favorecer a segurança do paciente e cuidadores no que se refere a medicações de alto risco, como é o caso dos antineoplásicos.

CONCLUSÃO

Os itens da cartilha foram divididos em cuidados com o uso do medicamento em casa, possíveis efeitos colaterais, modo de tratamento desses efeitos, e a importância do acompanhamento do tratamento pelos profissionais de saúde.

O processo de validação resultou na adequação de conteúdo e aparência da cartilha para orientações do uso de capecitabina em domicílio, com um IVC global igual a 0,93, demonstrando um nível satisfatório de concordância entre os juízes. Paralelamente, a

população-alvo considerou a tecnologia educativa útil quanto a seus objetivos, sua organização, seu estilo de escrita, sua aparência e sua motivação, havendo IVC global de 1,0.

Acredita-se que a cartilha “Uso de capecitabina em domicílio” permitirá que os profissionais da saúde proporcionem um cuidado mais condizente com as necessidades de seus pacientes, bem como complementares orientações e esclarecimentos prestados ao paciente, permitindo-lhe conhecer e lidar melhor com o tratamento e efeitos colaterais da capecitabina.

REFERÊNCIAS

AROMATARIS, E. *et al.* JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2024.

BENEVIDES, J. L. *et al.* Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. *Rev Esc Enferm USP*, v. 50, n. 2, p. 309-316, 2016.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. *Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos*. 4 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa de 2020: Incidências de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto. *Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica*. Lisboa: APMCG; 2008. p. 69-72.

CAPECITABINA. Responsável técnico Dra. Ivanete A. Dias Assi. São Paulo: Eurofarma Laboratórios S.A., 2020. 1 bula de remédio.

CAVALCANTE, L. D. W. *et al.* Tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual acerca do preservativo feminino: estudo de validação. *Rev Esc Enferm USP*, v. 1, n. 49, p. 14-21, 2015.

CESSEL, F. C. B. *et al.* Educação em saúde: Elaboração de material educativo para síndrome mão-pé secundária ao uso da capecitabina. *Research, Society and Development.*, v. 10, n. 17, 2021.

CHAVES, B. L. *Encontros com a história da moda: uso de imagens em contextos de ensino e aprendizagem*. 2019. 180 f. Tese (Doutorado em Arte e Cultura Visual) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

COSTA, J. S. *et al.* Síndrome Mão-Pé Induzida por Quimioterapia: Abordagem Clínica e Epidemiológica de Pacientes com Câncer. *Rev. Bras. Cancerol.*, v.65, n. 2, 2019.

CRUZ, F. O. A. M. *et al.* Validação de manual educativo para pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24, p. e2706, 2016.

DALMORO, M. VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Revista Gestão Organizacional*, v. 6, p. 161-74, 2013.

DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. *Teaching patients with low literacy skills*. 2 ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

DUSETZINA, S. B.; KEATIN, N. L. Mind the Gap: Why Closing the Doughnut Hole Is Insufficient for Increasing Medicare Beneficiary Access to Oral Chemotherapy. *Journal of Clin Oncology*, v. 34, n. 4, 2016.

GIL, C. A. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GLOBOCAN. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization [Internet]. *Cancer Tomorrow*. 2018.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. *Métodos em Pesquisa Social*. 4a ed. São Paulo: Nacional, 1972.

HALUCH, A. *Guia prático de design editorial*. 2ª ed. São Paulo: Senac, 2018.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *J Adv Nurs.*, v. 20, p. 769-76, 1994.

JOVENTINO, E.S. *et al.* Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, v. 21, n. 1, jan-fev, 2013.

LEITE, S. S. *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. *Rev Bras Enferm*, v. 71, suppl. 4, p. 1732-8, 2018.

LUPTON, E. *Pensar com tipos*. 1ª ed. México: Ed Gustavo Gili, 2018.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content and validity. *Nursing Research*, v. 35, n. 6, p. 382-5, nov/dez, 1986.

MATTAR, F. N. *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução e análise*, 2a. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

MESQUITA, M. E. R.; SILVA, R. P. Autocuidado e quimioterapia oral domiciliar: avaliação das práticas educativas dos enfermeiros sob a perspectiva de pacientes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 62, n. 3, p. 237-45, 2016.

MOREIRA, A. P. A. *et al.* Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. *Rev Bras Enferm.*, v. 67, n. 4, p. 528-34, jul-ago, 2014.

MOURA, V. T. *et al.* *Manual de Oncologia Clínica do Brasil – Enfermagem*. 1ª ed. São Paulo: Dendrix, 2017.

MULKERIN, D. *et al.* Multidisciplinary Optimization of Oral Chemotherapy Delivery at the University of Wisconsin Carbone Cancer Center. *Journal of Oncology Practice*, v. 12, n. 10, p. 912-23, 2016.

NCCN. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Rectal Cancer Version 2.2024.

NCCN. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Gastric Cancer Version 2.2024.

NEUSS, M. N. *et al.* Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. *J Oncol Pract.*, v. 9, n. 2, 2013.

OLIVEIRA; T. R. M.; RAVANELLO, L. S. No encontro com as imagens, aprender com artes: máquinas de pensar através da pele na cultura visual. *REMEA*, v. 37, n. 2, p. 528–546, 2020.

PAIM, A. E. *et al.* Validação de instrumento para intervenção de enfermagem ao paciente em terapia vasoativa. *Rev Bras Enferm.*, v. 70, n. 3, p. 476-84, mai-jun, 2017.

PARASURAMAN, A. *Marketing research*. 2. ed. Addison Wesley Publishing Company, 1991.

PASQUALI, L. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: Laboratório de pesquisa em avaliação e medida – LabPAM; 1999.

PECORARO, J. P. Manejo do antineoplásico oral capecitabina: uma revisão integrativa. 2015. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Residência Multiprofissional em Oncologia, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva / INCA, Rio de Janeiro, 2015.

SELLTIZ, C. *et al.* *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. 3a. ed. São Paulo: E.P.U., 1974.

SHAH, N. *et al.* Improving the safety of oral chemotherapy at an academic medical center. *Journal of Oncology Practice*, v. 12, n. 1, p. e71-e76, 2016.

SILVA, A. A.; LUCENA, V. S. S.; SILVA, W. S. *et al.* Livros de imagens: entre limites e possibilidades no processo de ensino e aprendizagem de crianças. *Rev REED*, v. 2, n. 6, p. 1-25, 2021.

SILVA, J. M. *et al.* Cardiovascular adverse events associated with oral antineoplastic therapy. *Rev Bras Enferm*, v. 71, n. 5, p. 2561-9, 2018.

SOUZA NETO, V. L. *et al.* Proposta de plano de cuidados de enfermagem para pessoas internadas com AIDS. *Rev Esc Enferm USP*, v. 51, p. e03204, 2017.

SUGISAKA, A. C. A.; ANDRZEJEVSKI, V. M. S.; ROTTA, I. Validação de Materiais Educativos para Orientação de Pacientes em Tratamento de Câncer de Mama com Hormonioterapia. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. 4, p. e-051079, 2020.

WILLIAMS, R. Design para quem não é design. 4ª ed. São Paulo: Callis, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. 2017.

VASCONCELOS, CBH. Construção e validação de tecnologia educativa para promoção da segurança e eficácia do tratamento com capecitabina. Monografia em Enfermagem– Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022.

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM GESTANTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CESARIANA

Geiciara Costa Ribeiro - Enfermeira pelo Centro universitário Católica de Quixadá.

Gabriel Gomes Ribeiro - Discente de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará.

Andressa Vieira Alexandre - Discente de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará.

Lara Oliveira Candido Siebra Dantas - Discente de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará.

Igor Cordeiro Mendes – Enfermeiro. Mestre e Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

INTRODUÇÃO

Socialmente, a maternidade continua a ser vista como um período de bem-estar para a mulher e para a sua família e que todas as alterações vividas são normais. Deste modo, a grávida acaba por desvalorizar os seus sentimentos, não os transmitindo à sua família e aos profissionais de saúde à sua volta, pela pressão social de que é vítima (Polainas, 2024). Essa desvalorização, que varia entre as mulheres quanto à complexidade e subjetividade, pode propiciar medos, dúvidas, angústias ou simplesmente ansiedade e depressão. Deste modo, se a mulher já possuir uma predisposição para a doença, as alterações que vivencia na gravidez podem precipitar o início ou recorrência da mesma (Chakravorty, 2022; Howard & Khalifeh, 2020).

O ciclo gravídico-puerperal é um processo fisiológico que gera mudanças físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher, sendo influenciado por inúmeros fatores como as alterações biológicas, características socioeconômicas e os aspectos culturais no qual ela está inserida, o que pode influenciar diretamente no desenvolvimento da gestação, assim como no bem-estar e na saúde materno-infantil (Fantoni et al., 2024). É neste período que ocorrem as principais modificações no corpo e na vida da mulher, sejam elas físicas ou psicológicas. É importante salientar que o Ministério da Saúde considera o pré-natal como um momento crucial, pois é nele que a mulher deve receber todo acompanhamento possível na sua gestação. Nele serão realizados os exames laboratoriais, consultas de rotina, esquema de vacinas e todas as orientações, visando propiciar saúde para o binômio mãe e filho.

A vivência dos sentimentos pela gestante varia a cada trimestre. O primeiro trimestre é considerado um momento de forte vulnerabilidade psicológica secundária a fatores

hormonais, físicos, psicológicos e emocionais próprios da gravidez (Caldeira et al., 2024). No segundo trimestre a mulher começa a incorporar a gravidez por meio dos movimentos fetais. No terceiro trimestre o nível de ansiedade e medo tende a aumentar com a aproximação do parto e a mudança de rotina que vai acontecer com a chegada do bebê. Dessa forma, a depressão e ansiedade estão presentes em todas as fases da gestação, levando a consequências futuras no pós-parto (Polainas, 2024). Dessa forma, Wilcox et al., descobriram que 10% das mulheres do seu estudo já iniciaram a gravidez com sintomas depressivos e que 80% dos casos incidentes ocorreram durante a gravidez, sendo que 33% destes iniciou no 1º trimestre, 24% no 2º trimestre e 22% no 3º trimestre. Segundo os mesmos autores, uma em cada quatro mulheres (27%) relatou ter sofrido depressão em algum momento previamente à gravidez (Wilcox et al., 2021).

O parto é o momento final da gestação, sendo acompanhado por contrações uterinas e dilatação do colo. O mesmo é um momento único na vida de uma mãe, trazendo uma experiência inesquecível para a vida do casal, envolvendo familiares, amigos e comunidade. Ademais, é mister citar que a maternidade é marcada não apenas por uma variação neuroquímica, assim, podemos acrescentar a essas mudanças as questões de caráter social, sexual e financeiro. Portanto, a combinação desses fatores no puerpério faz com que essa fase seja de grande vulnerabilidade para o aparecimento de desordens psiquiátricas (Matos et al., 2021).

Uma vez diagnosticada, a mulher apresenta humor deprimido, perda de interesse, anedonia, distúrbios de sono e apetite, concentração prejudicada, sentimento de culpa e inutilidade, pensamentos suicidas e preocupações obsessivas. Tal sintomatologia e o aparecimento da doença está associado ao modo de parto sendo necessário incluir o pré-natal psicológico, visando a diminuição da prevalência de depressão pós-parto e a promoção da humanização da gestação. Correlacionado ao tipo de parto, a depressão pós-parto está intimamente relacionada ao parto cesárea, tendo em vista que este último pode ser amplamente classificado dependendo do tipo da organização do processo, ou seja, se houve ou não, o planejamento. O tipo de parto, influenciou diretamente na ansiedade das puérperas segundo do Almeida et al (2021) sendo o parto cesáreo o mais prevalente nos escores altos de ansiedade. A escolha das gestantes sobre as vias de parto acontece no pré-natal em que se faz necessário a participação de uma equipe que desempenha atividades e informações em relação ao momento do parto.

Diante disso, em casos de cesáreas não programadas, isto é, emergências, o foco é sempre livrar a mãe, o feto ou ambas de serem acometidos por alguma intercorrência e seus

efeitos para a saúde materna, fetal e placentária (por exemplo: ruptura uterina, sofrimento fetal, eclâmpsia). Em contrapartida, ao mesmo tempo que esse tipo de parto busca oferecer a prevenção e os cuidados daqueles que estão envolvidos na gestação, também oferece riscos para a saúde física e psicológica da mulher, podendo sofrer consequências durante longos períodos (Matos et al., 2023).

Tendo em vista que nem todas as mulheres, que estejam no momento final da gestação estarão preparadas para tal acontecimento, é comum a associação do conhecimento que as mulheres possuem sobre as possíveis complicações de eventos cirúrgicos. Propiciando assim, que a ansiedade e o medo se tornam cada vez mais perceptíveis. Intercorrências na gestação tais como convulsões, sangramentos, hematomas subcoriônicos e outras causas que possam atingir o feto podem gerar padrões comportamentais indesejados na gestante (Sousa et al., 2021). Diante do risco de perda fetal e da possibilidade de agravamento do quadro e de complicações, principalmente para o bebê, a gestante pode desenvolver depressão já no período gestacional. Outro fator importante é a ausência do acompanhamento do pré-natal, segundo Sousa et al. (2021) o pré-natal pode evitar intercorrências e agravos para a mãe e o feto, nessa perspectiva se estabelece a necessidade de avaliar os fatores de risco que podem contribuir para o surgimento de depressão no período pós-parto, adotando uma abordagem humanizada, intervindo nas diferentes situações a fim de se estabelecer uma atenção sistemática das pacientes.

Sendo assim, a assistência de enfermagem pré-operatória, com um olhar voltado para a saúde mental do paciente, representa o principal instrumento para o estabelecimento de medidas favoráveis para a obtenção de um cuidado humanizado e menos traumático. Contudo, é necessário o conhecimento sobre os reais transtornos que afetam diretamente os pacientes que aguardam uma cirurgia de grande porte em seu domicílio, para que as práticas desenvolvidas nas orientações pré-operatórias possam ser avaliadas e, consequentemente, se tornar efetivas e resolutivas (Monteiro, 2020), se alinhando de maneira intrínseca, com condutas que visem a completa segurança do paciente e autenticidade do cuidado.

Ressalta-se que a ansiedade é uma reação natural, que age como resposta à entrada em um ambiente diferente, por exemplo, uma sala de operação. Além disso, as mulheres que vivenciam um parto com experiência de ter sofrido uma violência obstétrica como ter sido humilhada pela equipe médica pode desencadear o Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Os partos em que a mulher vivencia situações como dor intensa e prolongada, experiência de ter sido humilhada pela equipe médica, medo de morte ou morte do feto ou

recém-nascido, percepção de anomalia congênita no bebê, entre outras, podem ser considerados fatores traumáticos que eventualmente podem desencadear o TEPT (Almeida et al., 2021). Dessa forma, o momento que decorre da entrada da gestante a sala de cirurgia até o pós-cirúrgico pode desencadear ansiedade e depressão devido a exposição de um ambiente estressor.

Portanto, a ansiedade e depressão pré-operatória são consideradas parâmetros que devem ser analisados pelos profissionais da saúde durante um procedimento de indução anestésica, pois contribuem com o surgimento de fatores emocionais como: medo, angústia, diminuição do sono, problemas comportamentais e uma recuperação pós-operatória mais longa. Entretanto, verifica-se uma falta de apoio e atenção acerca das alterações emocionais e psicológicas geradas por conta da ansiedade nas gestantes após saberem que vão ser induzidas a um procedimento cirúrgico de cesariana. Dessa forma, é muito importante estudar o lado emocional dos pacientes, principalmente daqueles que são submetidos a procedimentos cirúrgicos, que conforme a literatura o mesmo é visto como estressor relativamente comum, especialmente em gestantes que são sujeitas a uma cesariana, aumentando assim o seu nível de ansiedade e medo. O presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de ansiedade e depressão de gestantes no pré-operatório de cesariana, de uma maternidade referência do Sertão Central Cearense.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, observacional com abordagem quantitativa. Esse estudo quantitativo é composto por resultados estatísticos, os quais dispõem de análises e interpretações de dados fidedignos.

O estudo foi realizado de forma presencial em uma estalagem conjunta de uma maternidade de referência para a Rede Cegonha e região de saúde no Município de Quixadá-CE. A referida instituição possui caráter filantrópico e dispõe de mais de 90% dos seus leitos para o SUS.

Nesta estalagem são realizados procedimentos relacionados à saúde da mulher, como os procedimentos de cesariana. De acordo com essa instituição esse procedimento é realizado 122 vezes por mês. Com base nesses dados o alojamento é apto para realizar esse procedimento, assim como o ambiente foi propício para realização dessa pesquisa.

A população foi constituída por gestantes que estavam no pré-operatório de cesariana e que realizaram o procedimento cirúrgico na maternidade da cidade de Quixadá. Os critérios de inclusão foram: aceitar participar voluntariamente do estudo, ser maior de dezoito anos, possuir antecedentes clínicos e algum tipo de agravo na gestação atual. Além disso, a gestante tinha que ter algum tipo de ansiedade e depressão. Os critérios de exclusão foram: mulheres as quais não eram jovens e que possuíam incapacidade clínica, de compreender e responder o formulário.

Tendo em vista que são realizadas 122 cesarianas por mês, foi feito um cálculo amostral de população finita, sendo aplicado um nível de confiança de 95%, uma probabilidade de ocorrer o evento em 50% e um erro amostral de 5%. Dessa forma, a amostra conteve 92 participantes, que foi arredondado para 100 indivíduos. Esse cálculo foi realizado por meio de uma fórmula para população finita a seguir:

$$n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) / Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)$$

Onde: n - amostra calculada; N – população; Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p - verdadeira probabilidade do evento; e - erro amostral.

A entrevista foi realizada em local reservado, para manter o sigilo e evitar constrangimentos que as gestantes pudessem vir a ter, como recordar de algum fato do qual não quisesse lembrar. Além disso, os participantes tiveram a liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa. Se algum participante se sentir constrangido, exposto ou com desconforto físico ou psicológico, ele seria encaminhado a um serviço de avaliação psicológica.

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a outubro do ano de 2018. No primeiro contato com as gestantes foi esclarecido sobre o objetivo da pesquisa, garantindo-se a liberdade para aceitar ou não a participação no estudo, sendo necessária a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É válido salientar que a coleta de dados somente foi realizada quando a mulher achava um momento mais oportuno, a fim de evitar danos ao estado clínico dela.

Na entrevista foi aplicado um formulário com informações sociodemográficas e obstétricas, além disso foi colocado uma escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). O instrumento é constituído por 14 itens, que se dividem em duas subescalas, a subescala para ansiedade e para depressão. Para avaliar os níveis de ansiedade são os itens: 1,3,5,7,9,11,13 e

para avaliar a subescala de depressão são os itens: 2,4,6,8,10,12,14. Todos os itens são categorizados em uma escala de quatro pontos que vale de 0 a 3. Através destes valores definidos, as subescalas da HADS podem indicar a presença de desordens de ansiedade ou depressão em diferentes níveis: 0-7 normal; 8-10 leve; 11-14 moderada; 15-21, severa.

A abordagem da pesquisa é estatística descritiva com frequência simples e percentual para os dados categóricos, e média e desvio padrão para os dados quantitativos contínuos. Para análise dos escores da escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, foi considerada a média e desvio padrão para cada item. Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel® 2010, depois foram analisados pelo Software estatísticos IBM SPSS Statistics 23.0. Os resultados foram realizados por meio de tabelas, sendo comparados com a literatura adequada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, número 2.904.896. Assim, a pesquisa atendeu às normas que regulamentam as pesquisas realizadas em seres humanos, que é pautada na resolução de número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil. Assim, foi solicitado a assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi solicitada a autorização para realização da pesquisa na maternidade por meio da assinatura do Termo de Anuência.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 100 gestantes. Dessa forma, prevaleceram mulheres jovens, com idade média de 27 anos, variando entre 18 a 34 anos, com predomínio de mulheres com companheiros (74%) e com nível educacional médio (53,4%). Além disso, as gestantes são em maioria estudantes (17%) e com uma renda igual ou superior a um salário mínimo (52%). Esses dados estão presentes na tabela 1.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica de mulheres programadas para realizar cesariana na cidade de Quixadá-CE, no período de 2018. Quixadá, Ceará.

VARIÁVEIS	Nº	%
Idade (anos)		
18 - 34 anos	87	87,0
≥35 anos	13	13,0
Escolaridade (anos)		
Até 9 anos	43	43,0
Mais de 9 anos	57	57,0
Estado Civil		
Com companheiro fixo	74	74,0
Sem companheiro fixo	26	26,0
Renda		
Até um salário mínimo	48	48,0
≥ ou superior a um salário mínimo	52	52,0
Profissão		
Estudante	17	17,0
Dona de casa	14	14,0
Agricultora	13	13,0
Outras	56	56,0

Fonte: Autoria, 2018.

A tabela 2 aborda o tipo de atendimento do pré-Natal, predominando o de baixo risco (79%), com atendimento pelo médico e enfermeiro (89%), realizados nos Postos de Saúde (80%). Nesse estudo foi mostrado que a maioria das gestantes apresentaram antecedentes familiares, destacando-se mais as doenças crônicas. No que diz respeito aos antecedentes clínicos, nota-se que 48% das gestantes já tiveram infecção urinária.

Tabela 2 - Caracterização obstétrica de gestantes programadas para realizar cesariana na cidade de Quixadá-CE, no período de 2018. Quixadá, Ceará.

Variáveis	Nº	%
Classificação Pré-Natal		
Baixo risco	79	79,0
Alto risco	21	21,0
Profissional		
Médico	11	11,0
Médico e Enfermeiro	89	89,0
Local do pré-natal		
Serviço especial/ Clínica privada	20	20,0
Posto de saúde	80	80,0
Antecedente familiar categoria		
Sim	93	93,0
Não	07	7,0
Antecedentes clínicos		
Sim	82	82,0

Não	18	18,0
Agravos na gestação atual		
Pós-datismo	24	24,0
Pré-eclâmpsia	11	11,0
Infecção urinária	10	10,0
Outras	15	15,0

Fonte: Autora, 2018.

Além dos abraços na gestação atual, explanado na tabela 2, foi possível notar que 24% das gestantes apresentaram pós-datismo. Assim, evidenciou-se que existiram gestantes com mais de uma intercorrência clínica e dentre estas prevaleceu a pré-eclâmpsia com (11%) e a infecção urinária com (10%).

Já a tabela 03 apresenta os resultados relativos à escala de ansiedade e depressão clínica. Quanto à subescala de ansiedade, verificou-se que os aspectos que mais contribuíram com as sensações da ansiedade foram: sinto-me nervoso/ tenso apresentando uma média de 1,68 e tenho a cabeça cheia de preocupações com uma média de 1,69. Ademais a tabela 03, mostra os parâmetros da subescala de depressão, constatando-se que as características que mais prevaleceram foram: perdi o interesse em cuidar do aspecto físico com média de 1,73 e sinto-me mais lento com 1,58.

Tabela 3 - Resultados da Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS) de mulheres programadas para realizar cesariana na cidade de Quixadá. Quixadá, Ceará, 2018.

Perguntas Da HADS	Média
Ansiedade	
Sinto-me tenso/a ou nervoso/a	1,68
Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	1,18

Tenho a cabeça cheia de preocupações	1,69
Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a	1,23
Fico de tal forma apreensivo/a como se fizesse as coisas mais devagar	0,66
Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a	1,14
De repente, tenho sensações de pânico	0,67
Depressão	
Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava	1,24
Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	0,59
Sinto-me animado/a	1,27
Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar	1,58
Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	1,73
Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	0,92
Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão	0,98

Fonte: Autor, 2018.

Na tabela 04 está detalhado os níveis de ansiedade e depressão, onde eles estão divididos em quatro níveis: leve, discreto, moderado e severo. Notou-se que 44% das gestantes apresentaram níveis leves de ansiedade, porém 20% destas destacaram-se com níveis moderados e severos. Levando em consideração a subescala de depressão, 40% das participantes apresentaram níveis leves, enquanto 27% delas se destacaram, fazendo parte dos níveis moderados e severos.

Tabela 04 - Níveis de ansiedade e depressão Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS) de mulheres programadas para realizar cesariana na cidade de Quixadá, no período de 2018. Quixadá, Ceará.

Variáveis	Ansiedade		Depressão	
	Nº	%	Nº	%
Normal	44	44,0	40	40,0
Leve	35	35,0	33	33,0
Moderado	18	18,0	24	24,0
Severo	03	3,0	03	3,0

Fonte: Autor, 2018.

DISCUSSÃO

A gestação é uma fase importante na vida da mulher e agrega diversas experiências desde a concepção até a chegada do recém-nascido. As transformações físicas, hormonais, emocionais e psicossociais, advindas desse período, podem repercutir em sua saúde mental. (Caldeira *et al.*, 2023). De acordo com Caldeira et al. (2023) a gestante tem que ter suporte familiar. De forma que seja feito desde o início, quando se tem o diagnóstico da gravidez e nas consultas pré-natais. Convidar algum membro da família sendo o pai do bebe ou outras pessoas do seu convívio, para auxiliar nas tarefas pode ajudar a manter um vínculo e trazer segurança para a gestante. Neste momento, é importante lembrá-la sempre de que ela não está sozinha e que poderá contar com o auxílio de outras pessoas.

O período gestacional é marcado por diversas mudanças que requerem adaptações frequentes, no qual se cumprem inúmeras funções de desenvolvimento. A mulher, nesse contexto, terá que se acostumar tanto com as transformações ocorridas no seu corpo quanto às modificações de papéis gerados pela maternidade (Leles, *et al.* 2023)

Reconhecer as condições emocionais que surgem no decorrer da gestação é difícil, porém extremamente necessário. As modificações que ocorrem no corpo, sejam físicas devido aos hormônios, ou psíquicas e até mesmo sociais, induzem que a mulher possua uma vida

emocional retrógrada, fazendo com que elas voltem mais a si e ao seu meio interno, acarretando nas recordações da infância, sobre o convívio familiar, em especial com a mãe. Identificar tais fatores contribui significativamente na troca de informações, contribuindo para uma melhor abrangência do campo de pesquisa na área social. (Leles, *et al.*2023)

O apoio social propicia uma rede de amparo à gestante, fornecendo-lhe auxílio emocional e social diante das mudanças que abarcam o período gestacional, devendo ser oferecido pelo serviço de saúde, por parceiros, familiares e amigos, constituindo um fator protetor para a saúde mental. É uma importante estratégia de enfrentamento das consequências da doença mental na gestação e ajuda a prevenir e/ou reduzir o risco de resultados adversos na gravidez e no parto (Caldeira *et al.*, 2023).

A partir do último trimestre de gestação as gestantes já estão em um nível alto de ansiedade por conta da proximidade com o parto (Almeida *et al.*,2021). Entretanto, esse nível de ansiedade pode aumentar ainda mais ou podem ser minimizados.

Nesse sentido, o tipo de parto influencia diretamente na ansiedade das puérperas sendo o parto cesáreo o mais prevalente nos escores altos de ansiedade. A escolha das gestantes sobre as vias de parto acontece no pré-natal em que se faz necessário a participação de uma equipe que desempenha atividades e informações em relação ao momento do parto (Almeida *et al.*,2021).

O referido estudo permitiu avaliar a ansiedade e depressão em mulheres que iriam realizar o procedimento de cesariana em uma determinada maternidade localizada no Sertão Central O mesmo foi composto por 100 gestantes com uma média de idade de 27 anos, variando entre 17 e 34 anos, nível educacional médio e parceiro fixo. Nota-se que a maioria dessas mulheres eram estudantes e com uma renda de um salário mínimo. Denota-se ainda que a maioria seja residente da Cidade de Quixadá e resida próximo ao local onde realizaram o pré-natal.

Verifica-se também no presente levantamento de dados que em relação ao atendimento no pré-natal, predominou-se pré-natal de baixo risco, com atendimento por médico e enfermeiro em Postos de Saúde. Esses achados demonstram a realização de cesarianas eletivas sem critérios estabelecidos e pautado em evidências científicas, demonstrando a necessidade de avaliar a qualidade da assistência obstétrica realizada na referida instituição no que tange a definição da via de parturição.

O Almeida *et al.* (2021) ressalta a importância do profissional da saúde na saúde mental das gestantes. Durante o trabalho de parto a mulher passa por diversas sensações e

sentimentos. Entretanto, atualmente com a institucionalização do parto nos hospitais, não há a priorização dessas emoções e aspectos fisiológicos, mas sim um excesso de intervenções. Tudo isso pode levar à falta de contato pessoal e os aspectos emocionais ficam em segundo plano. Não basta apenas criar técnicas, é preciso criar laços de relacionamento humano, pois a partir deles a mulher se sentirá mais confortável na passagem desse processo que é gestar e parir. Questiona-se essa conduta alertando os profissionais da saúde que atendem a mulher no processo de gestação e do parto sobre seus atos.

Nesse sentido, de acordo com a escala de HADS, evidenciaram-se aspectos que contribuíram com a indicação de sensações relacionadas à ansiedade como: Sinto-me nervoso/tenso e tenho a cabeça cheia de preocupações. Contudo ainda se verificou os parâmetros da subescala de depressão, constatando-se que as características que favoreceram a ocorrência de percepções depressivas foram: Perdi o interesse em cuidar do aspecto físico e sinto-me mais lento.

O Brito et al. (2023) salientou que o reconhecimento da depressão gestacional como uma morbidade importante é primordial para o diagnóstico. A utilização de instrumentos de rastreio dos sintomas depressivos na gestação, que envolve a atuação da equipe multiprofissional, pode ser uma forma eficaz de prevenção dessa condição e de promoção da saúde materno-fetal. A pesquisa sobre a depressão gestacional, um dos distúrbios menos investigados e sub tratados na gestação, fomenta a discussão sobre a importância do fortalecimento de políticas públicas que valorizem a saúde mental da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e sobre estratégias de prevenção e controle dessa morbidade.

Sendo assim, o período pré-operatório é crucial, pois é nesse momento que o cliente se encontra na cirurgia e precisa de orientações quanto ao procedimento, aos riscos de possíveis complicações no pós-operatório. Dessa forma a equipe de Enfermagem é de grande valia, pois prestam uma assistência integral ao paciente, priorizando não apenas os fatores físicos, mas os aspectos psicológicos, pois são essas condutas que contribuem para que os pacientes não venham a desenvolver níveis de ansiedade e depressão.

Finalmente, com estes achados, torna-se fundamental a compreensão da situação atual do Brasil em relação aos problemas de saúde pública ligados ao ciclo gravídico-puerperal e torna-se alarmante a necessidade de implementar novas ações na atenção às gestantes, principalmente durante a realização do pré-natal, visando oferecer à mulher um acompanhamento global de sua gestação com o suporte necessário. Com isso, é de extrema importância a ênfase da atenção às questões relacionadas ao bem-estar materno com

evidência na necessidade de se disponibilizar uma atenção igualitária e integralista à saúde mental e física da mulher, bem como promover o bem-estar durante a gravidez e após o parto. Por fim, a incorporação de um profissional da área de saúde mental nas equipes de atendimento pré-natal, assim como nas que atendem os partos no hospital, poderia ser de muita ajuda para o manejo dos casos identificados pelo rastreamento sistemático de depressão (Fantoni et al., 2024).

CONCLUSÃO

Neste estudo, os resultados obtidos mostram que 44% das participantes do estudo, apresentam um nível leve de ansiedade, porém 20% destas, destacam-se com os níveis moderados e severos. Relacionado a depressão, 40% das participantes obtiveram nível leve, tendo em vista que 27% das mesmas fazem parte dos níveis moderados e severos.

O estudo permite avaliar o nível de ansiedade em pacientes que realizam o procedimento de cesariana. Durante a organização e produção do trabalho, diversas limitações foram encontradas, como: a escassez de literaturas atuais acerca da temática; muitas cirurgias de cesarianas não programadas, comprometendo a chegada do pesquisador em tempo hábil para realizar a coleta. Por conta do público ser bem restrito, muitas vezes a decisão do procedimento de cesariana é imediatista e essas eventualidades comprometem a realização da coleta de dados.

É esperado que o estudo possa contribuir para que os profissionais tenham um cuidado diferenciado para estas pacientes, que seja possível realizar intervenções de saúde, estratégias e cuidados para que os aspectos emocionais dessas mulheres não venham a comprometer a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. W. S, et al. Boas práticas na sala de parto e ansiedade em puérperas: o que pode influenciar. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 11, p. 01-07, set/out. 2021.

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

CALDEIRA, D. M. R, et al. Sintomas Depressivos e Fatores Associados em Gestantes Assistidas na Atenção Primária à Saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 33, e20230137, 2023.

CARRASQUEIRA, L. M. C. Correlatos e Factores de Risco da Depressão Perinatal - Abordagem Multidimensional. 2020. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal, 2020.

FANTONI, A. L. S, et al. Ciclo gravídico-puerperal: transtornos emocionais , programas de atenção e cuidado. Editora Científica, v. 1.

MATOS, M. M, et al. Depressão pós-parto em mulheres que tiveram cesárea não programada. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 6, p. 01-07, 2021.

LELES, A. C. R.; DE MENEZES, A. G. G.; JULIO, B. R.; JUNQUEIRA, D. A.; DE SOUZA, E. S.; RESENDE, G. B. de O.; DA SILVA, M. A.; DE FARIA, A. B. Ansiedade na gestação. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 20838–20852, 2023.

MONTEIRO, Daiane. Consulta de enfermagem pré-operatória e saúde mental: relato de pacientes. Research, Society and Development, v.9, n.10, p. 1-12, out. 2020.

POLAINAS, V. L. G. Saúde Mental na Gravidez: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, Portugal, 2024.

SILVA, G. F. R. A incidência de casos de violência obstétrica por meio de condutas inadequadas pelo profissional de saúde. Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE, São Paulo, v.10, n.04, abr. 2024

SOUSA, P. H. S. F, et al. Fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. Brazilian Journal of Development, v.7, n.1, p. 01-16, dez/jan. 2021,

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE PARTOS PREMATUROS: UM ESTUDO ECOLÓGICO

Leliane Pinheiro - Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Camila Maria Teixeira dos Santos - Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Camile Iraci Albuquerque da Silva - Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Madalena dos Santos Andrade - Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Igor Cordeiro Mendes - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

INTRODUÇÃO

O parto prematuro é um importante problema obstétrico nos dias atuais, sendo responsável pela maioria dos casos de morbidade e mortalidade perinatal, ocasionando graves danos imediatos nos recém-nascidos, e sequelas tardias. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem cerca de 13,4 milhões de casos de partos prematuros no mundo, e que um a cada dez bebês morrem devido à prematuridade (OMS, 2023).

O parto prematuro é considerado uma síndrome por poder ser ocasionado por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos. Dessa forma, diversas etiologias podem ocasionar o trabalho de parto prematuro (TPP). Devido a isso, a prevenção da prematuridade está diretamente relacionada à busca de fatores de riscos durante as consultas pré-natal, para uma efetiva orientação e aconselhamento obstétrico, visando o diagnóstico precoce (Ribeiro *et al.*, 2021).

O Parto Pré-Termo (PPT) é uma complicação da gravidez associada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade neonatal, a qual caracteriza-se pelo nascimento anterior a 37 semanas de gestação. Trata-se de um problema mundial que se origina devido a alterações como: descolamento de placenta precoce, hipertensão, infecção urinária, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) na gravidez e pela falta de orientação e informação durante o pré-natal (Gomes *et al.*, 2020).

A prematuridade é um dos principais preditores de mortalidade infantil, junto ao baixo peso ao nascer, sendo responsável pela maior proporção de morte neonatal. Ambos os fatores são considerados evitáveis. Segundo Ramos *et al.* (2022), o adequado acompanhamento pré-natal e o controle de morbidades maternas foram considerados de forma independente como fatores protetores para o parto prematuro. Além disso, os bebês prematuros apresentam um

desenvolvimento incompleto da capacidade dos órgãos e do sistema nervoso central, dito isso, necessitam de uma atenção especializada e direcionada para suas vulnerabilidades.

Tendo em vista o exposto, mostra-se relevante a necessidade deste estudo a fim de se conhecer as causas principais associadas a prematuridade, visto que esta tem relação direta com a morbidade materna e complicações fetais, e assim, colaborar para a prevenção/ redução desses casos. As gestações de bebês prematuros estão ocorrendo em situações de vida desfavoráveis à saúde materno-infantil. Logo, conhecer o perfil das mães torna-se relevante para a assistência mãe-família-bebê com a detecção e a intervenção precoce de situações de risco que possam comprometer o bem-estar materno e fetal.

Assim, surgem os seguintes questionamentos: Quais os fatores associados à ocorrência de partos prematuros no estado do Maranhão? Qual o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães de recém-nascidos prematuros? Quais os parâmetros referentes aos recém-nascidos prematuros? Essa análise e compreensão desses resultados poderá contribuir para a melhoria da assistência prestada e para a redução dos índices de prematuridade e suas complicações para o RN e para a mãe.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho consiste em identificar os fatores associados a ocorrência de partos prematuros no estado do Maranhão / Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico e quantitativo. Os estudos descritivos são aqueles que originam as questões científicas que fornecem índices para a formulação de hipóteses epidemiológicas consistentes com o conhecimento existente sobre a ocorrência das doenças. Já o estudo ecológico é útil para gerar hipóteses, e as unidades de análise são grupos de pessoas ao invés de indivíduos, geograficamente definidos (Santos, 2020). No que diz respeito ao estudo quantitativo, é a forma de pesquisa que age sobre um problema humano ou social, é embasada no teste de uma Teoria e desenvolvida por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico (Knechtel, 2014).

O estudo realizou-se por meio de uma ferramenta tecnológica de acesso e domínio público, o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), possibilitando a obtenção de dados/informações epidemiológicas do estado do Maranhão no período de 2011 a 2020. A população desta pesquisa constituiu-se por todas as mulheres que tiveram partos prematuros, no período citado, disponíveis no banco de dados DATASUS, contendo

informações relativas a todo o estado do Maranhão. Entretanto, foram excluídas as mulheres que tiveram a variável parto prematuro ignorado ou deixado em branco.

A coleta foi realizada a partir do banco de dados disponível no DATASUS, com partos prematuros ocorridos no período de 2011 a 2020 no Maranhão. Esses dados são coletados a partir do nascimento quando se preenche a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), as informações nelas preenchidas serão utilizadas pela Secretaria de Saúde do município que as transfere para o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, o SINASC, que, posteriormente envia à Secretaria de Saúde do Estado, e após, para o Ministério da Saúde, que, ao receber os dados dos Estados os divulga no DATASUS.

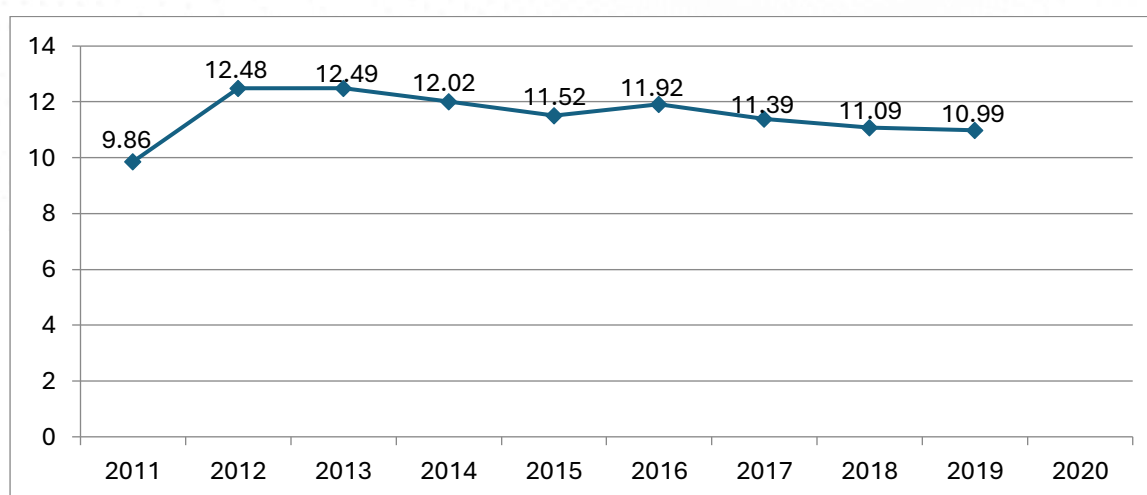
Para a análise dos dados, calculou-se a taxa de parto prematuro com o seguinte cálculo: número de partos prematuros / por todos os partos x 100. Além disso, realizou-se a caracterização das mães e dos recém-nascidos, de acordo com o parto prematuro, verificaram-se informações sociodemográficas das mães (idade, escolaridade, raça, ocupação habitual, situação conjugal, município de residência da mulher e município de ocorrência do parto), dados referentes ao perfil obstétrico das mesmas (número de gestações, número de partos vaginais, número de cesarianas, número de Nascidos Vivos, número de aborto, número de consultas pré-natal, mês que iniciou as consultas, tipo de gravidez, apresentação fetal, trabalho de parto induzido, realização de cesárea antes do trabalho de parto iniciar, profissional que assistiu o nascimento) e informações acerca do recém-nascido (sexo, peso ao nascer, índice de Apgar no 1º e 5º minutos e detecção de algumas anomalias congênitas). Posteriormente, os dados foram organizados em tabelas e gráficos e analisados através da frequência absoluta e relativa, sendo discutidas à luz da literatura pertinente.

A coleta de dados seguiu todos os princípios da bioética, porém não houve necessidade de passar pelo comitê de ética, tendo em vista que as informações foram coletadas no sistema de domínio público, o DATASUS. Tornando-se assim, desnecessário o envio ao Comitê.

RESULTADOS

Com base nos dados relativos às taxas de partos prematuros ocorridos no estado do Maranhão no período de 2011 a 2020, averiguou-se a ocorrência de 123.602 partos prematuros dentre 1.075.107 partos notificados através da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), o que equivale à 11,5%. A análise da referida série histórica permitiu observar uma tendência alternada das taxas de parto prematuro, pois durante os anos anteriores ao ano de 2020 os partos prematuros apresentavam uma tendência descendente, enquanto, em 2020, ocorreu uma ascensão dos nascimentos de prematuros notificados no estado do Maranhão.

Figura 1. Taxa de partos prematuros no estado do Maranhão no período de 2011 – 2020.



Fonte: DATASUS

Quanto ao perfil sociodemográfico, foram analisados o perfil das mães dos RN's prematuros e não prematuros, no período em análise, nas seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade e estado civil. Ao avaliar a idade materna, observou-se a predominância das mães de RN's prematuros com faixa etária inferior a 20 anos, correspondente à 29,67% (n= 36.668), enquanto apenas 23,91% (n= 227.537) das mães de RN's não prematuros possuíam essa faixa etária. Entretanto, ao verificar as mães de RN's prematuros e não prematuros que possuíam idade superior a 40 anos, não se registrou influência proeminente deste aspecto na ocorrência da prematuridade, visto que apresentaram um percentual aproximado, respectivamente de, 1,98% (n= 2.449) e 1,51% (n= 14.373).

Com relação à escolaridade, notou-se um percentual acentuado de mulheres com escolaridade inferior a oito anos de estudo entre as mães de RN's prematuros, equivalente a 33,01% (n= 40.807) dos casos. Todavia, quando avaliadas as mães de RN's não prematuros, verificou-se uma prevalência contrária, com 69,45% (n= 660.770) de mulheres que possuíam escolaridade superior a oito anos de estudo.

No que se refere ao estado civil, identificou-se que, embora em ambos os partos (prematuros e não prematuros) exista uma predominância de mães solteiras, esse percentual é mais significativo nas mães de RN's não prematuros. Observou-se que, um total de 48,11% (n= 457.823) das mães de RN's não prematuros foram classificadas como solteiras e 19,38% (n= 184.382) identificadas como casadas. Por outro lado, 47,55% (n= 58.776) das mães de RN's prematuros foram identificadas como solteiras e 15,99% (n= 19.762) como casadas.

Tabela 1. Distribuição do perfil Sociodemográfico das mães dos RN's Prematuros e das mães dos RN's Não Prematuros no estado do Maranhão, 2011 – 2020. Pinheiro – MA, 2022.

Variáveis	Mães de RN's prematuros		Mães de RN's não prematuros	
IDADE (ANOS)	Nº	%	Nº	%
10-19	36.668	29,67	227.537	23,91
20-39	84.485	68,35	709.595	74,58
40-69	2.449	1,98	4.373	1,51
ESCOLARIDADE				
Nenhuma	1.976	1,60	12.464	1,31
1 a 3 anos	6.666	5,39	43.415	4,56
4 a 7 anos	32.165	26,02	220.916	23,22
8 a 11 anos	70.410	56,97	572.207	60,14
12 anos ou mais	10.395	8,41	88.563	9,31
Ignorado	1.990	1,61	3.940	1,46
ESTADO CIVIL				
Solteira	58.776	47,55	457.823	48,11
Casada	19.762	15,9	184.382	19,38
Viúva	186	0,15	1.523	0,16
Separada judicialmente	431	0,35		

Variáveis	Mães de RN's prematuros		Mães de RN's não prematuros	
União Consensual.	42.505	34,39	3.454	0,36
Ignorado	1.942	1,57	291.410	30,63
			12. 913	1,36

Fonte: DATASUS (2024).

Ademais, também analisou-se o número de consultas pré-natal realizadas pelas mães de RN's prematuros e de RN's não prematuros, durante o período em estudo. Identificou-se que, a grande maioria das mães de RN's não prematuros realizou sete ou mais consultas de pré-natal, equivalendo a 43, 97% (n=418.371) dos casos. Já em relação ao número de consultas pré natal das mães de RN's prematuros, verificou-se uma predominância de realização de apenas quatro a seis consultas, com percentual de 45,12% (n= 55.768) dos casos, bem como um número considerável de mães de RN's prematuros que realizaram entre 1 a 3 consultas, com 24,05% (n= 29.729) dos casos.

Os tipos de partos ocorridos em mães de RN's prematuros e RN's não prematuros também foram analisados como possível indicador importante da prematuridade. Dessa forma, verificou-se que 59,28% (n= 73.266) dos partos ocorridos por via vaginal no período em análise, foram de mães de RN's prematuros. E com um resultado inferior, observou-se que, 40,46% (n= 50.016) dos partos cesarianas, foram de mães de RN's prematuros. Além disso, foi identificado um percentual de 54,5% (n= 518.528) de partos ocorridos por via vaginal no período em análise, em mães de RN's não prematuros, bem como 45,29% (n= 430.963) dos partos cesarianas também nesse período.

Referente a proporção de partos prematuros e não prematuros segundo as Macrorregiões de Saúde do estado do Maranhão, observou-se um percentual com pequenas diferenças entre as mesmas. Segundo a análise feita, os maiores índices foram encontrados,

respectivamente, em: Viana, com 15,58% (n= 5.818) dos casos de partos prematuros; Pinheiro, com 12,98% (n= 7.115) e São Luís, com 12,73% (n=26.661) dos casos, sendo, portanto, a Macrorregião Norte com os maiores índices de partos prematuros. Já os menores índices de partos prematuros foram encontrados na Macrorregião Centro Maranhense, com 9,78% (n= 15.186) dos casos, tendo Pedreiras, 9,8% (n= 3.306) e Presidente Dutra, 9,25% (n= 4.001), com os menores índices.

Além disso, mensurou-se o local de ocorrência do processo de parturição (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, aldeia indígena, e outro) que se associa ao nascimento prematuro. Nesse sentido, percebeu-se uma maior prevalência de partos nos hospitais, seguidos, respectivamente, de 95,72% (n= 118.310) dos prematuros e 96,93% (n= 922.256) dos não prematuros. Entretanto, ao analisar os percentuais do local de ocorrência do parto, notou-se uma predominância significativa de ocorrência dos partos em domicílio, verificando-se 3,02% (n= 3.725) de prematuros e 1,76% (16.751) de não prematuros.

O perfil de adaptação e vida extrauterina e dados antropométricos dos recém-nascidos no estado do Maranhão também foram averiguados e, no período em análise, observou-se uma semelhança nos resultados obtidos em ambos os partos, de prematuros e não prematuros. Em relação ao Apgar do 1º minuto, identificou-se que, tanto nos RN's prematuros quanto nos RN's não prematuros, houve uma maior predominância da classificação desse índice entre 8 a 10, equivalendo a 67,73% (n= 83.721) e 77,12% (n= 733.776) dos casos, respectivamente. Dessa forma, verifica-se uma boa adaptação à vida extrauterina pelo RN, independente de prematuros ou não prematuros. Porém, quando avaliados os índices entre 0 a 7, do Apgar no 1º minuto, verificou-se um percentual mais acentuado entre os RN's prematuros, com 21,82% (n= 26.966) enquanto que nos RN's não prematuros, esse percentual foi somente de 13,19% (n= 125.492).

Quanto ao Apgar do 5º minuto, identificou-se resultados semelhantes com percentual ainda maior para a classificação desse índice entre 8 a 10, tanto em RN's prematuros quanto em RN's não prematuros. Identificou-se que em RN's prematuros esse índice foi de 81,6% (n= 100.861) e em RN's não prematuros foi de 87,8% (n= 835.460), representando, da mesma forma, uma adaptação satisfatória à vida extrauterina. Porém, assim como no 1º minuto, no 5º minuto também verificou-se um percentual mais acentuado quando avaliados os índices entre 0 a 7; entre RN's prematuros, foi de 7,4% (n= 9.145) enquanto que nos RN's não prematuros, esse percentual foi apenas de 2,19% (n= 20.750).

Também obtiveram-se dados acerca do peso ao nascer, notando-se que: em RN's que nasceram com peso inferior a 500g a 2999g, o percentual foi mais elevado em RN's prematuros, com 57,9% (n= 71.560) enquanto nos RN's não prematuros esse percentual foi somente de 23,45% (n= 223.134). Já em relação aos que nasceram com peso de 3000g ou mais, notou-se uma maior prevalência em RN's não prematuros, com um percentual de 76,47% (n= 727.567) e um percentual inferior em RN's prematuros, 41,94% (n= 51.842).

Tabela 2: Distribuição do perfil dos recém-nascidos segundo os partos prematuros e não prematuros no estado do Maranhão, 2011- 2020. Pinheiro – MA, 2022.

Variáveis	Partos Prematuros		Partos Não Prematuros	
Apgar 1º minuto	Nº	%	Nº	%
0 a 2	2.928	2,37	4.604	0,48
3 a 5	7.336	5,94	24.133	2,54
6 a 7	16.702	13,51	96.755	10,17
8 a 10	83.721	67,73	733.776	77,12
Ignorado	12.915	10,45	92.237	9,69
Apgar 5º minuto				
0 a 2	1.334	1,08	2.070	0,22
3 a 5	1.782	1,44	3.404	0,36
6 a 7	6.029	4,88	15.276	1,61
8 a 10	100.861	81,60	835.460	87,80
Ignorado	13.596	11,00	95.295	10,01
Peso ao Nascer				
Menos de 500g	788	0,64	1.494	0,16
500 a 999g	3.026	2,45	368	0,04
1000 a 1499g	5.297	4,28	839	0,09
1500 a 2499g	29.922	24,21	35.820	3,76
2500 a 2.999g	32.527	26,32	184.613	19,40
3000 a 3999g4000g e mais	48.303	39,08	655.535	68,90
4000g e mais	3.539	2,86	72.032	7,57
Ignorado	200	0,16	804	0,08
TOTAL:	123.602		951.505	

Fonte: elaborado pelos autores (2024)

Quanto à ocorrência e os tipos de anomalias congênicas em RN's prematuros e não prematuros, observou-se um maior percentual de RN's que não apresentaram anomalias congênicas, sendo 95,53% (n= 118.078) prematuros e 97,7% (n= 929.552) de não prematuros. No entanto, notou-se que, dos RN's que apresentaram anomalias congênicas, houve um percentual mais frequente em RN's prematuros, com 1,04% (n= 1284), e que as principais anomalias congênicas são representadas por malformações e deformidades congênicas do aparelho osteomuscular, 0,24% (n=297). Já em RN's não prematuros, houve uma menor

ocorrência, 0,37% (n= 3.555) dos casos, com 0.11% (n= 1003) de malformações e deformidades congênicas do aparelho osteomuscular.

DISCUSSÃO

O parto prematuro constitui um dos principais desafios no mundo contemporâneo para os profissionais de saúde. Apenas a ciência de seus fatores de riscos e causas, não reduz de forma massiva a sua incidência, sendo que sua etiologia é multifatorial, como demonstra o presente estudo. É necessário preocupar-se também com os recém-nascidos pré-termo e suas condições perinatais, bem como suas consequências no desenvolvimento e crescimento. Nessa óptica, é primordial a mudança nas práticas obstétricas para orientar o desenvolvimento de medidas eficientes de modo a melhorar a qualidade de vida de prematuros moderados e tardios, promover a saúde e prevenir o desenvolvimento de agravos.

A prematuridade representa uma das principais problemáticas de saúde pública na atualidade, visto que, apesar da melhora dos índices epidemiológicos na saúde materno-infantil, a prevalência de partos prematuros continua elevada, com crescimento em localidades. No mundo, cerca de 150 milhões de crianças nasceram antes do previsto na última década, no Brasil a prevalência de prematuridade no mesmo período foi de 11, 1% (Alberton *et al.*, 2023).

Nessa óptica, foi implementado o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 1990, pelo Ministério da Saúde. Esse sistema tem por objetivo caracterizar as condições da gestação, do parto, do recém-nascido e da mãe a fim de monitorar as ações de saúde e para a formulação de políticas públicas (Szwarcwald *et al.*, 2019). O uso de informações em saúde, na pesquisa e no monitoramento e avaliação de serviços, programas e políticas, favorece a qualidade dessas mesmas informações e a produção de novos conhecimentos, cuja aplicabilidade se reflete em mudanças, na prática dos serviços e nas políticas públicas instituídas.

No presente estudo, observou-se, que a taxa de partos prematuros no estado do Maranhão-Brasil, entre os 2011-2020 variaram entre 9,86 a 11,35, apresentando crescimento alternado durante toda a série histórica. Estes resultados, apontam para índices semelhantes aos nacionais e de outros países, corroborando com diversos outros estudos desenvolvidos em todo o mundo. O Brasil ocupa o 9º lugar entre os dez países com as maiores taxas de parto prematuro, no mundo, com uma taxa de 11, 2 por 100 nascidos vivos (Chawanpaiboon *et al.*, 2019).

Bernardino *et al.* (2022) analisando o perfil da mortalidade neonatal no Brasil durante os anos de 2007 a 2017, verificou-se maior incidência nas regiões Norte e Nordeste, superando a média nacional. Estudos mais recentes relatam que a prematuridade está intimamente relacionada à mortalidade neonatal e infantil e alterações cardíacas, renais e cognitivas durante a vida adulta (Dias *et al.*, 2021). Ademais, a elevada taxa de partos prematuros gera altos custos socioeconômicos e constitui uma das principais causas de mortalidade neonatal (Alberton *et al.*, 2023).

Por fim, um parto prematuro pode acontecer por um ou múltiplos fatores, sendo diretamente relacionado a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a características maternas e de assistência materno-infantil (Sousa *et al.*, 2019), e por ser uma problemática de grande magnitude, necessita de estudos, para melhora dos indicadores de saúde dos grupos em questão.

Considerando as grandes diferenças existentes entre as diversas regiões do Brasil, torna-se necessária a análise de dados sociodemográficos e obstétricos encontrados nesse estudo, a fim de evidenciar fatores de risco para cada região, bem como tornar conhecidas as situações físicas e sociais das mães de RN's prematuros que são desfavoráveis ao bom desenvolvimento do período gestacional e do parto. Com isso, nosso estudo verificou que a faixa etária de maior prevalência das mães foi entre 20- 39 anos, havendo um percentual elevado de mães que tiveram parto prematuro e também de mães que tiveram partos não prematuros.

De acordo com Chermont *et al.* (2020), a idade materna é um fator de risco para prematuridade e mortalidade infantil, particularmente entre as adolescentes com menos de 20 anos e entre as mães com 35 anos e mais. Esse fato deve-se ao maior risco para desenvolver algum agravo, pois a imaturidade uterina e/ou o suprimento sanguíneo inadequado do colo uterino como fator de risco estão relacionados à idade materna associada à imaturidade biológica como causa de prematuridade, mostrando, dessa forma, que a gravidez na adolescência se configura como fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais.

Neste estudo, outro fator de risco encontrado foi a baixa escolaridade, identificou-se uma predominância de mães de RN's prematuros e de não prematuros com escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo, divergindo do que é apresentado na literatura que mostra a associação entre a prematuridade e baixa escolaridade materna. A literatura traz que a prematuridade em mães com baixa escolaridade pode estar relacionada a fatores confundidos, tais como: morar em locais de difícil acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao estado civil das mães de RN's tanto prematuros quanto não prematuros, verificou-se uma predominância de mães solteiras. Entretanto, avaliando a frequência relativa das mães de RN's classificadas como união consensual isoladamente, notou-se que existe um maior percentual dessas mães que tiveram partos prematuros.

Contudo, o estado civil também pode ser um fator associado à prematuridade. A insegurança e a incerteza no relacionamento podem ser responsáveis pelo aumento do estresse materno, que pode levar ao nascimento prematuro. De acordo com um estudo realizado por Souza *et al.* (2019), 48,73% das mães entrevistadas eram solteiras. O pouco envolvimento e suporte do companheiro, durante a gravidez, também pode aumentar esse risco (Merklinger-Gruchala; Kapiszewska, 2019).

Quanto ao número de consultas pré-natal realizadas pelas mães de RN's, identificou-se nesse estudo, que um percentual significativo de mães que tiveram partos não prematuros realizou 7 ou mais consultas de acompanhamento pré-natal, enquanto, das mães que tiveram partos prematuros, houve uma maior prevalência da realização de apenas 4- 6 consultas. Esse fato corrobora com o estudo realizado por Souza *et al.* (2019), onde se verificou que gestantes com menos de 7 consultas no pré-natal possuem um risco até 3 vezes maior do bebê nascer prematuro.

O parto prematuro pode ser precocemente identificado para prevenir possíveis complicações e/ou evitado, desde que a gestante receba toda a assistência necessária para seu cuidado durante o período gravídico. É nesse contexto que se insere a importância do número de consultas no pré-natal para que intervenções corretas sejam realizadas quando necessário, pois a prática clínica do profissional de saúde poderá analisar as indicações e contraindicações de cada tipo de parto prematuro e saber qual desses será melhor à gestante (Oliveira; Brito; Costa Neto, 2019).

Acerca da proporção dos tipos de partos ocorridos, foi verificado nesse estudo que houve diferenças significativas da frequência relativa em relação à via de parto (vaginal ou cesárea), existindo maior prevalência, em casos de partos vaginais, em mães de RN's prematuros. Entretanto, quando avaliados as vias de parturição isoladamente, observou-se que os partos cesáreos apresentaram índices mais acentuados de nascimentos em mães de RN's não prematuros, quando comparados com o parto normal.

Quanto ao tipo de parto, 73.266 (59,28%) nasceram de parto vaginal e 50.016 (40,46%) de parto cesáreo; o parto vaginal predominou entre os nascimentos prematuros. De

acordo com dados da OMS (2018) sugerem que taxas populacionais de cesarianas superiores a 10,0% não contribuem para redução da mortalidade.

Em relação a proporção de partos prematuros e não prematuros segundo as Macrorregiões de Saúde, notou-se, nesse estudo, uma maior predominância de partos prematuros na Macrorregião Norte (Viana, Pinheiro e São Luis). Enquanto se verificou os maiores índices de partos prematuros na Macrorregião Centro, em Pedreiras e Presidente Dutra. Além de Santa Inês, na Macrorregião Oeste e São João dos Patos, na Macrorregião Leste.

No estado do Maranhão, não diferente dos dados nacionais, a média de prematuridade gira em torno de 11,5%. A literatura existente corrobora esses índices quando comparados ao Brasil, a média de prematuridade fica em torno de 12,3%. O segundo maior índice encontrado foi na região Nordeste, com 10,98/1.000 nascidos vivos e os menores nas regiões Sul (7,81/1.000) e Sudeste (8,50/1.000) (Bernardino, *et al.* 2020). Isso deve-se às desigualdades sociais nas diferentes regiões do país, o estudo local desses fatores podem possibilitar reduções mais significativas da prematuridade, visto que, submetidas as mesmas condições podem apresentar resultados semelhantes ou não.

Acerca dos dados relativos ao perfil de adaptação e vida extrauterina e dados antropométricos dos recém-nascidos, segundo os partos prematuros e não prematuros, na avaliação do Apgar, verificou-se que, em ambos, a prevalência da classificação desse índice esteve entre 8 a 10. No estudo de Chermont *et. al.* (2020) notou-se que bebês advindos de gestação tardia apresentavam o índice de Apgar inferior a 7, representando 0,6%.

Os dados obtidos nesta pesquisa mostram que, apesar de nascer prematuramente, os bebês em sua maioria têm boa vitalidade fora do útero, porém, é necessário destacar que, embora tenham nascido em boas condições, podem apresentar problemas tardiamente, levando-se em consideração que a prematuridade é um fator relativamente responsável por grande parte das mortes neonatais e perinatais. Assim sendo, merecem um acompanhamento efetivo dos profissionais de saúde, a fim de prevenir complicações futuras.

Ao analisar o peso do nascimento segundo partos prematuros e não prematuros, os resultados foram diferentes para ambos os partos, sendo observado um percentual de cerca de 39,08% para partos prematuros e 68,90% para partos não prematuros, de recém-nascidos com peso entre 3000 a 3999g no nascimento. Assim como a prematuridade, o baixo peso ao nascer também é considerado um importante marcador de risco para a saúde. Segundo Bernardino *et al.* (2020) a maior proporção de óbitos neonatais ocorre entre os neonatos com extremo baixo peso ao nascer (34,13%), com aumento na tendência de 2,60% ao ano.

Leal *et al.*, (2018) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos trinta anos do SUS e descreveram os avanços na saúde Materno-Infantil no período entre 1990 e 2015. Os autores destacam redução importante nas taxas de fecundidade, universalização da atenção pré-natal e hospitalar ao parto, aumento do aleitamento materno e diminuição da subnutrição. Em contrapartida, destacam-se as altas taxas de cesarianas, prematuridade e baixo peso ao nascer. Os autores relatam que a epidemia de partos prematuros pode ser atribuída parcialmente à baixa qualidade da assistência pré-natal e as cesarianas desnecessárias, tendo como consequências a curto prazo, a morbimortalidade neonatal e, a longo prazo, os déficits de desenvolvimento de crianças prematuras (Leal *et al.*, 2018).

As razões para o aumento dessas taxas, considerando a melhora dos indicadores sociais e de saúde Materno Infantil nos últimos anos, ainda não são bem conhecidas. (Leal *et al.*, 2018). Analisando a ocorrência e os tipos de anomalias congênitas em RN's prematuros e não prematuros, verificou-se que as anomalias congênitas foram mais prevalentes em RN's prematuros que em RN's não prematuros. Além disso, as principais alterações congênitas em ambos os partos, prematuros e não prematuros, foram relativas ao aparelho osteomuscular, seguidas de outras malformações congênitas (não especificadas).

Assim, várias anormalidades podem ser ainda observadas durante a gestação, na fase neonatal, ou mesmo em determinado período após a concepção, que ocasionam danos constantes e irreversíveis, portanto, o acompanhamento do desenvolvimento fetal via ultrassonografia que deve ser parte da rotina das consultas do pré-natal, permite assegurar para o país, o bem-estar gestacional, dessa forma, é necessário que os exames ultrassonográficos sejam realizados em vários momentos da gestação, pois através dessa visualização é possível detectar vários diagnósticos conforme o período da manifestação dos primeiros sinais (Lima *et al.*, 2019).

Não houve associação estatisticamente significativa entre malformações e sexo do recém-nascido, porém observou-se uma maior frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre as malformações.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi possível concluir que, a taxa de prematuros no estado do Maranhão encontra-se alternada durante os anos em apreciação, estando com índices

semelhantes aos de outros países, corroborando com diversos outros estudos desenvolvidos em todo o mundo. Vale ressaltar que, esses dados são alarmantes, pois implica em maiores riscos de graves complicações maternas e perinatais.

Quanto ao perfil sociodemográfico, notou-se uma prevalência de mulheres com idade entre 20 a 39 anos e classificadas como solteiras em ambos os partos de prematuros e não prematuros. Entretanto, verificou-se um percentual significativo de mães de RN's prematuros que tiveram parto vaginal, quando comparadas com as mães de RN's prematuros que tiveram parto cesáreo. Em relação à escolaridade das mães, identificou-se predominantemente mães de RN's prematuros e não prematuros que possuíam entre 8 a 11 anos de estudo.

Acerca do perfil obstétrico, percebeu-se que as mães de RN's prematuros fizeram menos consultas de pré-natal, com prevalência de 4 a 6 consultas, quando comparadas as de RN's não prematuros que realizaram de 7 ou mais consultas. Percebeu-se uma maior predominância de partos prematuros na Macrorregião Norte (Viana, Pinheiro e São Luís) enquanto que notou-se os menores índices de partos prematuros na Macrorregião Centro, em Pedreiras e Presidente Dutra. Além de Santa Inês, da Macrorregião Oeste e São João dos Patos, na Macrorregião Leste.

Em relação aos dados relativos ao perfil de adaptação e vida extrauterina e dados antropométricos dos RN's, segundo os partos prematuros e não prematuros, na avaliação do Apgar de 1º e 5º minuto variando entre 8 a 10, sendo considerada na adaptação satisfatória a vida extrauterina. Quanto ao peso ao nascer, os resultados foram divergentes para ambos os partos, sendo observado um percentual de cerca de 39,08% para partos prematuros e 68,90% para partos não prematuros, de recém-nascidos com peso entre 3000 a 3999g no momento do nascimento.

Em relação às limitações apresentadas no estudo destacam-se os seguintes tópicos: a ocorrência de subregistro da DNV, pois itens considerados importantes na avaliação da assistência obstétrica são negligenciados no momento do preenchimento dessa declaração, inviabilizando na análise de maneira totalmente fidedigna; a ausência de dados relativos a algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas, como ocorrência de cesárea anterior, religião e outras, limitando a avaliação de variáveis consideradas importantes para a ocorrência de partos prematuros; a obtenção apenas dos resultados com dados compilados, dificultando a realização de análises aprofundadas sobre a temática.

Ressalta-se que todas as instituições com responsabilidades pela assistência obstétrica devem estabelecer rotinas para avaliação desses índices, realizando monitoramento

contínuo, possibilitando assim, possíveis intervenções. Além disso, torna-se necessário e indispensável o preenchimento adequado da Declaração de Nascidos Vivos, pois todos os itens contidos nessa ficha são relevantes indicadores para a avaliação da assistência prestada à parturiente e ao recém-nascido durante o processo do parto e nascimento, sendo inapropriado o preenchimento incompleto da mesma.

A partir deste estudo foi possível entender a importância e necessidade de incessantes buscas acerca dos fatores relacionados a ocorrência de partos prematuros, buscando assim, uma melhoria no cuidado ofertado as mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. Vale ainda mencionar que, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem assegurar uma assistência satisfatória e integral, a fim de que essas mulheres se sintam apoiadas e estejam empoderadas sobre todo o processo gravídico-puerperal, diminuindo suas angústias e inseguranças e colocando-as como agente principal nesse processo.

Nessa óptica, os achados deste estudo, constituem subsídios para uma reflexão acerca da assistência obstétrica prestada durante o pré-natal, o parto e o puerpério, levando-se em consideração a influência de diversos fatores associados ao parto prematuro, bem como a contribuição indevida dos profissionais de saúde nesse processo. Sendo assim, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações governamentais que levem em consideração esses fatores de risco mais frequentes na ocorrência de partos prematuros, bem como o incentivo e o apoio dos profissionais de saúde na realização de ações que forneçam um cuidado maior a essas mulheres. Além disso, sugere-se a criação e o desenvolvimento de intervenções e/ou tecnologias que proporcionem a conscientização e o empoderamento dessas mulheres quanto ao conhecimento desses fatores que estão associados a ocorrência de partos prematuros e, como é possível evitá-los ou reduzi-los.

REFERÊNCIAS

- ALBERTON, M.; ROSA, V. M.; ISER, B. P. M. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19: análise da série histórica 2011-2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, p. e2022603, 2023.
- ALMEIDA, A. H. V. de et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00145919, 2020.
- BERNARDINO, F. B. S. et al. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 567-578, 2022.

CHAWANPAIBOON, S. et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet global health*, v. 7, n. 1, p. e37-e46, 2019.

CHERMONT, A. G. et al. Fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer nos extremos da vida reprodutiva em uma maternidade privada. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 39, p. e2110-e2110, 2020.

DIAS, B. A. S et al. Prematuridade recorrente: dados do estudo “Nascer no Brasil”. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 7, 2022.

GOMES, T. M. V.; SOARES, C. B.; SILVA, A. R. DA; FERREIRA, D. S.; SILVA, N. R. DA; SALES, M. C.; SOUSA, I. M. Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina-PI: estudo retrospectivo. *Rev. Pesqui. Fisioter*, v. 10, n. 1, p. 69-76, 2020.

KNECHTEL, M. R. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. *Práxis Educativa*, v. 11, n. 2, p. 531-534, 2016.

LEAL, M. C. et al. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de saude publica*, v. 33, p. e00078816, 2018.

LIMA, Emily da Cruz; SANTOS, Luciano Marques dos; SANTOS, Shirlene Cerqueira dos; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; KERBER, Nalú Pereira da Costa. Vivências de familiares durante o trabalho de parto pré-termo. *Rev Cuid*, v. 10, n. 01, Jan. Apr. 2019.

MAIA, A. A. A. et al. Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 2, p. e9711-e9711, 2022.

MARTINELLI, K. G. et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 38, p. e0173, 2021.

MERKLINGER-GRUCHALA, A.; KAPISZEWSKA, M. The Effect of Prenatal Stress, Proxied by Marital and Paternity Status, on the Risk of Preterm Birth. *International journal of environmental research and public health*, v. 16, n. 2, p. 273, 2019.

OLIVEIRA, R. S.; BRITO, M. L. S.; COSTA NETO, D. B. Uma análise integral do trabalho de parto prematuro.[Internet]. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 6, n. 1, p. 54-57, 2019.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório aponta que 152 milhões de bebês nasceram prematuros na última década. Brasil: OMS, 2023.

RAMOS, A. C. R.; CASTRO, P. S.; SOUZA R. G.; CARNEIRO, J. A.; PINHO, L. DE; CALDEIRA, A. P. Perfil de morbidade no primeiro ano de vida entre recém-nascidos de alto risco. *Revista de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, v. 72, n. 4, 2022.

RIBEIRO, K. A. B.; SOUZA, L. K. M. DE.; SANTANA, P. M. S.; LUNA, V. L. M.; CONRADO, G. A. M. Aspectos gerais sobre a prematuridade: uma revisão de literatura. In: ONE, G. M. C.; FILHO, A. F. O. *Medicina: os desafios da pesquisa na atualidade*. João Pessoa: IMEA, 2021. p. 263-288.

SANTOS, E. F. S. Delineamento de estudos epidemiológicos: Estudos ecológicos e transversais. Universidade de São Paulo, 2020.

SOUSA, G.V. R. *et al.* Peso ao nascer associado a fatores maternos/obstétricos e neonatais. Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 7, n. 3, p. 21-29, 2019.

SOUZA, D. M. L. *et al.* Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul. Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 5, p. 4052-4070, 2019.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00214918, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. 2018.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PARTOS NO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO ECOLÓGICO

Marcyenne Vannessa Maia Ribeiro – Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão.

Samantha Alves França Costa – Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará.

Caterine Helen Coutinho de Souza – Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará.

Bianca Ellen Rodrigues Farias – Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará.

Igor Cordeiro Mendes – Enfermeiro, Mestre e Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

INTRODUÇÃO

O parto é um processo fisiológico, natural e parte dos direitos reprodutivos das mulheres, sendo necessário que elas participem ativamente do processo de escolha da via de nascimento e demais aspectos que compõem o contexto obstétrico (Silva *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, A experiência da gestação e parturição consistem em acontecimentos importantes que marcam a vida da mulher e da sua família. Um momento único e especial, marcado pelas transformações que ocorrem de forma física, psicológica e social, representando uma experiência humana das mais significativas, o novo papel da mulher, ser mãe (Velho *et al.*, 2021). Essa experiência da gestação tem como desfecho o nascimento, que pode ocorrer por duas vias: parto normal ou cirurgia cesariana.

O parto normal ocorre via vaginal, sendo reconhecidos quatro períodos clínicos do parto: o primeiro é caracterizado por contrações uterinas que permitem a dilatação progressiva do colo uterino; já a segunda fase é constituída pela expulsão fetal, na qual as contrações e dilatações do colo uterino se tornam mais intensas; a terceira fase é a dequitação da placenta, onde ocorre a expulsão dela; por fim, a quarta fase ocorre na primeira hora após a fase anterior, onde a mãe fica em observação para evitar hemorragias (Machado *et al.*, 2022).

A cesárea é um procedimento cirúrgico que foi desenvolvido para salvar a vida da mãe e também da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou no parto (Silva *et al.*, 2023). No cenário nacional, o índice de cesarianas desnecessárias no Brasil merece atenção por parte de gestores e profissionais da saúde. O Ministério da Saúde (MS), com o intuito de instituir uma taxa mais acessível para todo o território brasileiro, definiu um limite de 40% de operações cesarianas realizadas através do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada região, deixando inclusive de pagar a conta hospitalar do excedente (Silva *et al.*, 2018). É

importante salientar que três em cada dez mulheres começam a gestação com preferência pela cesariana, mas quando se aproxima o final da gravidez esse quantitativo aumenta para oito (Spigolon *et al.*, 2020).

Um estudo possibilitou identificar que a mulher que desenvolve a eclâmpsia possui risco de aproximadamente três vezes mais chances de ter uma cesariana do que um parto normal (Antunes *et al.*, 2020). Em uma análise de um banco de dados dos Estados Unidos da América (E.U.A), acompanhou estimativas nacionais de internações hospitalares, pesquisadores evidenciaram a ocorrência de HPP em cesáreas de 2011 a 2012 (Ahmadzia *et al.*, 2020).

Diante dessa problemática, a segurança do paciente é considerada como sendo a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde do paciente (Gaita *et al.*, 2018), entretanto essa segurança é lesada com a epidemia de partos cesários desnecessários no Brasil, pois juntamente com as questões sociais, estruturais e biomédicas a cesária é um fator alarmante para a morbidade e mortalidade materna e neonatal, além de interferir no vínculo do binômio mãe-bebê, no aleitamento materno e de possíveis consequências de longo prazo para ambos (Brasil, 2016).

Portanto, o presente estudo partiu da identificação dos elevados índice de partos cesáreos no Brasil, surgindo os seguintes questionamentos: será que esses índices também são crescentes na região nordeste nos últimos anos? Houve aumento no número de cesáreas ou esse número diminuiu?

Diante disso, no ano de 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a proporção de cesáreas deve representar entre 10% e 15% do total de nascimentos, uma vez que valores maiores dificilmente se justificam do ponto de vista clínico. Apesar disso, nos últimos 15 anos, as taxas mundiais de cesariana dobraram, chegando a 21% do total de nascimentos, e continuam a crescer cerca de 4% ao ano (Oliveira *et al.*, 2022).

Diante da realidade de altos índices de cesárea no Brasil e suas possíveis complicações, o estudo traz a relevância do desenvolvimento de pesquisas que identifiquem os principais motivos que geram a elevação de cesarianas no país. Portanto, o estudo busca identificar as características socioeconômicas e obstétricas que mais se destacam nos tipos de partos e possui como objetivo realizar uma análise epidemiológica dos partos no nordeste brasileiro entre os anos de 2011 e 2020.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico e quantitativo que está vinculado ao projeto Análise epidemiológica dos partos no Nordeste brasileiro entre 2011 a 2020. O estudo foi realizado por meio de uma ferramenta tecnológica de acesso e domínio público, o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), possibilitando a obtenção de dados/informações epidemiológicas de todos os estados da região Nordeste brasileiro no período de 2011 a 2020.

A população foi composta por todas as mulheres que tiveram parto normal ou cesariana, no período de 2011 a 2020, disponíveis no banco de dados DATASUS, contendo informações relativas a todos os estados do Nordeste. Além disso, foram excluídas as mulheres que tiveram a variável tipo de parto ignorado ou deixado em branco.

A coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados disponível no Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS), com partos ocorridos no período de 2011 a 2020 no Nordeste. Esses dados são coletados a partir do nascimento quando se preenche a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), as informações nela preenchidas são utilizadas pela Secretaria de Saúde do município que as transfere para o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, o SINASC.

Com essas informações no SINASC, os dados são repassados para a Secretária de Saúde do Estado, que posteriormente envia ao Ministério da Saúde, que ao receber os dados dos estados divulga no DataSUS. Para o cálculo dessa taxa, utilizou-se o número total de cirurgias cesarianas realizadas em cada estado, dividindo-se pelo número total de partos desenvolvidos independente da via de parto, multiplicando-se, finalmente, por 100.

Para a análise dos dados, que consiste na caracterização das parturientes e dos recém-nascidos de acordo com o tipo de parto (parto normal ou cesariana), foram verificadas informações sociodemográficas das parturientes (idade, escolaridade, raça, ocupação habitual, situação conjugal, município de residência da mulher e município de ocorrência do parto), dados referentes ao perfil obstétrico das mesmas (número de gestações, número de partos vaginais, número de cesarianas, número de nascidos vivos, número de abortos, número de consultas pré-natal, mês que iniciou as consultas, tipo de gravidez, apresentação, trabalho de parto induzido, realização de cesárea antes do trabalho de parto iniciar, profissional que assistiu o nascimento) e informações acerca do recém-nascido (sexo, peso ao nascer, índice de apgar no primeiro e quinto minuto e detecção de alguma anomalia congênita).

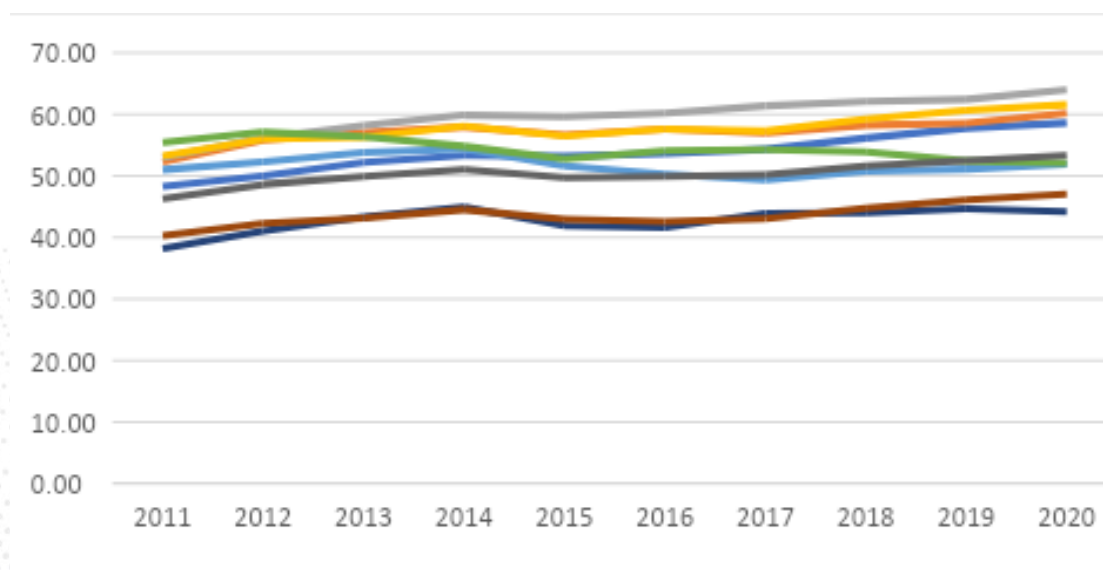
Além disso, os dados foram organizados em tabelas e gráficos e analisados através da frequência absoluta e relativa, sendo discutidos à luz da literatura pertinente. A coleta de dados seguiu todos os princípios da bioética, porém não foi necessário passar pelo comitê de ética, tendo em vista que informações coletadas no sistema de domínio público, como o DATASUS não necessitam ser submetidas ao sistema de avaliação do CEP/CONEP segundo a resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em primeira instância, os dados em questão relacionam-se com as taxas de operação cesariana nos nove estados da Região Nordeste do Brasil no período que tange 2011 a 2020. O cálculo foi realizado por meio do quantitativo de cesáreas de cada estado, dividindo-os pelo número total de partos desenvolvidos, após isso os números obtidos foram multiplicados por 100, assim, há um quantitativo de 8.210.800 partos notificados. Os partos são divididos entre cesáreo com um percentual de 50,14% e vaginal com um percentual de 49,63%.

Na figura 1 foi exemplificado de forma gráfica o percentual das taxas de cesarianas em toda a série histórica, observando menores índices em 2011 e maiores índices no ano de 2020, comparando o percentual a cada 100 Nascidos Vivos.

Figura 1: Taxa de operação cesariana nos estados da região Nordeste entre 2011–2020. Pinheiro-MA, Brasil, 2023.



	MARANHÃO	PIAUI	CEARÁ	RIO GRANDE DO NORTE	PARAIBA	PERNAMBUCO	ALAGOAS	SERGIPE	BAHIA
2011	36,59	48,27	52,24	52,91	53,21	51,00	55,38	38,13	40,26
2012	38,77	49,98	55,78	56,14	55,97	52,31	57,10	41,01	42,28
2013	40,98	52,20	57,04	58,21	56,31	53,77	56,40	43,32	43,11
2014	42,64	53,30	57,95	59,86	58,06	54,36	54,81	44,93	44,51
2015	43,43	53,19	56,67	59,62	56,47	51,58	52,78	41,86	42,93
2016	44,90	53,62	57,63	60,19	57,59	50,29	54,08	41,64	42,55
2017	46,33	54,33	56,94	61,38	57,28	49,30	54,28	43,91	43,05
2018	48,27	56,14	58,22	62,08	59,23	50,72	53,87	44,00	44,73
2019	50,06	57,76	58,53	62,43	60,68	51,07	52,42	44,63	46,09
2020	50,73	58,61	60,19	64,03	61,56	51,90	52,10	44,19	47,01

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2023.

A tabela 1 é classificada a partir do perfil sociodemográfico das mulheres no período analisado. Os dados evidenciam são referentes à idade, ao tempo de escolaridade, e ao estado civil associados à via de parto escolhida pela parturiente.

Tabela 1 - Distribuição do perfil Sociodemográfico das parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020. Pinheiro-MA, Brasil, 2023.

Variáveis	Vaginal		Cesário	
	Nº	%	Nº	%
<i>Idade (anos)</i>				
Menor de 10 a 19 anos	1.058.572	25,98	617.050	14,99
20 a 34 anos	2.670.517	65,53	2.910.981	70,7
35 a 49 anos	345.172	8,48	588.711	14,3
50 a mais	518	0,01	562	0,01

Idade ignorada	38	0,00	15	0,00
<i>Escolaridade</i>				
Nenhuma	58651	1,44	22581	0,55
	262366	6,44	134058	3,26
1 a 3 anos				
4 a 7 anos	1194969	29,33	748595	18,18
8 a 11 anos	2224056	54,58	2295161	55,74
12 anos a mais	218484	5,36	808972	19,65
ignorado	116291	2,85	107952	2,62
<i>Estado civil</i>				
Solteira	1906893	46,80	1568012	38,08
Casada	767636	18,84	1445997	35,12
Viúva	7115	0,17	7741	0,19
Separada judicialmente	16143	0,40	29670	0,72
União consensual	1290222	31,66	998076	24,24
Ignorado	86808	2,13	67823	1,65
<i>Total</i>	4.074.817		4.117.319	

Fonte: Elaborado pela autora.

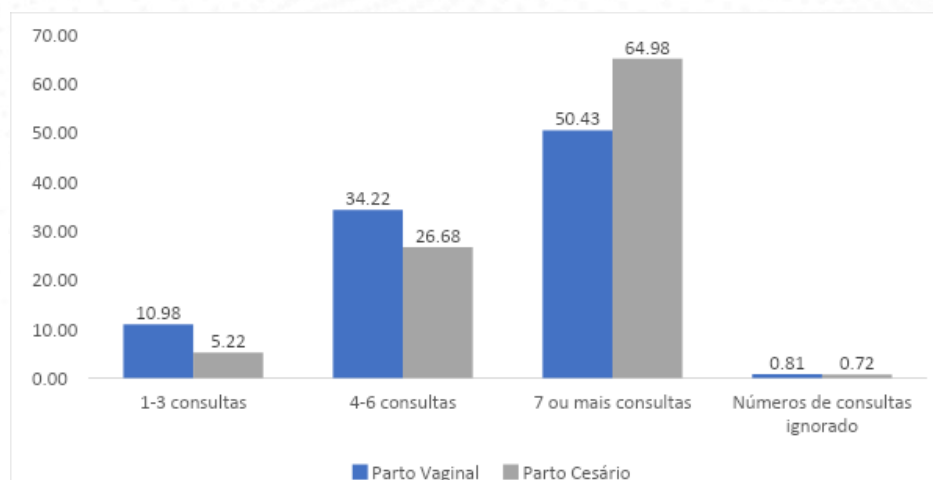
Assim, verificou-se que mulheres com idade entre 10-24 anos optam com maior frequência pelo parto vaginal (55,29%) em comparação com mulheres de faixa etária entre 25-44 anos que predomina a preferência pelo tipo de parto cesariano (61,1%).

Ademais, no quesito escolaridade foi observado maior prevalência de partos vaginais em mulheres que frequentaram os estudos por um período inferior a oito anos de estudo

tiveram preferência pelo parto vaginal, já mulheres com um período superior a 11 anos de estudos observa a predominância de partos cesáreos.

Em relação ao estado civil observa-se que mulheres solteiras com mais frequência optam pela via de parto normal em comparação com mulheres casadas. No estudo, mulheres em união consensual não foram observadas discrepâncias significativas em relação ao parto vaginal comparadas às mulheres solteiras.

Figura 2: Proporção de consulta pré-natal realizada pelas parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020. Pinhero-MA, Brasil, 2023. Pinhero-MA, Brasil, 2023.



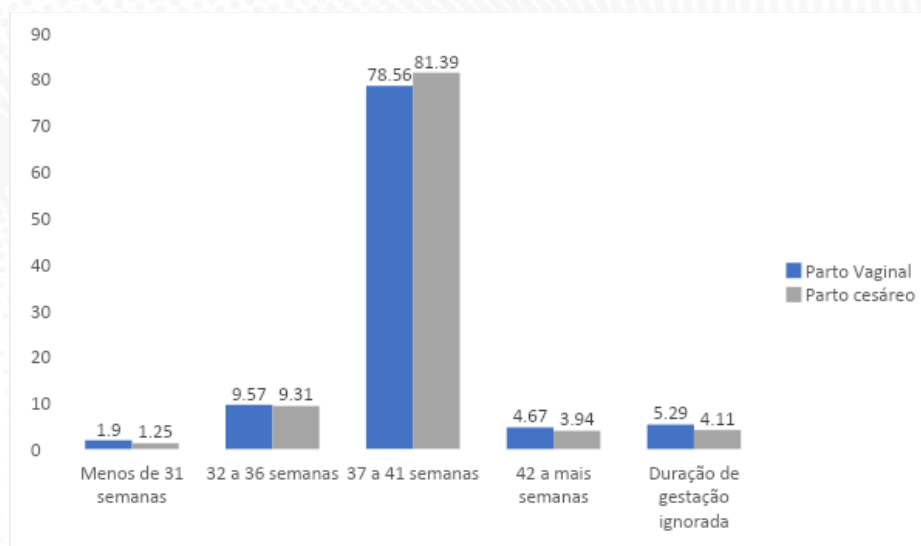
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2023.

A figura 2 exemplifica graficamente a relação entre o número de consultas pré-natais e a opção do tipo de parto pela parturiente. Após a análise do gráfico percebeu-se que a maioria das mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal optaram pela cesariana (64,98%), contudo, o parto do tipo vaginal não obteve tanta discrepância quando relacionado especificamente a essa quantidade de consultas, observando, assim, um percentual de 50,43%.

Por outro lado, quando se analisa o quantitativo 1-3 consultas e 4-6 consultas verifica-se uma perspectiva diferente, predominando os tipos de parto normal em ambos os dados.

Ao examinar a figura 3 não se verificou diferenças significativas quando relacionam o tipo de parto ao tempo de gestação da parturiente, observando em ambas as vias de parturição o período de gestação entre 37 e 41 semanas.

Figura 3: Proporção da duração da gestação das parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020. Pinheiro - MA, Brasil, 2023.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2023.

Assim, verificou-se que 78,56% das mulheres que realizaram parto vaginal no período analisado desenvolveram o processo de parturição entre 37 a 41 semanas do período gestacional, não muito distante do parto cesariano que apresentou um percentual de 81,39%.

Em concordância, os demais períodos gestacionais não apresentaram discrepâncias significativas com o tipo de parto escolhido pela parturiente.

Tabela 2- Distribuição do perfil dos recém-nascidos segundo o tipo de parto na Região Nordeste 2011-2020. Pinheiro - MA, Brasil, 2023.

Variáveis	Vaginal		Cesário	
	Nº	%	Nº	%
<i>Apgar 1º minuto</i>				
0 – 2	38.118	0,94	24.282	0,59
3 – 5	118.586	2,91	117.407	2,85
6 – 7	396.673	9,73	400.275	9,72
8 – 10	3.278.371	80,45	3.448.712	83,76

Ignorado	243.069	5,97	126.643	3,08
<i>Apgar 5º minuto</i>				
0 – 2	17.832	0,44	8.254	0,20
3 – 5	23.465	0,58	15.007	0,36
6 – 7	78.575	1,93	68.592	1,67
8 – 10	3.711.331	91,08	3.895.774	94,62
Ignorado	243.614	5,98	129.692	3,15
<i>Peso ao nascer</i>				
Menos de 999g	33.040	0,81	19.306	0,47
1000 a 1499 g	24.876	0,61	31.923	0,78
1500 a 2499 g	267.623	6,57	273.699	6,65
2500 a 2999 g	949.842	23,31	785.247	19,07
3000 a 3999 g	2.606.425	63,96	2.691.252	65,36
4000g e mais	190.244	4,67	315.892	7,67
Ignorado	2.767	0,07	0	0,00
<i>Total</i>	4.074.817		4.117.319	

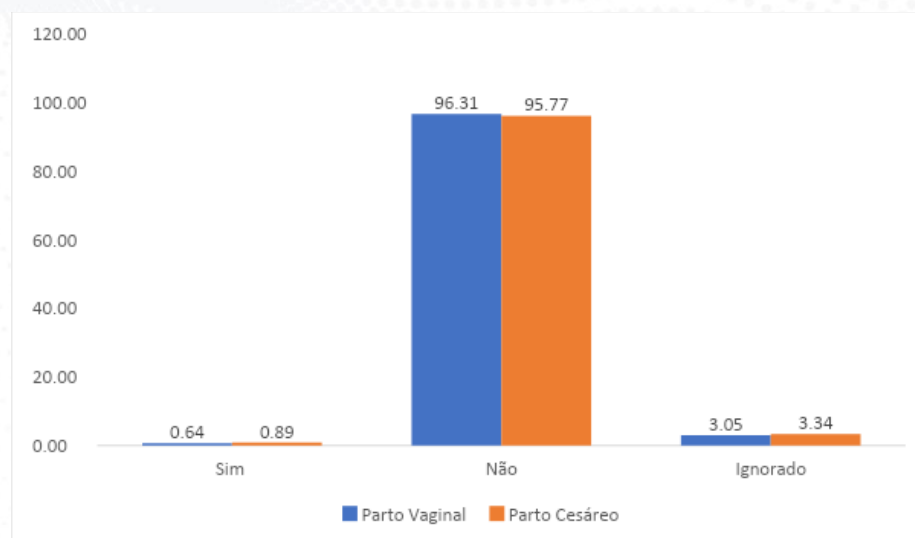
Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 2 foram analisados dados relacionados a adaptação do RN à vida extrauterina, considerando o Apgar no 1º minuto de vida, o Apgar no 5º minuto de vida e o peso ao nascer. No que concerne ao 1º Apgar nota-se que RN com índice 8-10 exprimem dados semelhantes das vias de parturição: Cesáreo: 83,76% e vaginal: 80,45%. Assim, observa-se boa adaptação dos RN a vida extrauterina na amostra deste estudo. Quanto ao 5º Apgar também apresentam resultados semelhantes ao examinar os índices 8-10, identificando 91,08% recém-nascidos de partos vaginais e 94,62% recém-nascidos de partos cesáreos.

Outrossim, notou-se maior frequência de partos cesarianos (65,36%) em RN nascidos com peso entre 3000g a 3999g em comparação com os partos vaginais (63,96%) ,

porém, em concordância com os dados anteriores percebem-se poucas discrepância em relação aos quantitativos analisados.

Figura 4 - Distribuição da ocorrência de anomalias congênitas segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020. Pinheiro - MA, Brasil, 2023.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2023.

Diante do exposto, a figura 4 associa os tipos de parturição com o desenvolvimento de anomalias congênitas, contudo, não houveram um quantidades significativas que comprovem a relação dessa associação, percebendo, mais uma vez, semelhanças na comparação dos dados, sendo 0,64% (n= 26.280) para partos vaginais e 0,89% (n=36.700) para partos cesáreos.

Ao analisar os tipos de anomalias detectados, as que apresentaram maior prevalência em meio aos dados identificados foram: deformidades congênitas do aparelho osteomuscular, deformidades congênitas dos pés, malformação congênitas do sistema nervoso e a malformação congênita do aparelho geniturinário.

DISCUSSÃO

A qualidade da assistência do parto indica um fator de influência para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil. Atualmente, as principais causas de morbimortalidade do público pediátrico são relacionadas a situações preveníveis, seja pela dificuldade de acesso ao serviço seja pela própria utilização do serviço de forma ineficaz. Assim, devido aos

empecilhos existentes as mortes neonatais causadas por afecções perinatais correspondem a 60% das mortes infantis, 80% das mortes neonatais e apresentam um risco elevado em crianças menores de cinco anos (Araújo *et al.*, 2019).

Diante disso, foram criadas estratégias que visam a tentativa de resolução para os problemas existentes na prática assistencial, priorizando o acesso, o acolhimento e a resolutividade. A Rede Cegonha, por exemplo, se baseia em um modelo de atenção complexo que atende às necessidades voltadas para o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e o sistema logístico que auxilie na utilização do sistema (Assis *et al.*, 2019).

A título de ilustração, tem-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) como uma estratégia prioritária para o pleno exercício da assistência humanizada, no qual propôs diretrizes que oferecessem um serviço, cada vez mais, acolhedor aos usuários, incluindo atenção à gestante, ao recém-nascido e a mãe no período pós-parto, tendo como foco a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal (Silva *et al.*, 2020).

Unir a Rede Cegonha ao conhecimento de indicadores de saúde é proporcionar um serviço, cada vez mais, de qualidade em qualquer nível de complexidade. Por exemplo, a quantificação do número de consultas pré-natais de forma precoce e o atendimento imediato à puérpera são considerados condições de acesso e de cobertura do atendimento à população. No Brasil, o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, de redução de três quartos da mortalidade materna até 2015 não foi atingido, devido a alguns fatores que dificultaram a melhoria desse indicador, como a realização de intervenções desnecessárias durante o ciclo gravídico-puerperal (Assis *et al.*, 2019).

Seguindo essa linha de raciocínio, as intervenções desnecessárias se configuram como ações puramente intervencionistas, hospitalocêntricas, muitas vezes não respeitando a autonomia e a privacidade da paciente no processo de partear. Dentre elas podemos citar a infusão de soro de ocitocina, com a finalidade de acelerar o processo fisiológico do parto, uso de episiotomia, posição de litotomia de rotina e a restrição alimentar (Dourado *et al.*, 2019).

Outrossim, em concordância ao que foi dito a respeito aos procedimentos desnecessários, podemos citar os elevados índices de cesarianas realizadas. No contexto brasileiro, estudos apontam que mulheres que são submetidas a cesariana apresentam 3,1 vezes mais chance de mortalidade comparadas às mulheres que foram submetidas a partos via vaginal, pois os riscos de sepse, hemorragias, reações anestésicas, embolia são mais elevados no tipo de parto cesáreo (Tintori *et al.*, 2022).

A incidência desse tipo de parto pode ser observada mais evidente em algumas regiões do país, de acordo com a figura 1 a taxa percentual obteve uma variação nos últimos cinco anos de 2011-2020, apresentando um aumento gradual de 49,92% a 53,33% de realização de cesáreas na região Nordeste do Brasil. Em comparação com as outras regiões do país, em 2018, a porcentagem de partos cesáreos nas regiões Sul e Centro-oeste ultrapassam 60% e somadas a região Sudeste concentram dados acima da média nacional de 56,3% em 2018 (Guimarães *et al.*, 2021).

Análises socioeconômicas, demográficas, culturais e sociais influenciam na escolha adequada do tipo de parto. Para exemplificar este fato, nota-se maiores índices de mulheres acima dos 34 anos que optam com maior frequência pelo tipo de parto cesariano e mulheres abaixo dos 20 anos têm preferência pela via de parto vaginal (Nunes *et al.*, 2022). No quesito escolaridade, observa-se por meio dos dados expostos na tabela 1 que mulheres com escolaridade superior a 12 anos de estudo apresentaram preferência pelo parto cesáreo, enquanto mulheres com escolaridade inferior a oito anos de estudo predominaram o parto vaginal.

Ademais, verifica-se nos dados expostos a situação do estado civil das mulheres em que as casadas apresentam maior prevalência de partos cesarianos do que aquelas em união consensual. Estudos desenvolvidos em um hospital da região Nordeste do país no município de Sobral/CE identificaram o estado civil como um dado importante a se considerar, uma vez que a vivência do parto para mulheres solteiras pode ser mais dolorida comparado às mulheres casadas, devido à maior instabilidade econômica, o sentimento de solidão e o prejuízo psicológico, intensificando os fatores de risco em relação a morbimortalidade materno-infantil (Andrade *et al.*, 2018).

No que concerne à quantidade de consultas pré-natal, a Organização Mundial da Saúde preconiza a quantidade mínima de pelo menos seis consultas, devendo iniciar no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro. Durante a análise dos dados foi observado que mulheres que tiveram entre 4 a 6 consultas de pré-natal apresentaram maior predominância de escolha por partos via vaginal. Segundo o Ministério da Saúde, o pré-natal é de qualidade no serviço quando o profissional proporciona um momento de aprendizado à gestante e sua rede de apoio, logo, atingindo o padrão mínimo de consultas esse dado é efetivado (Almeida *et al.*, 2021).

Em consequente, ao considerar a duração da gestação das parturientes não foi observado diferenças significativas do período gestacional com a opção de via de parto. Em

contraposição, dados de uma pesquisa realizada no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) perceberam-se que mulheres que realizaram parto cesáreo observaram maior frequência de bebês prematuros comparadas aquelas que realizaram parto vaginal (Silva *et al.*, 2020).

Na tabela 2 analisaram-se dados relacionados os recém-nascidos (RN) com peso entre 3000g e 3999g no nascimento são considerados nascimentos a termo, considerados dentro dos padrões estabelecidos, já aqueles nascidos com peso inferior a 2500g são considerados de risco devido a probabilidade de morte neonatal precoce (Gaíva *et al.*, 2018).

Por fim, na figura 4 são apresentados dados em relação às anomalias congênitas quando observados os tipos de partos, não foram evidenciadas relações significativas, as alterações nos sistemas geniturinário, ósseo, muscular, circulatório e nervoso estão geralmente associadas a fatores genéticos, baixo peso do RN, prematuridade, idade materna (os dois extremos) e deficiência da ingestão de ácido fólico materno (Cosme *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o parto vaginal a ser adotado, por suas menores chances de graves complicações maternas e perinatais e em um cenário de assistência dos profissionais e protagonismo da gestante. Embora haja recomendação da OMS e ainda o conhecimento das possíveis complicações, o parto cesariano é amplamente mais incidente do que o parto vaginal da Região Nordeste.

A incidência do parto cesariano da região tem associações sociodemográficas diversas, desde a idade até o local do parto. No quesito idade, as mulheres de 35 a 49 se sobressaem nessa via de parto, já em relação a quantidade de consultas pré-natais, houve um maior número em mulheres que tiveram mais do que 7 consultas e já referente ao local de ocorrência o hospital abriga os casos, visto a complexidade da cirurgia.

No que se refere aos recém-nascidos, independente da via de parto, o Apgar do primeiro ao quinto minuto varia de 8 a 10 - adaptação satisfatória da vida extra uterina - e normalmente seu peso varia de 3000g a 3999g ao nascer. Com isso, é de extrema importância a anotação precisa da Declaração de Nascidos Vivos, como também o preenchimento de indicadores da assistência prestada à parturiente e todos os acontecimentos ocorridos, desde a sua chegada à maternidade, até o momento da alta hospitalar.

Sendo assim, a atenção prestada às mulheres, desde o início do parto deve ter uma assistência fundamentada na busca pelo maior bem-estar e cuidado das mulheres ao neonato independente da via de parto e as escolhas da mulher. Isso com um ambiente propício a singularidade de cada parturiente, para que o momento do parto seja prestado de forma assistencial, precisa e respeitosa, a fim do empoderamento dessas mulheres no momento de força e poder que é parir.

REFERÊNCIAS

- AHMADZIA, Homa K.; GROTEGUT, Chade A.; JAMES, Andra H. Uma atualização nacional sobre taxas de hemorragia pós-parto e intervenções relacionadas. *Transfusão de Sangue*, v. 18, n. 4, pág. 247, 2020.
- ALMEIDA, C.P.F.; ARAÚJO, J.I.F.; AZEVEDO, A.C.B.; SILVA, J.A. Assistência ao Pré-Natal no Rio Grande do Norte: Acesso e qualidade do cuidado na Atenção Básica. *Revista Ciência Plural*, v.7, n.3, p. 61-80, 2021.
- ANDRADE, Sarah Gonzalez et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, v. 4, p. 1-13, 2018.
- ARAÚJO, I.C.F.G.; FERREIRA, T.L.S.; ARAÚJO, D.V.; MELO, K.D.F.; ANDRADE, F.B. Qualidade do parto e impacto dos indicadores da saúde da criança. *Revista Ciência Plural*, v.5, n.1, p. 18-33, 2019.
- ASSIS, T.R.; CHAGAS, V.O.; GOES, R.M.; SCHAFHAUSER, N.S.; CAITANO, K.G.; MARQUEZ, R.A. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, v.13, n.4, p. 844- 846, 2019.
- ANTUNES, Marcos Benatti; ROSSI, Robson Marcelo; PELLOSO, Sandra Marisa. Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gestação de alto risco. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, p. e03526, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de atenção à gestante: operação cesariana. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- COSME, H.W.; LIMA, L.S.; BARBOSA, L.G. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos no município de São Paulo no período de 2010 a 2014. *Rev. paul. pediatr*, v.35, n.1, p.1-6, 2017.
- DOURADO, J.V.L.; ARAÚJO, P.A.; AGUIAR, F.A.R. Assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto de adolescentes. *Rev Enferm UFPE online*, v.13, 2019.

GAITA, Marcia do Carmo; FONTANA, Rosane Teresinha. Perceptions and knowledges about Pediatric Patient safety. Esc. Anna Nery, v. 22, n. 4, e20170223, 2018 .

GAIVA, M.A.M.; LOPESgaiva, F.S.P.; FERREIRA, S.M.B.; MUFATO, L.F. Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v.48, n.5, p.778-786, 2018

GUIMARÃES, N.M.; FREITAS, V.C.S.; SENZI, C.G.; GIL, G.T.; LIMA, L.D.S.C.; FRIAS, D.F.R. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. Brazilian Journal of Development, v.7, n.2, p. 11942-11958, 2021.

MACHADO, Gabriella Eloane; DAVOLI, Lays Barros Braga; VALÉRIO, Paola Marini. Posicionamentos para cada fase do parto, o papel do fisioterapeuta mediante ao trabalho de parto. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 3, n. 2, p. e321130-e321130, 2022.

NUNES, A.L.; THOMAZ, E.B.A.F.; PINHO, J.F.O.; SILVA, L.C.; ALVES, M.T.S.S.B. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. Cad. Saúde Pública, v. 38, n.4, p.1-13, 2022.

OLIVEIRA, L. L. F. O.; TRINDADE, R. F. C.; SANTOS, A. A. P.; PINTO, L. M. T. R.; SILVA, A. J. C.; ALMEIDA, M. S. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 75, n. 1, e20200896, 2022.

SILVA, Rafaela Camila Freitas. et al. Satisfação no parto normal: encontro consigo. Revista Gaúcha Enfermagem. v. 39, e20170218, 2018.

SILVA, T. P. R.; DUMONT-PENA, E.; MOREIRA, A. D.; CAMARGOS, B. A.; MEIRELES, M. Q.; SOUZA, K. V. et al. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. v. 73, n. (Suppl 4), e20180996, 2020.

SILVA, D.A. Cuidado ao pré-natal Segundo indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento. Rev Enferm Atenção Saúde, v. 9, n. 2, p.111-123, 2020.

SILVA, E.V.; COSTA, M.A.A.; ALMEIDA, K.C.; ARAUJO, L.M.B.; AMANCIO, N.F.G. Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, v. 20, n. 1, p. 249-256, 2020.

SPIGOLON, Dandara Novakowski et al. Percepções das gestantes quanto à escolha da via de parto. Saúde e pesqui.(Impr.),v.13, n4, p. 789-798, 2020.

TINTORI, Janaina Aparecida et al. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, p. eAPE00251, 2022.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; BRÜGGEMANN, O. M.; CAMARGO, B. V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-66, Abr-Jun, 2021.

AÇÕES PREVENTIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Nataliane do Nascimento Colares - Enfermeira. Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica)

Thiago Vinicius Silva de Sousa - Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Nágela Ravenna Sousa Coelho - Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Davi Anderson Marques Nogueira - Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Rafael Góes Alves da Cunha - Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Igor Cordeiro Mendes - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

INTRODUÇÃO

A pneumonia corresponde a uma das Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS) e têm como suas principais causas a aspiração de secreções das vias aéreas superiores, inoculação exógena de materiais contaminados ou refluxo gastrointestinal. Essas microaspirações silenciosas acarretam um quadro de insuficiência respiratória grave e rapidamente progressiva (Anvisa, 2017).

Os fatores de risco para desenvolvimento dessa patologia são administração de antibióticos, entradas em UTI com doenças pulmonares crônicas, intubação endotraqueal, sondas nasogástricas, posição supina, coma, procedimentos cirúrgicos, imobilização, uso prolongado de ventilação mecânica, contaminação dos dispositivos respiratórios através do manuseio e fatores do paciente como idade, estado nutricional, histórico de doenças de base e condições imunológicas (Anvisa, 2017).

Pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva (VMI) têm grande risco para desenvolver a Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) que ocorre quando há infecção do tecido pulmonar após 48h desse procedimento invasivo, estando relacionada com aspiração de secreções, colonização do trato aerodigestivo, uso de medicamentos ou equipamentos contaminados (Frota; *et al.*, 2019).

A nível global, a incidência de PAV ocorre entre 9 e 27%, no Brasil essas taxas se situam entre 10 e 30%, com taxa de mortalidade variando entre 25 a 50%, e quando associada

a infecção por microorganismos multirresistentes e antibioticoterapia inapropriada essa taxa sobre para 76% de óbitos (Durães, 2016).

É importante destacar que a adesão de medidas preventivas é crucial para a minimização dos riscos de acometimento da PAV à vista de preservar a segurança do paciente. Nesse sentido, o Parecer da Câmara Técnica N° 0107/2021/CTLN/DGEP/COFEN assegura que o enfermeiro tem a capacidade de coordenar o Sistema de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH) e que, desse modo, desempenha o papel fundamental na prevenção de qualquer dano causado à clientela durante a assistência da equipe de enfermagem, como as Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde, das quais, pode-se citar a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM).

Dito disso, a equipe de enfermagem pode adotar algumas ações que contribuem para prevenção da PAV, dentre elas pode-se citar elevação da cabeceira de 30° a 45°, interrupção diária da sedação, profilaxia de úlcera peptídica e trombose venosa profunda, higiene oral, aspiração de secreções subglóticas e verificação da pressão do *cuff* (Frota; *et al.*, 2019).

A equipe de enfermagem tem papel crucial na prevenção da PAVM na UTI, visto que são esses profissionais que desenvolvem os cuidados recomendados, como decúbito elevado, higiene oral com antissépticos, aspiração de secreção subglótica e monitorização do *cuff*. Essas medidas submetidas a pacientes em ventilação mecânica contribuem positivamente para diminuir os casos de pneumonia (Paz; *et al.*, 2019).

Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: Quais as ações realizadas pela equipe de enfermagem para prevenção da PAV? Como os membros da equipe de enfermagem têm aderido às ações de prevenção da PAV no ambiente de terapia intensiva?

Esse estudo torna-se relevante, pois traz ao conhecimento da comunidade acadêmica um tema extremamente importante sobre um dos fatores causadores da mortalidade dentro das UTI's e os mecanismos de ação adotados pelos hospitais para enfrentamento desse agravo que acomete grande parte dos pacientes internados sob VM.

Esse estudo tem como objetivo identificar, por meio da literatura científica, as ações de prevenção da PAV realizadas pela equipe de enfermagem e a adesão a essas ações.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que consiste em uma síntese de determinado tema, e proporciona o fornecimento de informações amplas sobre o assunto pesquisado, constituindo um conjunto de conhecimento (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

Dividiu-se o processo de revisão em três etapas: Primeira, foram criadas perguntas norteadoras, a fim de elaborar o objeto da pesquisa; Após essa etapa, realizou-se a busca pelos estudos para a construção do banco de dados e posterior análise dos resultados; Terceira, e última, os artigos encontrados e armazenados foram organizados com a síntese do conhecimento produzido. Nesse aspecto, o presente estudo pretende responder às seguintes perguntas norteadoras: Quais as ações realizadas pela equipe de enfermagem para prevenção da PAV? Como os membros da equipe de enfermagem têm aderido às ações de prevenção da PAV no ambiente de terapia intensiva?

Para isso, realizou-se uma busca de dados eletrônica na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores em Ciências da Saúde: “Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica”, “Cuidados de Enfermagem” e “Unidade de Terapia Intensiva”. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2020.

Os critérios de Inclusão para escolha dos referenciais foram publicação de artigos nos de 2015 a 2020, idioma em português e inglês e relacionados com a temática.

Como critérios de exclusão têm-se artigos com publicações anteriores a 2015 e não condizentes com o tema. Para a seleção dos artigos incluídos nesta pesquisa, empregaram-se os filtros de busca nos sites das bases de dados pesquisadas com o conectivo “and”, em seguida, realizou-se a leitura de títulos e resumos.

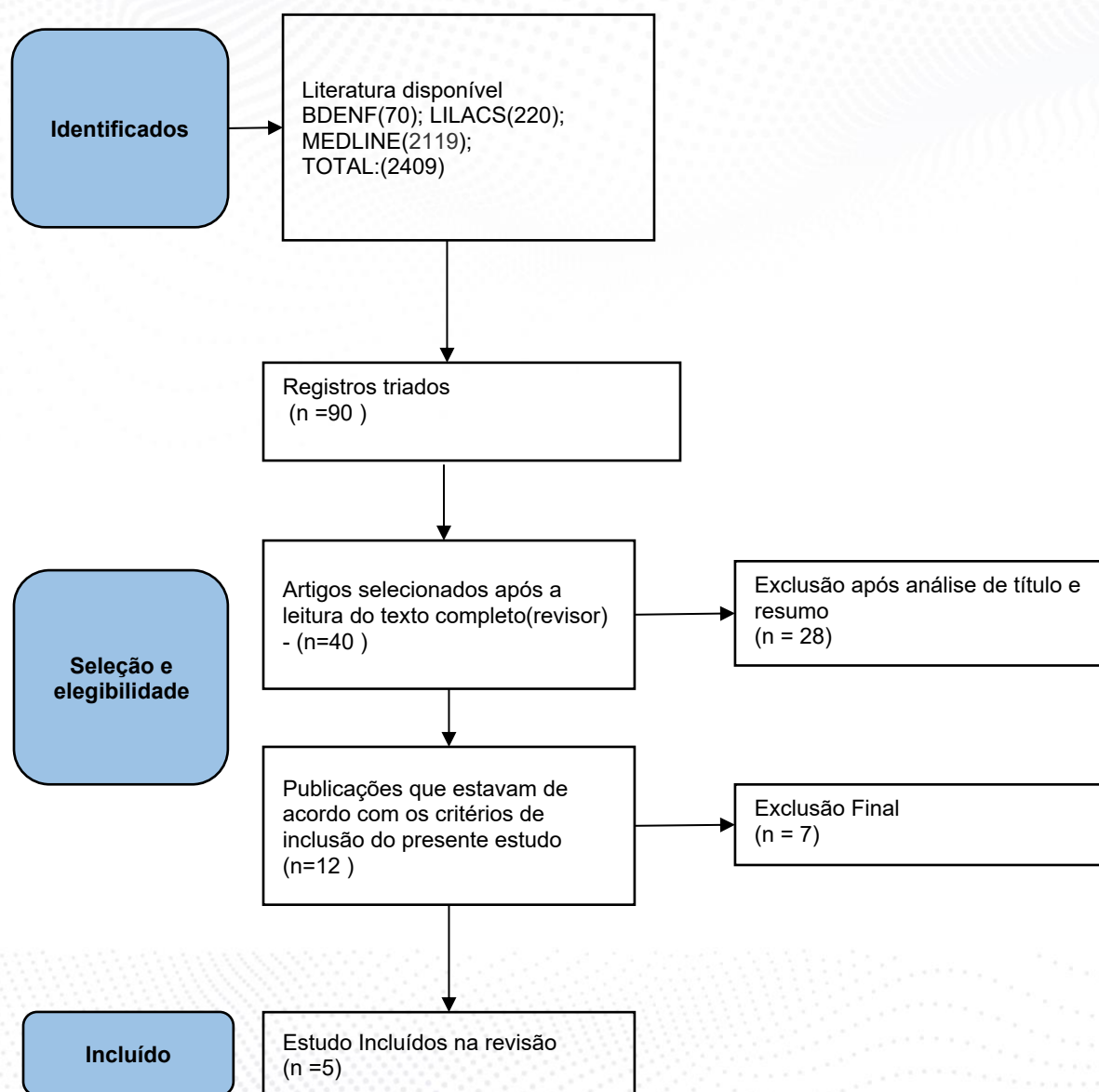
Os dados serão apresentados em forma de quadro com a exposição do título, autores, ano de publicação, objetivo(s), resultado(s) e conclusão de cada artigo selecionado. A análise dos dados ocorrerá através da leitura crítica dos artigos buscando as perguntas norteadoras do presente estudo.

RESULTADOS

Foram utilizadas as orientações do guia internacional Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para a seleção dos artigos incluídos na pesquisa, onde, após a busca pelos descritores nas bases de dados foram encontrados um total

de 2409 estudos, que, seguindo com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos títulos, resumos e trabalhos completos foram incluídos apenas 5 artigos para compor o estudo, conforme ilustra o Fluxograma 01.

Fluxograma 01 - Método utilizado para a inclusão dos artigos ao estudo conforme as recomendações do guia internacional PRISMA



Fonte: Elaborado pelos autores

Os artigos incluídos no presente estudo tiveram ano de publicação entre 2016 a 2019; publicados pelas Revistas Mineira de Enfermagem, Nursing, revista Cuidarte, Epidemiologia, Controle de Infecções e revista de Pesquisa e Cuidado Fundamental. Os idiomas

de publicação têm-se 4 artigos publicados em português, inglês e espanhol e 1 artigo nos idiomas de português e inglês. Os locais das pesquisas analisadas corresponderam a UTI adultos de hospitais públicos no Brasil.

Desse modo, após a leitura dos materiais incluídos, os mesmos foram elencados individualmente, organizados pelos títulos e autores; ano de publicação; objetivos, resultados e conclusões de cada artigo para que pudesse facilitar a busca pelos achados específicos dos materiais conforme mostrado no Quadro 01.

Quadro 01 - Síntese de publicações incluídas na revisão de literatura organizados pelos títulos e autores; ano de publicação; objetivos; resultados e conclusões

TÍTULOS E AUTORES	ANO	OBJETIVO(S)	RESULTADO(S)	CONCLUSÃO
Valoração e registros sobre higiene oral de pacientes intubados nas unidades de terapia intensiva. (Zanei, <i>et al.</i>)	2016	Mensurar entre os enfermeiros a valoração da higiene bucal de pacientes adultos intubados. Verificar a identificação e registros dos diagnósticos e prescrições de enfermagem pertinentes às alterações da cavidade bucal e avaliar os registros e as ações dos técnicos de enfermagem relacionados à higienização bucal.	O escore médio atribuído pelos enfermeiros relacionados à valoração do procedimento foi de 83. A maioria relata avaliar as condições da cavidade bucal e prescreve o procedimento de higienização. Nos prontuários não foram encontrados os diagnósticos de enfermagem relacionados. Em 67% dos prontuários havia registros sobre a realização da higiene pelos técnicos.	O escore médio indicado pelos enfermeiros condiz com o reconhecimento sobre a importância da higiene bucal, mas os registros são falhos ou inexistentes.
Relevância da equipe de enfermagem relacionada ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. (Tereza, D.M; Santos, M.M. dos; Fortunato, M.M.)	2017	Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente relacionado ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.	Há necessidade de conhecimento específico para atender a esta demanda de cuidados peculiares sobre o tema, prevenindo consequência indesejada e complicações ao paciente.	Necessidade do conhecimento desse instrumento para promover uma linha de cuidados uniformes e eficazes com qualidade, garantindo a segurança do paciente. É imperativa a capacitação anual para reciclagem e, principalmente,

				atender às necessidades dos colaboradores novos, pois a rotatividade é uma constante nas equipes de enfermagem.
Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. (Barros, F.R.B de.)	2019	Avaliar a adesão e conformidade das práticas que integram um bundle de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em uma Unidade de Terapia Intensiva de adulto.	Foram observados 30 pacientes sob ventilação mecânica, totalizando 44 dias de observação, no qual foram realizadas 2.002 observações. No período do estudo, 3 (50%) práticas se mantiveram acima de 80% de adesão, demonstrando a importância de um monitoramento dos cuidados incluídos no bundle.	Observou-se que a conformidade de algumas práticas se encontra abaixo do esperado, mostrando necessidade de estratégias educacionais que promovam a qualidade de todos os cuidados.
Adesão às medidas preventivas versus incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. (Lourençone, <i>et al.</i>)	2019	Avaliar a taxa de adesão das ações preventivas da equipe de enfermagem para PAV, após a reestruturação e aplicação do protocolo de prevenção; Verificar as taxas de densidade de incidência de paciente com PAV.	A média da taxa de adesão das medidas preventivas em 1.296 avaliações realizadas evidenciou adequação em 94% posição do filtro; 88,7% cabeceira elevada; 77,3% higiene oral com clorexidina 0,12%; e 91,7% controle da pressão do cuff	Com monitorização e reforço contínuo, as medidas preventivas para PAV, realizadas pela equipe de enfermagem, mantiveram-se acima dos 77%, com a concomitante diminuição na taxa de PAV.
Pneumonia associada à ventilação mecânica: conhecimento dos profissionais de saúde acerca da prevenção e medidas educativas. (Santiago <i>et al.</i>)	2019	Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) em pacientes críticos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e, promover educação permanente (EP) para profissionais das	43% afirmaram ter conhecimento sobre bundle de prevenção; 36% citaram já terem participado de algum treinamento sobre a temática; 96% manifestou interesse em receber algum treinamento específico; apenas 25% responderam corretamente a pressão ideal do cuff; 96% afirmou avaliar,	Evidenciou-se que existe uma fragilidade no conhecimento dos profissionais relativo à prevenção de PAVM.

		UTIs sobre prevenção de PAVM.	diariamente, a retirada da sedação. A	

Fonte: Elaborado pelos autores de acordo com os materiais utilizados na pesquisa.

DISCUSSÃO

O cuidado bucal corresponde uma ação da equipe de enfermagem que ajuda a reduzir a incidência da PAV. A higienização oral com uso de antissépticos (clorexidina 0,12%) é extremamente recomendada para prevenção. A enfermagem considera importante esse procedimento, porém o registro do mesmo é pouco específico ou ausente nas documentações da assistência prestada (Zanei *et al.*, 2016).

Outra pesquisa mostra a elaboração de um *bundle* (protocolos assistenciais ou pacotes de cuidados) para ajudar na aplicação das ações preventivas da PAV, destaca-se a seguir os itens do protocolo e porcentagem de adesão da equipe de enfermagem: 88,7% realizam a elevação da cabeceira em 30 a 45; 94% realizam cuidados com o circuito do ventilador; 0,12% praticam a adequada higienização oral e 91,7% realizam a monitorização correta do balonete (cuff). Os autores perceberam também que com a capacitação constante da equipe houve aumento de 77% na adesão ao protocolo de PAV pelos profissionais de enfermagem (Lourençone *et al.*, 2019).

Da mesma maneira, um estudo enfatiza a importância do conhecimento de um *bundle* para prevenir a PAV, porém surge a necessidade de capacitação anual da equipe de enfermagem nas unidades de terapia intensiva, visto que é grande a rotatividade desses profissionais nas UTI (Tereza; Santos; Fortunado, 2017).

Outra pesquisa evidenciou que a equipe de enfermagem teve uma boa adesão ao *bundle* para prevenção da PAV, mas algumas práticas encontram-se abaixo do esperado, o que mostra a necessidade constante de estratégias educacionais para que venha melhorar a qualidade de todos os cuidados prestados (Barros, 2019).

A frequência de adesão geral do estudo citado, anteriormente, foi 77,4%, sendo os itens de maior adesão elevação da cabeceira de 30 a 45° e cuidados com aspirações das secreções, não sendo observadas as realizações completas do protocolo de prevenção da PAV (Barros, 2019).

A implantação dos protocolos de prevenção da PAV melhora, consideravelmente, as práticas assistências, porém o total sucesso depende do envolvimento da equipe

multiprofissional, a prática clínica baseada em evidências de acordo com a realidade e necessidades de cada unidade, no empenho para treinar a equipe e fiscalizar a adesão constantemente (Barros, 2019).

Existe uma fragilidade no conhecimento sobre as práticas para prevenir a PAV, com confusões para identificar, por exemplo, os valores corretos da pressão do cuff, a frequência da higienização oral e a diminuição da sedação. Ressalta-se também que a educação permanente é o viés importante para aderir ao bundle, auxiliar a assistência de enfermagem e reduzir as infecções na UTI (Santiago *et al.*, 2019).

Portanto, prevenir a PAV é uma atividade diária, a qual necessita de profissionais de enfermagem especializados e dispostos a está em constante capacitação, a fim de melhorar as medidas preventivas na UTI que estão inseridos (Santiago *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Os estudos analisados revelaram que as equipes de enfermagem desenvolveram ações de prevenção para PAV na UTI, sendo a elevação da cabeceira de 30 a 45° o mais realizado. O pacote de cuidado para Prevenção da PAV não foi seguido por completo em todos os estudos, sendo que até alguns procedimentos não estavam sendo registrados em prontuário, como a higienização oral com clorexidina, fatos que revelam uma adesão parcial das ações pela equipe de enfermagem. A educação permanente desses profissionais é o viés propulsor para melhorar a adesão aos protocolos assistenciais de prevenção da PAV na UTI, assim como a constante fiscalização e reavaliação dos pacotes de cuidados destinados a esse fim.

REFERÊNCIAS

- BARROS, F.R.B. Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev Cuid*, v.10, n.2, p.1-9, 2019.
- BRASIL, Anvisa. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Saúde. DF: MS; 2017.
- DURÃES, D.D. Perfil epidemiológico dos pacientes críticos com tubo endotraqueal em unidade de terapia intensiva adulto. Brasília, 2016, 52f. Monografia (graduação em enfermagem). Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília.
- ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *REME (Rev Min Enferm)*, v. 18, n. 01, p. 9-11, 2014.

FROTA, M.L. et al. Boas práticas para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica no serviço de emergência. Rev Esc Enferm USP, v.4, n.53, p.1-7, mar/set, 2019.

LOURENÇONE, E.M.S. et al. Adesão às medidas preventivas versus incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev Epidemiol Controle Infecç, v.9, n.2, p.142-48, abr/jun, 2019.

PARECER DA C MARA TÉCNICA Nº 0107/2021/CTLN/DGEP/COFEN.

PAZ, J.S. et al. Medidas preventivas aplicadas à prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica na atuação em enfermagem- Revisão integrativa. Rev Inic Cient Ext, v.2, p.301-13, 2019.

SANTIAGO, L.M.M. et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: conhecimento dos profissionais de saúde acerca da prevenção e medidas educativas. Rev Pesqui Cuid Fundam, v.11, n.2, p377-82, jan, 2019.

TEREZA, D.M; SANTOS, M.M; FORTUNATO, M.M. Relevância da equipe de enfermagem relacionada ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Nursing, v.20, n.232, p.1816-20, set, 2017.

ZANEI, S.S.V. et al. Valoração e registros sobre higiene oral de pacientes intubados nas unidades de terapia intensiva. REME (Rev Min Enferm), v.20, e. 965, p.1-8, 2016.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO MANEJO SEGURO DA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT) NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19: UM ESTUDO REFLEXIVO

Renata Nogueira Maia- Enfermeira. Bacharela em Enfermagem pela Universidade Potiguar - Rio Grande do Norte.

Maria Clara Oliveira Costa- Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Cecilia Lima de Souza - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Rosanna da Silva Fernandes Ribeiro: Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Déborah Nogueira Mesquita do Nascimento: Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Igor Cordeiro Mendes- Enfermeiro. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre e Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

INTRODUÇÃO

O Coronavírus SARS-coV-2 da família Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) e coronavírus-2 (COV-2), vírus que causa a doença COVID-19, iniciou sua propagação em dezembro de 2019 na China, se alastrando rapidamente por todo o mundo, sendo reconhecida em janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde como uma das maiores pandemias vista na história da humanidade com graves repercussões para saúde pública na esfera mundial (OPAS Brasil, 2020).

Apesar das rígidas medidas de prevenção adotada em todas as partes do mundo, os dados atuais apresentados pela Organização Mundial de Saúde (2021a) apontam que as vítimas infectadas já chegam a mais de 146 milhões no mundo, com uma baixa de óbitos estimada em mais de 3.092.410 milhões de pessoas.

No Brasil, segundo os dados oficiais constantes no 58º boletim epidemiológico do coronavírus COVID-19, divulgado pelo Ministério da Saúde (2021a), já são contabilizados até o mês de abril do corrente ano, 13.445.006 milhões de infectados. Destes, mais de 12 milhões foram recuperados e, cerca de 351.334 mil pessoas foram a óbito, colocando o país como segundo no ranking mundial de mortalidade, atrás apenas dos Estados Unidos.

Os aspectos sintomatológicos da COVID-19 estão sendo observados em estudos por diversos países, que vêm corroborando acerca da alta transmissibilidade do vírus, sendo

caracterizado de forma diferente nas pessoas, onde algumas apresentam apenas sintomas leves, semelhantes a uma gripe comum, com sensação febril, tosse e coriza e outros grupos com manifestações mais graves como, por exemplo, febre, mialgia, tosse, cefaléia, coriza, dor de garganta, diarreia, fadiga, perda do paladar e do olfato, dispneia, alteração do nível de consciência, saturação de oxigênio $\leq 95\%$, pressão permanente no tórax, cianose nos lábios ou rosto e ainda o agravamento do quadro quando ocorrem complicações pulmonares, tais como, a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) (Andrade et al 2020; FIOCRUZ, 2021; OPAS OMS, 2020).

Há mais de um ano que sociedades em todo mundo usam de estratégias múltiplas para promover o enfrentamento contra a doença e minimizar o impacto de mortalidade nesta que vem se caracterizando como uma das piores pandemias da história da humanidade. De modo que, dentre as principais medidas preventivas, estão o isolamento social, rígidas normas de higienização e uso de máscaras. E no enfrentamento direto da doença estão na linha de frente, principalmente, os profissionais de saúde da área da enfermagem (Andrade et al, 2020).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2021), aponta registros de que, no Brasil, mais de 560 profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares, foram a óbito em função da contaminação pelo COVID-19, considerando registros de março de 2020 a março de 2021. Estes profissionais que tiveram suas vidas ceifadas faziam parte do grupo com mais de dois milhões de profissionais de enfermagem no Brasil, que atuam de forma direta na linha de frente, seja em hospitais, ambulatorios, clínicas, unidades de saúde da família, unidades de pronto atendimento e serviço de atendimento móvel de urgência (Souza e Souza; Souza, 2020).

Na especificidade de casos mais graves pela contaminação por COVID-19, a atuação do profissional de enfermagem se dá, em geral, no contexto de ambientes de unidade de terapia intensiva (UTIs). Nesse aspecto, Queiroz (2020) salienta que pacientes críticos apresentam comumente um processo inflamatório intenso, rápido e grave no sistema pulmonar, afetando rapidamente os sistemas cardiovascular e renal, causando hipoxemia, taquipneia e insuficiência respiratória, sendo a intubação orotraqueal (IOT), a medida mais eficiente para manter a estabilidade do paciente por meio da ventilação mecânica.

No processo de IOT há uma alta taxa de transmissibilidade viral, que por sua vez, pode vulnerabilizar o ambiente e suscetibilizar a contaminação da equipe envolvida no processo. Dessa maneira, a recomendação é de que o processo seja realizado de forma rápida e diretiva, sem muitas tentativas, podendo ser feito pelo método de intubação por sequência

rápida, ou pelo método de intubação em sequência atrasada, em ambos o propósito está em minimizar a possibilidade de um colapso cardiorrespiratório e dirimir os riscos de contágio (Queiroz, 2020).

Nesse contexto, Souza e Lopes (2021) destacam que o cenário de atuação dos profissionais de enfermagem nas UTIs tem gerado múltiplas repercussões para estes profissionais. Um dos aspectos se refere, primeiramente, aos protocolos de admissão e a frequência de casos urgentes, juntamente com a escassez de leitos, que acabam exigindo das equipes uma triagem rigorosa, que por sua vez, implica em escolhas que levam a vida e morte dessas pessoas, suscetibilizando esses profissionais a uma intensa pressão psicológica e angústia.

Posteriormente, se destacam aspectos como a exaustão, visto que, os processos de intubação exigem acompanhamento profissional 24 horas, para uma grande demanda de pacientes e poucos profissionais, a falta de equipamento indispensável para o aparato e segurança do profissional, tais como os EPIs: máscara N95, macacão e avental impermeável, óculos de proteção, viseira, touca descartável e luva de procedimento (Souza; Lopes, 2021).

Perante um cenário recidivante, de um crescente número de propagação, acometimento da doença e óbitos, a enfermagem enquanto linha de frente no combate a covid-19, e sendo o profissional enfermeiro, responsável pela assistência direta à IOT enquanto procedimento que exige rapidez e destreza, além de estar dentro das estatísticas de infectados, e considerando a alta transmissibilidade viral neste feito, torna-se questionável a segurança na realização desse procedimento, de forma a ser a alta demanda com número reduzido de profissionais, falta de insumos adequados, e IOT de difícil acesso, alguns fatores mitigantes que nos trazem a reflexão quanto ao cumprimento correto das etapas de segurança no processo da assistência.

Nesse ínterim, destacamos que este estudo se caracteriza como relevante, primeiramente, por tratar de um assunto atual, urgente e que implica diretamente na disseminação de informações essenciais para a população, mas, sobretudo, para os profissionais de enfermagem, que nesse cenário pandêmico, se caracterizam como a categoria mais ativa e significativamente afetada por aspectos diretos e indiretos trazidos pela COVID-19.

Nesse estudo, têm-se como objetivo descrever reflexões acerca da atuação da Enfermagem no manejo seguro da Intubação Orotraqueal (IOT) no contexto da pandemia Covid-19

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se pelo método reflexivo, baseado em conteúdos fundamentados teoricamente em artigos com discussão sobre o contexto pandêmico, a atuação do profissional de enfermagem em UTIs e procedimentos de Intubação Orotraqueal, buscados nas bases de dados de periódicos eletrônicos: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Capes periódico e Google acadêmico.

A pesquisa foi realizada durante o mês de abril de 2021, através dos descritores: “COVID-19”, “Pandemia”, “Enfermagem”, “Unidade de Terapia Intensiva”, “Intubação Orotraqueal”. E foram utilizados também, dados estatísticos e referências conceituais extraídos de bases de informação do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Caracterizaram-se como critérios de inclusão, os trabalhos científicos publicados entre 2019 a 2022 (período que compreende o cenário da pandemia COVID-19); disponíveis na íntegra e para acesso público com download gratuito, em língua portuguesa; relacionado com os descritores: “COVID-19”, “Pandemia”, “Enfermagem”, “Unidade de Terapia Intensiva”, “Intubação Orotraqueal”. E para exclusão, foram escolhidos os seguintes critérios: publicações em línguas estrangeiras; trabalhos que não estavam inclusos no período de publicação estabelecido; duplicados ou incompletos e trabalhos que não se articulavam integralmente com a proposta temática desta pesquisa.

Dessa maneira, a presente reflexão foi segmentada em três tópicos de discussão. O primeiro sobre os níveis de comprometimento dos pacientes de COVID-19 eletivo para tratamento em UTIs. O segundo discorre sobre o processo de Intubação Orotraqueal possibilidades e consequências. E o terceiro discute a respeito das medidas de segurança necessárias aos pacientes, e aos profissionais de enfermagem neste contexto.

RESULTADOS

Por meio de uma revisão bibliográfica recente e tomando como base pesquisas divulgadas nos anos entre 2020 a 2021 e através dos descritores: “COVID-19”, “Pandemia”, “Enfermagem”, “Unidade de Terapia Intensiva”, “Intubação Orotraqueal”. Encontrou-se inicialmente 228 conteúdos incluindo artigos e manuais.

Após exclusão de todos os conteúdos que não se articulavam diretamente com a proposta temática deste estudo, apenas quatro (4) estudos que atendiam integralmente a todos os critérios de inclusão foram selecionados. A tabela 1 apresenta descrição detalhada contendo título, autores, ano e base de dados.

Tabela 1 - Base de Dados da Revisão Bibliográfica

<u>Título</u>	<u>Autores</u>	<u>Ano</u>	<u>Base de dados</u>
<u>Protocolo para Intubação Orotraqueal (IOT) segura na pandemia da COVID-19, no cenário do Sistema Único de Saúde</u>	<u>CAVALCANTE, V. S. P;</u> <u>DUTRA, L. M. A.</u>	<u>2020</u>	<u>Scielo</u>
<u>Recomendações para Intubação Orotraqueal em pacientes portadores de COVID-19.</u>	<u>GUIMARÃES, H. P. et al.</u>	<u>2020</u>	<u>BVS</u>
<u>COVID-19: Cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva.</u>	<u>MORAES, E. M; ALMEIDA,</u> <u>L. H. A; GIORDANI, E.</u>	<u>2020</u>	<u>BVS</u>
<u>Assistência de enfermagem em terapia intensiva ao paciente com Covid-19: um relato de experiência</u>	<u>SOUZA, T. M; LOPES, G. S.</u>	<u>2021</u>	<u>Scielo</u>

Fonte: Autora (2021)

Após realizar leitura abrangente das evidências científicas incluídas nessa pesquisa, bem como realizar reflexões críticas sobre a temática, definiu-se as seguintes categorias temáticas para ampliar discussão e aprofundamento: 1) atuação do profissional de enfermagem no contexto de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em decorrência da Covid-19; 2) protocolos de Intubação Orotraqueal (IOT) e suas especificidades e 3) medidas de segurança para pacientes e profissionais de saúde no processo de IOT.

DISCUSSÃO

O capítulo seguinte apresenta discussão fundamentada acerca do tema tratado neste estudo, abordado em três subtópicos. O primeiro discorre sobre a atuação do profissional de enfermagem em UTIs, e seu papel no procedimento de IOT. O segundo apresenta as especificidades do protocolo utilizado no Brasil para o procedimento de IOT. E o terceiro, traz os principais apontamentos de medidas de segurança para pacientes e profissionais durante a IOT.

Atuação do profissional de enfermagem no contexto de internação em unidades de terapia intensiva (uti) em decorrência da covid-19

O processo de IOT em UTIs para pacientes em contexto de COVID-19 se caracteriza como uma prática complexa, realizada por equipe multiprofissional e que deve ser realizada apenas nos casos graves. Segundo Moraes, Almeida e Giordani (2020) o profissional de enfermagem, enquanto enfermeiro intensivista tem uma participação fundamental em todo o processo de admissão do paciente (levantamento do histórico clínico, avaliação de exames físicos, laboratoriais e de imagem), aplicação de escalas avaliativas, por exemplo, Glasgow e Braden, avaliar integridade da pele, promovendo cuidado nas lesões cutâneas, rotina de cuidados instrumentais na ocasião do uso de sondas, drenos, cateteres e tubos traqueais.

Na especificidade de paciente em IOT, o (a) enfermeiro (a) intensivista está responsável pela montagem dos circuitos; do filtro respiratório *Heat and Moisture Exchanger* (HMEF); do sistema de umidificação, da testagem e da instalação da ventilação mecânica invasiva; do sistema de aspiração à vácuo; entradas de oxigênio e de ar comprimido, com seus respectivos adaptadores e extensores; todos esses procedimentos acompanhados por supervisão da equipe médica. E de sua responsabilidade ainda, a avaliação constante dos instrumentos, equipamentos e acompanhamento da condição e evolução do quadro clínico do paciente (Moraes; Almeida; Giordani, 2020).

Além do mais, o profissional de enfermagem é quem organiza o acolhimento da família para notificação, como também é de sua responsabilidade acionar equipe multiprofissional (psicólogo e assistente social) para atendimento, caso necessário. Nesse contexto, cabe ainda ao enfermeiro conduzir o preparo do corpo, encaminhamento ao necrotério e descarte do material usado pelo paciente (Moraes; Almeida; Giordani, 2020).

Protocolos de intubação orotraqueal (IOT) e suas especificidades

O Ministério da Saúde (2021) no Brasil, afirma que a estimativa de pacientes com COVID-19 que chegam a estados críticos necessitando de internação em UTIs em função do agravamento do estado de saúde pela insuficiência respiratória aguda, seja em média 10 a 15% do total de pacientes infectados. O quadro se apresenta, geralmente, por um aumento da frequência respiratória ($f > 24/\text{minuto}$) e hipoxemia ($\text{SpO}_2 < 90\%$ em ar ambiente), desse modo, necessitando que seja realizada intubação orotraqueal (IOT).

O processo de IOT é caracterizado como uma prática invasiva e que exige altas habilidades dos profissionais envolvidos, haja vista seu alto potencial de contaminação. Notadamente, nas UTIs o processo é eletivo, sendo o seu preparo do início ao fim, de responsabilidade do profissional de enfermagem (Souza; Lopes, 2021).

Desse modo, Guimarães et al. (2020) acentuam que a recomendação é de que estejam presentes no ambiente apenas médico, enfermeiro e fisioterapeuta. Como equipe de suporte em casos graves, recomenda-se outro médico intubador e profissional de enfermagem, devidamente paramentados e a postos. Todavia, estes não devem estar dentro da sala inicialmente, como protocolo de segurança.

Segundo Souza e Lopes (2021), o momento da realização da IOT, além de exigir concentração e extremo cuidado, pelo alto risco de contaminação, também é um momento estressor que gera medo e apreensão em toda a equipe. Contudo, mesmo sob pressão, os autores destacam em seu estudo, que através de observação da prática *inlocus* foi perceptível, o modo como os profissionais conseguiram manter o nível de padrão e qualidade durante o processo.

A recomendações do Ministério da saúde (2021) é de que o protocolo siga as seguintes etapas: a primeira é a preparação do material e uso de EPIs; a segunda é o posicionamento do paciente que deve estar com o dorso a 45° da cama e uso de coxim occipital, ou seja, estrutura feita por lençóis e colocado atrás da cabeça do paciente; a terceira etapa é de pré-oxigenação, onde se realiza oxigenação espontânea por cinco minutos, a fim de promover reserva respiratória; na quarta etapa ocorre a pré-medicação, onde são aplicados Lidocaína 2% ou Fentanil: 1-2mg/kg IV. dois minutos antes do procedimento. Na etapa cinco são aplicados os bloqueadores neuromusculares e sedativos descritos na tabela 2 e, posteriormente, começa o processo prático da intubação.

Tabela 2 – Medicamentos pré Intubação Orotraqueal (IOT)

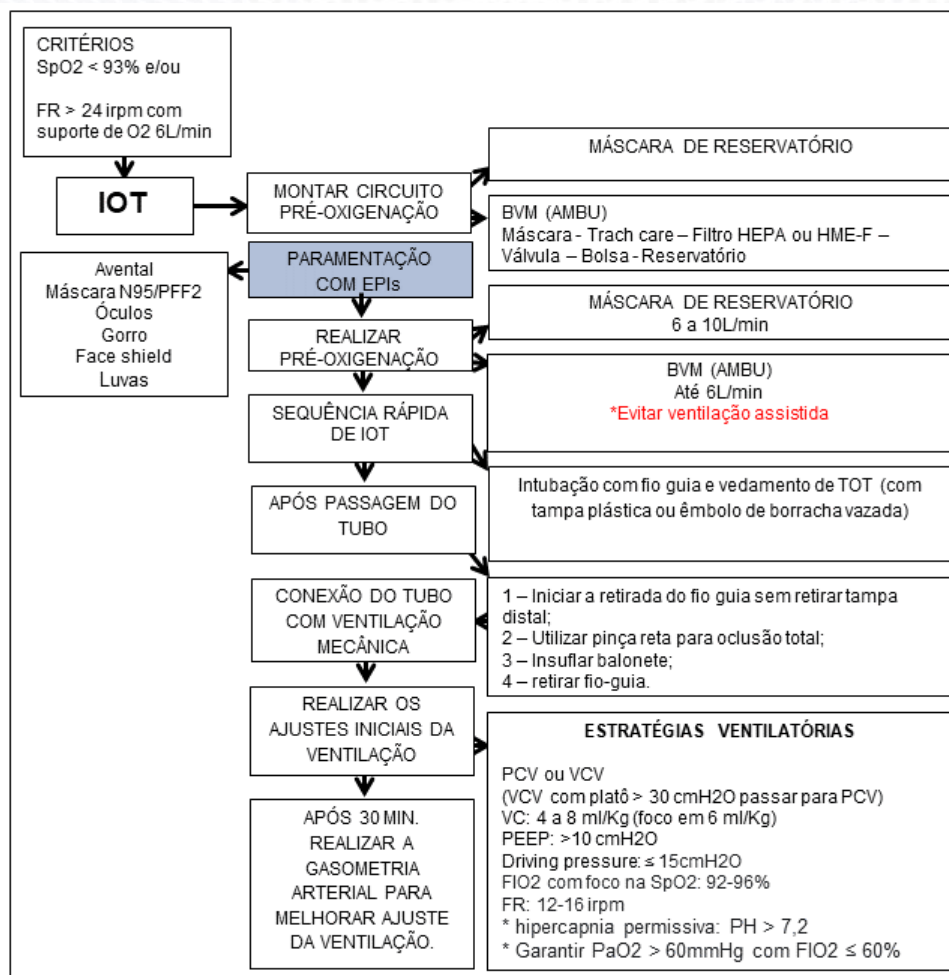
Categoria	Medicamentos
Sedativos	Cetamina – 2mg/kg IV OU Etomidato – 0,3mg/kg IV OU Propofol – 2mg/kg IV OU Midazolam – 0,2mg/kg IV.
Bloqueadores neuromusculares	Succinilcolina – 1,5 mg/kg, IV OU Rocurônio – 1,2mg/kg, IV. Cisatracúrio : 0,2mg/kg, IV OU Atracúrio : 0,5mg/kg, IV OU Pancurônio : 0,1 mg/kg, IV OU Vecurônio : 0,1mg/kg, IV.

Fonte: Ministério da saúde (2021c)

Estudo realizado por Cavalcante e Dutra (2020) apresentou compreensão geral sobre protocolo de intubação orotraqueal (IOT) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de

pacientes com COVID-19, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme apresentado na figura 2.

Figura 1 – Fluxograma IOT na COVID-19



Fonte: Cavalcante e Dutra (2020, p. 5).

Legenda: SpO2- Saturação periférica de Oxigênio; FR Frequência Respiratória; O2- Oxigênio; IOT Intubação Orotraqueal; BVM- Bolsa Válvula Máscara; EPI- Equipamento de Proteção Individual; TOT- tubo orotraqueal; PCV- Ventilação controlada à Pressão; VCV- Ventilação controlada a Volume; VC- Volume Corrente; PEEP- Pressão Expiratória Final Positiva; FiO2- Fração Inspirada de Oxigênio; pH:potencial Hidrogeniônico; PaO2- Pressão arterial de Oxigênio.

Nas especificidades do processo de IOT, os autores supracitados, descrevem detalhadamente, de acordo com o apresentado na tabela 3, o passo a passo a fim de tornar melhor compreensível o que se dispõe na ilustração do fluxograma.

Tabela 3 – Procedimento para ITO por COVID-19

Etapa	Descrição dos procedimentos
Antes de iniciar IOT	Um tubo orotraqueal (TOT) é preparado com a extremidade do êmbolo preto de uma seringa padrão de 20 mL presa ao conector distal como uma tampa de cobertura. Deve ser feito um orifício na extremidade do êmbolo para permitir a passagem do fio guia, impedindo a propagação de partículas à medida que o TOT entra nas vias aéreas. Deve-se preparar o material de pré-oxigenação com unidade “máscara - trach care - filtro HEPA ou HME F- válvula – bolsa – reservatório” (utilizar o fluxo de oxigênio <15 l/min, volume suficiente de forma titulada para manter a bolsa inflada durante a respiração) com cuidado para evitar vazamentos ou utilizar máscara com reservatório não-reinalante com fluxo entre 6 a 10 l/min de forma a manter o reservatório inflado durante a respiração.
Durante a IOT	Utilizar a sequência rápida de intubação. Evitar ventilação assistida com BVM, pela produção de aerossóis e risco de contaminação do ambiente e dos profissionais. Proceder a intubação com fio guia e vedamento do tubo orotraqueal (TOT). O êmbolo deve permanecer no lugar. Após inflar o balonete do TOT, o fio guia deve ser parcialmente removido, garantindo que o êmbolo continue no mesmo lugar. Utilizar uma pinça reta para promover a oclusão total do tubo.
Após a IOT	Deve-se retirar a pinça reta e realizar a conexão diretamente no ventilador. A confirmação da localização do tubo deve ser feita com capnografia, evitando o uso de BVM e estetoscópio pelos riscos de contaminação e por serem menos eficazes. Logo após, realizar os ajustes iniciais de acordo com as estratégias ventilatórias recomendadas pela Sociedade de Medicina Intensiva e Sociedade Europeia de Medicina Intensiva. Após um período de até 30 minutos, coletar uma gasometria arterial para melhor ajuste da ventilação mecânica.

Fonte: Cavalcante e Dutra (2020, p. 6)

Medidas de segurança para pacientes e profissionais de saúde no processo de IOT

Dentre as medidas de cuidados com o paciente, destacam-se o uso da posição prona (decúbito ventral) como modo de reduzir o desconforto respiratório. Para tanto, devendo observar protocolos anteriores ao procedimento, como por exemplo, abordagem da prática com os familiares, a fim de esclarecer os benefícios, verificar tecnicamente as medidas para manuseio seguro como a questão do peso do paciente, dimensões da cama, a dieta caso o paciente esteja sendo alimentado, atentar-se a eventual necessidade de curativos extensivos (Guimarães et al., 2020).

No que tange aos cuidados com manipulação medicamentosa, Guimarães et al (2020) ressalta a necessidade de atenção aos cuidados básicos de higiene do local, das mãos e dos equipamentos utilizados. Os autores acentuam ainda que, a recomendação dos registros nos prontuários seja realizada por profissional que não tem contato direto com o paciente, visto o grau de contaminação em superfícies da prancheta de prontuário ou de computadores, no caso de prontuários eletrônicos.

Vale destacar ainda que, as medidas de segurança dos profissionais atuantes em UTIs devem ser pensadas de forma extensiva aos cuidados técnicos. Nesse sentido, Moraes, Almeida e Giordani (2020) acentua a necessidade do descanso intraturnos, alimentação por uma dieta saudável, hidratação constante, manutenção do contato com a família e amigos, mesmo que de forma virtual, e não menos importante o acompanhamento com profissionais de saúde mental (psicólogos) que ampare esses profissionais no suporte de controle emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou considerações sobre a atuação dos profissionais de enfermagem frente ao cenário de atendimento a pacientes acometidos pela COVID-19 e em contexto de internação nas Unidades de terapia Intensiva (UTIs), para procedimento de intubação orotraqueal (IOT).

Foi possível observar que o profissional de enfermagem é peça fundamental e indispensável, considerando as etapas desde a preparação dos materiais, ambiente e do paciente, passando pela sua contribuição ativa durante o processo de intubação, aplicação de medicações e suporte ao médico intensivista que realiza a intubação. Assim, como também se caracteriza como principal profissional responsável pelo acompanhamento do paciente durante o período em que está intubado e na manutenção da qualidade do seu estado de saúde.

Cabe ainda ao profissional de enfermagem, mediante a morte do paciente, realizar os procedimentos de acolhimento da família e a instrumentalização técnica de envio seguro do corpo para necrotério e o descarte de materiais e orientação para devida higienização de equipamentos utilizados pelo paciente.

Verificou-se que o processo de intubação além de complexo, segue um protocolo rígido de atenção à higienização do ambiente, profissionais e equipamentos, além de exigir alto grau de expertise do médico intensivista e da equipe que o acompanha. Considerando o alto grau de contaminação e as múltiplas possibilidades de agravamento, as orientações encontradas

nos artigos corroboram para que haja uma equipe de apoio preparada, em ambiente externo ao que está ocorrendo a IOT, caso haja a necessidade urgente de suporte complementar.

Dentre as principais medidas de segurança e proteção, os autores apontaram a necessidade de cuidados através do uso de técnicas específicas para a situação, além de uso e manipulação de medicações e equipamentos respeitando as medidas de higienização. Contudo, o que se tornou interessante em observar, se destaca pela atenção de cuidado à saúde mental da equipe e práticas de autocuidado como: alimentação, hidratação, descanso e manutenção do contato e relações sociais e familiares.

Portanto, considerando a natureza atípica do cenário atual e as constantes reformulações nos protocolos de tratamento, concluímos que este estudo não esgotou toda a discussão sobre o tema, e em primeira instância observa como sugestão a impreterível necessidade em se produzir pesquisas de forma constante, sobre a atuação desses profissionais, a fim de observar e registrar as novas modelos de atuação e procedimentos que possam ampliar as perspectivas da categoria de forma geral.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. R. S. F. et al. Principais diagnósticos de enfermagem em pacientes com manifestações clínicas da COVID-19. REAS EJCH. v. 12, n. 10, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM COFEN. Número de profissionais de Enfermagem mortos por Covid-19 volta a crescer. In: COFEN [online] 2021.

FIOCRUZ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Quais os sintomas do coronavírus? In: Portal FIOCRUZ [online], 2021.

GUIMARÃES, H. P. et al. Recomendações para Intubação Orotraqueal em pacientes portadores de COVID-19. Associação Brasileira de Medicina de Emergência ABRAMEDE. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico especial – Doença pelo coronavírus COVID-19. n. 58. 2021a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações sobre intubação oro-traqueal em pacientes com Covid-19. In: Ministério da Saúde [online], 2021c.

MORAES, E. M; ALMEIDA, L. H. A; GIORDANI, E. COVID-19: Cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Scientia Medica. v. 30, p. 1-11, jan./dez. Porto Alegre, 2020. OPAS Brasil. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). In: OPAS Brasil [online], 2020.

OPAS ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Folha informativa sobre COVID-19 sintomas. In: OPAS OMS [online], 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assintomáticos, pré-sintomáticos e sinais e sintomas ligeiros de COVID-19. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Painel coronavírus da OMS (COVID-19). In: OMS [online], 2021a.

QUEIROZ, G. Coronavírus: sequência rápida ou sequência atrasada na intubação? In: PEBMED [online], 2020.

SOUZA e SOUZA, L. P. S; SOUZA, A. G. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? J. nurs. health. v. 10, n. esp. 2020.

SOUZA, T. M; LOPES, G. S. Assistência de enfermagem em terapia intensiva ao paciente com Covid-19: um relato de experiência. REAEnf/EJNC. v. 9, 2021.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Shérída Martins de Lima - Enfermeira pelo Centro Universitário Católica de Quixadá

Bruna Yngrid Fagundes Verastegui - Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Francisca Joyce Gonçalves Peres - Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Jennifer Nikolly Amaral Silva - Acadêmica de enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE

Lídia Leite Santos - Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Igor Cordeiro Mendes - Enfermeiro, Mestre e Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônico-degenerativa, que é resultado de um crescimento desordenado de células com a capacidade de penetrar em tecidos e órgãos espalhando-se para diferentes áreas do corpo, este desenvolvimento acelerado tende a gerar células agressivas e incontrolláveis, determinando assim a formação de tumores malignos (Soares, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer se tornará um problema ainda maior nas próximas décadas, o número estimado de casos novos aumentará de 10 milhões em 2000 para 27 milhões em 2030, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com neoplasias malignas, sendo o maior aumento em países em desenvolvimento, que possuem baixa renda (Oliveira et al, 2017).

O câncer ganha relevância como problema de saúde pública no Brasil, devido ao perfil epidemiológico crescente na incidência e mortalidade por esta doença. Fato esse, que está relacionado ao processo de urbanização populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia, o que leva as pessoas a estilos de vida não saudáveis e a exposição intensa a fatores de riscos do ambiente ou mundo globalizado. Assim, percebe-se uma diminuição das doenças infectocontagiosas e um aumento das doenças crônico-degenerativas e morte da população (Queiroz, 2016).

Trabalhar com o Processo de Enfermagem constitui-se ainda hoje em uma tarefa complexa e de grande desafio, em especial quando a proposta é abordar os reais diagnósticos de enfermagem de pacientes oncológicos, isto claro, com fundamentação em um referencial teórico de enfermagem. Os conteúdos e reflexões expostos tem como foco a sistematização da

assistência de enfermagem a clientes oncológicos, a fim de oferecer contribuição às pesquisas nesta área com consequente possibilidade de melhoria na qualidade do cuidado prestado (Dutra, 2016).

O diagnóstico de enfermagem (DE), que é a segunda fase do Processo de Enfermagem, consiste na tomada de decisão clínica sobre a presença de uma resposta humana que requer intervenção de enfermagem; o diagnóstico atribuído é fundamental para definir o plano de cuidados que deve ser aplicado ao paciente e os resultados esperados que irão ser vistos durante este processo (Ferreira, et al, 2016).

É importante ressaltar, que o diagnóstico de enfermagem articula tanto o conhecimento teórico quanto o conhecimento prático, visto as particularidades de cada paciente. A partir dos problemas levantados e já conhecidos, é que se pode prever complicações, agindo assim, na prevenção ou no controle das mesmas. Portanto, o diagnóstico de enfermagem pode ser considerado um instrumento de trabalho próprio da prática clínica do enfermeiro, pois o direciona a identificar problemas reais ou potenciais (Tentardini, 2016).

Tendo em vista o Processo de Enfermagem, reconhecemos a necessidade de abordar acerca da importância dos diagnósticos de enfermagem, onde estes têm papel fundamental de subsidiar as ações de cuidados prestados ao paciente oncológico, a fim de garantir uma melhora em sua qualidade de vida.

Partindo das informações supracitadas, é notável a relevância de um estudo que apresente os diagnósticos de enfermagem de pacientes oncológicos, visando favorecer a prática da equipe de saúde, a fim de atender às reais necessidades dos pacientes, possibilitando condições para o planejamento da assistência em enfermagem mais adequado e, concomitante a isso, melhorar todo o processo subsequente.

Assim, este estudo tem por objetivo identificar, por meio da literatura científica, os diagnósticos de enfermagem comuns a pacientes oncológicos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, acerca dos diagnósticos de enfermagem ao paciente oncológico, onde este tipo de estudo tem a finalidade de possibilitar a síntese de um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo assim, para o aprofundamento do assunto investigado, e assim, busca sintetizar conclusões de estudos anteriores a respeito de um determinado questionamento (DUTRA, 2016).

Para a realização da revisão integrativa foram utilizadas seis fases: 1ª Fase - elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase - busca na literatura; 3ª Fase - aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e avaliação dos dados; 4ª Fase - seleção dos artigos com leitura na íntegra; 5ª Fase - análise crítica dos estudos incluídos; e 6ª Fase - apresentação da revisão integrativa.

Na primeira fase, foi efetivada a elaboração da questão norteadora da pesquisa: Quais as evidências científicas dos diagnósticos de enfermagem mais comuns em pacientes oncológicos?

Na segunda fase iniciou-se a busca na literatura considerando os materiais disponíveis nas bases de dados bibliográficos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. A pesquisa foi realizada no mês de março de 2021, a partir dos descritores Diagnósticos de Enfermagem AND Oncologia.

Em seguida na terceira fase, realizou-se a aplicação dos critérios de inclusão: estudos relacionados ao tema proposto; ser artigo de pesquisa completo publicado nos últimos 05 anos; estar publicado no idioma português; estar disponível eletronicamente na íntegra; e abordar o uso dos diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente oncológico, e critérios de exclusão: artigos não disponíveis e em outros idiomas, artigos repetidos e que não estivessem relacionados ao assunto principal.

Posteriormente, houve uma análise mais explicada dos dados, no qual foi realizada alguns meios, como: leitura exploratória do material; leitura seletiva, preocupando-se com a relevância para o estudo; leitura crítica e reflexiva procurando os principais diagnósticos de enfermagem referente ao paciente oncológico.

RESULTADOS

Em suma, identificaram-se 21 artigos entre as bases de dados com a aplicação dos dois descritores. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e uma leitura dos títulos e resumos esse quantitativo foi reduzido a 16 publicações, as quais foram selecionadas e passaram por uma leitura crítica e detalhada em busca de responder ao objetivo do estudo. Logo, alguns manuscritos foram excluídos por não atender ao objetivo do estudo e resultou numa amostra final de 07 artigos que constitui o corpus da pesquisa.

Quadro 1: Variáveis de caracterização dos estudos.

Nº	Título	Autor	Ano	Local	Periódico
1	Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa.	Passarellles, et al.	2019	Materiais disponíveis nas bases de dados bibliográficos: Medline, Scopus, Cinahl, Lilacs, Cochrane, Scielo e Web of Science.	Revista electronica trimestral de enfermeira.
2	Diagnósticos de enfermagem em oncologia: uma revisão integrativa.	Leite, et al.	2017	Materiais disponíveis nas bases de dados bibliográficos: Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem: Bibliografia Brasileira (BDENF).	I Congresso Internacional de Enfermagem.
3	Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnóstico e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais.	Ribeiro, et al.	2016	Unidade de internação oncológica de um hospital de pequeno porte, localizado no Rio Grande do Sul.	Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental.
4	Mapeamento dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de uma unidade oncológica.	Silva, et al.	2017	Unidade de internação oncológica de um hospital público localizado na região sul do estado da Bahia.	Revista Enfermagem UERJ.

5	Diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos com feridas.	Queiroz, P. L	2016	Hospital de referência em prevenção e tratamento para o câncer no estado do Maranhão.	Dissertação de Mestrado.
6	Diagnóstico de enfermagem utilizados na oncologia: uma revisão integrativa.	Tentardini, D. M	2016	Materiais disponíveis nas bases de dados bibliográficos: LILACS, Medline; Bdenf; BVS.	Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação.
7	Principais diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a quimioterapia infusional.	Marsilio, et al.	2018	Instituição Oncológica localizada na cidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul.	VI Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG & IV Salão de Extensão.

No Quadro 1, apresenta-se uma síntese das características contidas nos estudos utilizados nesta pesquisa, título, autor, ano, local e periódico. Dos sete artigos selecionados, três foram encontrados na base de dados BVS, dois no LILACS e dois no PubMed. Os estudos foram publicados entre os anos de 2016 e 2019.

Quadro 2: Síntese das evidências selecionadas por objetivo, método, resultados e conclusão.

Nº	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
1	Identificar os diagnósticos de enfermagem encontrados em cuidados paliativos oncológicos de acordo com a taxonomia da NANDA-I.	Revisão integrativa da literatura.	De acordo com a taxonomia da NANDA-I foram encontrados 32 diagnósticos de enfermagem, demonstrando a variabilidade e multiplicidade de diagnósticos identificados por enfermeiros durante o controle de sinais e sintomas em cuidados paliativos.	Ao identificar uma diversidade de diagnósticos de enfermagem ocorrentes em pacientes em cuidados paliativos oncológicos, conclui-se que se faz necessário a construção de um diagnóstico de enfermagem de síndrome, para otimizar o raciocínio clínico dos enfermeiros em cuidados paliativos.
2	Caracterizar a produção do conhecimento nacional sobre os diagnósticos de enfermagem em oncologia.	Revisão integrativa da literatura.	Os diagnósticos de enfermagem levantados nas publicações tiveram como bases conceituais a (NANDA), correspondendo a 62,8% da amostra, e a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE), com 37,8% das publicações.	As pesquisas em diagnósticos de enfermagem em oncologia ainda predominam a nível hospitalar. E ainda se faz necessário que a enfermagem tenha uma linguagem própria, para contribuir na

				melhoria do atendimento voltado a pacientes oncológicos, além de efetivar a comunicação entre as (os) enfermeiras (os).
3	Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem acerca das necessidades psicossociais e psicoespirituais de pacientes oncológicos.	Pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo.	Os diagnósticos identificados concentraram-se nos domínios de Autopercepção, Papéis e relacionamento, Enfrentamento total ao estresse, Conforto e Princípios da vida.	É imperativo compreender o impacto causado pelo câncer, pois tal entendimento possibilita o estabelecimento de diagnósticos e de intervenções de enfermagem adequadas ao momento vivido.
4	Identificar os principais diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem descritos pela NANDA, NOC, e NIC, para pacientes oncológicos internados.	Estudo transversal com abordagem quantitativa.	Destacaram-se sete diagnósticos pela NANDA, 12 resultados e 12 intervenções de enfermagem. Considerou-se principais os títulos dos diagnósticos, resultados e intervenções/atividades formulados para mais de 78(50,0%) dos participantes do estudo.	Permitiu identificar e selecionar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para aplicação na prática clínica, com vistas a subsidiar o processo de cuidado e o

				conhecimento das taxonomias de enfermagem.
5	Elaborar diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em pacientes oncológicos com feridas.	Estudo descritivo, transversal, exploratório e de abordagem quantitativa.	Prevalência de feridas no sexo masculino. Identificação de 50 feridas entre os 30 participantes, com prevalência das feridas neoplásicas, cirúrgicas, e lesão por pressão, possibilitando a elaboração de 242 enunciados de diagnósticos de enfermagem.	O estudo aponta contribuições para o desenvolvimento científico da prática de enfermagem oncológica, orientando a equipe de enfermagem no cuidado individualizado, sistemático e integral desta clientela.
6	Verificar os diagnósticos de enfermagem utilizados em pacientes oncológicos.	Revisão integrativa da literatura.	Foram encontrados nos estudos analisados, os diagnósticos de enfermagem Proteção ineficaz, Risco de Infecção, Mucosa oral prejudicada, Hipertermia, Risco de sangramento, Fadiga, Dor aguda, Nutrição desequilibrada.	Os diagnósticos de enfermagem utilizados em pacientes oncológicos necessitam ser mais estudados, para que assim possa oferecer mais contribuições aos profissionais de saúde.
7	Identificar os principais diagnósticos de	Estudo descritivo de	Dentre as evoluções de enfermagem, 50% registravam apenas a	Os diagnósticos de enfermagem consistem na base

enfermagem em pacientes com diagnóstico de câncer submetidos à quimioterapia infusional.	corte transversal.	presença ou ausência de intercorrências durante a administração da droga antineoplásica juntamente com breve avaliação de riscos. Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados em registros mais completos, Risco de Infecção, Risco de trauma vascular e Dor Aguda, apresentaram maior nível de ocorrência.	para um cuidado guiado pelo pensamento clínico e norteiam o plano de cuidado do profissional enfermeiro, sendo sua realização de extrema importância. Os achados possibilitam afirmar que a realização da etapa diagnóstica do Processo de Enfermagem (PE) se encontra falha na instituição avaliada e que quando a mesma ocorre, predominam os títulos de risco.

DISCUSSÃO

Diagnóstico de enfermagem com enfoque na dimensão física

O Processo de Enfermagem é essencial para a prática da equipe de enfermagem, ajudando a melhorar o cuidado, organizar as condições necessárias e documentar a prática profissional. Desse modo, estudos mostraram que sua aplicação, com diagnósticos específicos, resultou em cuidados mais eficazes (Lima, 2016).

Em relação ao diagnóstico de enfermagem ‘Dor’ (crônica ou aguda), 5 dos estudos apontam que é frequentemente percebido e sentido pelos pacientes oncológicos. Assinala-se que a dor, por ser subjetiva e uma experiência individual, e de difícil avaliação, requer dos profissionais suporte educacional, conhecimento para promover um julgamento clínico e crítico, completo e sistemático (Morais, 2020).

Evidenciou-se também que o Risco de Infecção foi um dos diagnósticos de Enfermagem comum a quase todos os pacientes oncológicos analisados neste estudo, relacionado a procedimentos como punção venosa, ventilação mecânica, incisões cirúrgicas, sondas gástricas e vesicais, e lesões na pele. Durante a hospitalização, esses fatores aumentam o risco de infecções (Martins, 2018).

Quando se refere ao diagnóstico “risco de integridade da pele prejudicada”, os estudos apontam fatores de riscos que predispõem às lesões cutâneas, ainda ausentes. São exemplos desses fatores de risco: pacientes acamados, com imobilização física, sedação, sobrepeso/obesos, com retorno venoso lento, com dispositivos e evacuações frequentes; fatores que favorecem as possíveis lesões por pressão, e consequentemente deixam o paciente com a mobilidade prejudicada (Silva, 2016).

Outro diagnóstico que também foi visto neste estudo foi o de risco de quedas. Dentre os fatores de risco verificados, destacaram-se: equilíbrio prejudicado, força diminuída nas extremidades inferiores, mobilidade física prejudicada, dificuldades na marcha, e a própria neoplasia. Com isso, nota-se que se deve considerar o risco de quedas como um dos principais diagnósticos, focando como um cuidado de enfermagem, bem como implementar e avaliar intervenções relativas à prevenção de quedas (Lima, 2016).

O diagnóstico de enfermagem nutrição desequilibrada foi identificado em alguns estudos, caracterizado pela ingestão insuficiente de nutrientes para atender às necessidades metabólicas. Alguns fatores relacionados incluem capacidade prejudicada de absorver, ingerir e digerir alimentos, além de fatores biológicos. É comum que pacientes com câncer enfrentem desnutrição, o que aumenta a morbimortalidade e favorece a caquexia, uma complicação frequente em pacientes com neoplasia maligna (Silva, 2017).

Em relação ao desconforto, ressalta-se o diagnóstico de enfermagem ‘Conforto prejudicado’, o qual é muito observado em pacientes oncológicos, onde se observa as seguintes características definidoras: expressões físicas de desconforto, ansiedade, relato de sintomas de angústia, medo, relato de sentir-se desconfortável, inquietação, incapacidade de relaxar, padrão de sono perturbado, relato de sentir-se limitado e desânimo (Morais, 2020).

Outros diagnósticos apontados com menor prevalência, mas não menos importantes, foram: Fadiga; Perfusão tissular periférica prejudicada; Risco de constipação; Risco de sangramento e Risco de trauma vascular.

Diagnóstico de enfermagem com enfoque na dimensão psicológica

Já na categoria dos diagnósticos de enfermagem de esfera psicossocial a ansiedade e o medo foram identificados em todos os estudos, onde os mesmos apontam que é comum em pacientes oncológicos devido a vivência de situações de estresse, medo da morte e ao ambiente que impõe tensão, que por muitas vezes se trata do ambiente hospitalar, podendo contribuir assim, para aumentar a inquietação e insônia dos mesmos (Martins, 2018).

Outro diagnóstico de enfermagem encontrado nos estudos com muita abrangência foi “os distúrbios da autoimagem”, que são decorrentes da própria neoplasia e do tratamento em si, que podem ocasionar grandes impactos psicológicos nos pacientes, e assim gerar uma confusão mental (Soares, 2017).

Adicionalmente, o fato do “medo da solidão e abandono relacionados com o processo de morrer” ter sido a característica mais ressaltante desta categoria, pode ter consequências não apenas no diagnóstico, como também na escolha de intervenções de enfermagem. Dessa maneira, é de suma importância o acompanhamento dos pacientes oncológicos e a necessidade de reforçar junto da família que o paciente jamais estará sozinho. (Morais, 2020).

Outros diagnósticos apontados com menor prevalência, mas não menos importantes, foram: Sofrimento espiritual; Desesperança; Sentimento de impotência; Risco de solidão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os diagnósticos de enfermagem predominantes em pacientes oncológicos mencionados na literatura científica foram: 1. Dor Crônica; 2. Dor Aguda; 3. Risco de Infecção; 4. Risco de integridade da pele prejudicada; 5. Risco de Quedas e 6. Ansiedade.

Esta revisão integrativa buscou identificar, dos disponíveis na literatura, quais são os diagnósticos de enfermagem utilizados em pacientes oncológicos. A amostra contou com sete artigos, os quais demonstraram que o câncer se trata de um problema de saúde pública mundial, e que o número de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável em todo

o mundo. Porém, pode-se notar, através da escassez de estudos nacionais, que a temática dos diagnósticos de enfermagem na Oncologia ainda é pouco abordada, o que justifica uma dificuldade encontrada nesse estudo.

Após a realização deste trabalho é possível concluir que as pesquisas em diagnósticos de enfermagem na área da oncologia ainda predominam a nível hospitalar, que os profissionais utilizam com maior frequência a Taxonomia NANDA. Neste sentido, o estudo concluiu a necessidade do uso de uma linguagem própria de enfermagem para contribuir na melhoria na qualidade no atendimento voltado a pacientes oncológicos, além de efetivar a comunicação entre a equipe de enfermagem.

A assistência de enfermagem aos pacientes oncológicos, visa oferecer conforto, agir e reagir adequadamente frente à situação de morte com o doente, família e consigo mesmo. Dessa forma espera-se que esse estudo possa estimular novas pesquisas na área e dessa forma proporcionar subsídios para uma assistência de enfermagem aos pacientes oncológicos capaz de atender a todas as suas necessidades psicológicas, biológicas e sociais.

REFERÊNCIAS

- DUTRA, H. S.; JESUS, M. C. P.; PINTO, L. M. C.; FARAH, B. F. Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 4, p. 245-252, nov./dez. 2016.
- FERREIRA, A. M.; ROCHA, E. N.; LOPES, C. T.; BACHION, M. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. Rev Bras Enfermagem. v. 69, n. 2, p. 307-15, mar./abr. 2016.
- LEITE, P. M. G.; SANTOS, Y. M. O.; PIMENTEL, M. S. L.; ANDRADE, J. S.; GONÇALVES, L. L. C. Diagnósticos de Enfermagem em Oncologia: uma revisão integrativa. I Congresso Internacional de Enfermagem, 09 a 12 de Maio. 2017.
- LIMA, A. C. M.; A. C. C.; SILVA, A. L.; GUERRA, D. R.; BARBOSA, I. V.; BEZERRA, K. C.; ORIÁ, M. O. B. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Rev Bras Enfermagem. v. 69, n. 4, p. 785-92. jul./ago. 2016.
- MARTINS, C. P.; BRANDÃO, M. G. S. A.; FREIRE, M. T. J.; MARQUES, K. M. A. P. Diagnósticos de Enfermagem em UTI: uma revisão integrativa. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 16, n. 57, p. 74-86, jul./set. 2018.
- MORAIS, S. M.; PEREIRA, S. A.; OLIVEIRA, L. C.; CARVALHO, W. M. S.; COSTA, A. P.; COSTA, I. C. P. Diagnósticos de Enfermagem para pacientes em Cuidados Paliativos: revisão integrativa da literatura. Revista online de pesquisa Cuidado é Fundamental. p. 1233-1240, jan./dez. 2020.

OLIVEIRA, M. B. P.; SOUZA, N. R.; BUSHATSKY, M.; DÂMASO, B. F. R.; BEZERRA, D. M.; BRITO, J. A. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. Escola Anna Nery, v.21, n. 2, p. 1-6, 2017.

QUEIROZ, P. L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos com feridas. 2016, 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís/MA, 2016.

SILVA, M. R.; SILVA, D. O.; SANTOS, T. I.; OLIVEIRA, P. P.; RODRIGUES, A. B.; BARBOSA, D. A. Mapeamento dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de uma unidade oncológica. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, R. S.; LIMA, M. O. M.; BANDEIRA, W. C. O.; PEREIRA, A. T.; SAMPAIO, A. A. C.; PAIXÃO, G. P. N. Diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Revista Enfermagem Contemporânea. v. 5, n.2, p. 242-252, jul./dez. 2016.

SOARES, D. F. S. Diagnósticos de enfermagem no Pós-Operatório de Penectomia: revisão integrativa. 2017, 39f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís/MA, 2017.

TENTARDINI, D.M. Diagnósticos de enfermagem utilizados na oncologia: uma revisão integrativa. 2016, 36f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2016.

UTILIZAÇÃO DA LASERTERAPIA EM LESÕES MAMÁRIAS DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Lara Leite de Oliveira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Elizian Braga Rodrigues Bernardo – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Igor Cordeiro Mendes – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Karine de Castro Bezerra – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.

Francisco Mayron Moraes Soares – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Maranhão.

INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento ideal para a criança nos primeiros meses de vida ele contribui para efetivar seu crescimento e desenvolvimento de maneira adequada. O Ministério da Saúde preconiza que até o sexto mês de vida a criança deve estar em aleitamento materno exclusivo (AME), e complementado até os dois anos de idade, entretanto em estudo realizado por Oliveira et al. (2017), citam que a nível mundial apenas 35% das crianças permanecem em aleitamento exclusivo por esse período.

As vantagens do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida são inúmeras, tanto para o bebê quanto para a mãe, por apresenta-se como um alimento completo. Entretanto, existem vários desafios que circundam essa prática, e que muitas vezes levam ao desmame precoce. Ele é um problema de saúde pública que está se tornando cada vez mais discutido na sociedade, pois a partir do momento que inicia, o bebê torna-se vulnerável ao desenvolvimento de complicações principalmente de cunho respiratório e problemas intestinais (ANDRADE; PESSOA; DONIZETE, 2018).

Esse desmame precoce da amamentação consiste na interrupção ou substituição progressiva da amamentação por alimentação regular consumida pela família e fórmulas lácteas. Dentre os fatores que influenciam esse problema estão às lesões mamárias, que podem ser caracterizadas como lesões que alteram a anatomia da pele mamilar, sendo classificadas como ruptura, lesão ou ferimento, que por sua vez quando desenvolvidas podem levar muita dor e desconforto a mãe (DIAS; VIEIRA; VIEIRA; 2017).

Quando considerada dor mamária, aproximadamente 66% das puérperas participantes de um estudo realizado por Tomasoni et al. (2020) apresentaram fissura mamilar e dor de moderada a intensa, especialmente nos primeiros sete dias pós-parto, podendo se

estender até o quarto mês. Essa questão pode estar relacionada à assistência recebida durante a gestação, sendo assim, recomenda-se acompanhamento rigoroso durante todo o período gestacional.

A dor mamária pode ser ocasionada pela pega incorreta do bebê, o que implica diretamente em um problema no sucesso da amamentação. Procurando reduzir esses problemas vem se empregando a laserterapia como opção de tratamento. O sucesso após a aplicação da técnica é notório, tanto pela rapidez, como pela eficácia da cicatrização, entretanto os estudos que subsidiam essa prática ainda são escassos, uma vez que é muito empregada em lesões em geral (BATISTA; SANTOS; MELLO, 2020).

A laserterapia consiste na aplicação de luz amplificada através da emissão de radiação, atuando na cicatrização de lesões de pequeno e grande porte, tendo sua eficácia nítida na diminuição do processo inflamatório e indução do processo cicatricial. Essa técnica vem ganhando espaço tanto no tratamento de lesões mamárias, como de lesões em geral, e o enfermeiro é um dos profissionais que pode estar fazendo sua aplicação (MENDES; TRAJANO, 2019).

O Enfermeiro é um dos profissionais mais capacitados para realizar a prevenção e promoção de saúde, bem como o tratamento de lesões de pele, pois ele desenvolve uma assistência holística, baseada na sistematização da assistência de enfermagem. Nesse contexto, o emprego da laserterapia seria uma opção para usar no tratamento e prevenção das lesões de pele, sendo assim, de suma importância que o profissional busque qualificação adequada para estar realizando a aplicação dessa técnica, e assim acompanhando os avanços tecnológicos para melhor assistir seus pacientes (LIMA et al., 2018; BRANDÃO et al., 2020).

O Enfermeiro é um dos profissionais mais próximos da população, seja na atenção básica ou na rede hospitalar, e deve estar preparado para orientar as mais diversas demandas, e tem papel fundamental no apoio e incentivo à amamentação durante toda a gestação e após o parto, desde mostrar os benefícios do aleitamento materno exclusivo, orientar sobre a pega correta durante a amamentação, conscientizar sobre as consequências do desmame precoce, bem como realizar as orientações que julgar necessário (FERREIRA; GOMES; FRANCOLLI, 2018).

A laserterapia é uma prática nova, que assim como os estudos desenvolvidos sobre ela, ainda há poucos profissionais atuando nessa área. A adesão a essa técnica ainda é pequena, entretanto está sendo disseminada entre os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros.

Dessa forma, faz-se o seguinte questionamento: Qual a percepção encontrada na literatura acerca do uso da laserterapia em lesões mamárias decorrentes da amamentação?

Frente a esse cenário, urge a necessidade de analisar a literatura existente e refletir sobre a adesão da laserterapia no tratamento de lesões mamárias, visto que esta é uma das principais causas do desmame precoce. E o enfermeiro é um dos profissionais que está mais próximo da gestante e puérpera, e pode estar atuando nessa área, tanto para a prevenção, como para o tratamento das lesões. Percebendo ainda, que mesmo tendo escassez de estudos, a literatura existente aponta eficácia dessa técnica quando utilizada em lesões mamárias e em lesões em geral.

O estudo tem sua relevância, pois pretende-se subsidiar informações para o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para o público materno infantil, visando diminuir as taxas de desmame precoce oriundos de lesões mamárias. Além disso, busca trazer novos olhares para o uso de laserterapia associado à enfermagem, tanto no tratamento, como na prevenção de lesões e fissuras mamilares.

METODOLOGIA

O referente estudo trata-se de um estudo reflexivo acerca da utilização da laserterapia em lesões mamárias na amamentação, do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo reflexivo tem por finalidade fazer reflexões crítico-construtivas acerca de um determinado assunto, embasado em outros artigos já construídos sobre a temática abordada. Um estudo exploratório é um tipo bem flexível, onde tem por objetivo aprimorar as ideias do assunto estudado.

A amostra do estudo foi composta pela pesquisa e exploração de estudos já realizados na área da temática proposta. A escolha desses estudos se deu por meio de análise criteriosa, e foram selecionados aqueles que melhor se adequaram ao objetivo estudado. O levantamento bibliográfico ocorreu através das plataformas Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da Saúde (Lilacs), usando como palavras-chave, “Enfermagem”, “Terapia a Laser”, “Aleitamento Materno”.

Após o levantamento bibliográfico foram selecionados 46 artigos, após análise criteriosa foram escolhidos 25, pois possuem literatura condizente com o presente estudo, e os demais foram descartados pelo pesquisador por não corroborarem com o objetivo proposto. A

coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2021. Após a coleta, os dados foram organizados e discutidos de acordo com a literatura existente.

O presente estudo tem como benefícios subsidiar novas informações sobre a temática estudada, e assim contribuir para elaboração e implementação de novas políticas de saúde, os riscos são mínimos, visto que esta é uma pesquisa documental, e os dados coletados serão direcionados a fins científicos. Este estudo não foi conduzido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), visto que é uma pesquisa que não envolveu seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amamentação é um processo natural e rico, tanto para a mãe como para o filho, mas que pode trazer algumas complicações, diante disso, novas técnicas estão sendo adotadas para tratá-las e evitá-las, como está exposto nos tópicos seguintes.

Complicações na Amamentação

A amamentação é vista como um processo natural, que traz inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, entretanto durante esse período podem surgir algumas complicações que poderão prejudicar seu progresso. Entre eles está a mastite puerperal, que é caracterizada como um processo inflamatório das mamas, podendo ser acompanhado ou não de infecção. Quando se trata de processo não infeccioso, ocorre um acúmulo de leite nos ductos mamários gerando assim a inflamação, já no infeccioso acontece a penetração e multiplicação de microrganismos nas glândulas mamárias (MOTA et al., 2019).

A dor e o desconforto gerados pela mastite lhe tornam um problema de saúde pública, pois a partir de seu surgimento a amamentação será prejudicada, aumentando assim o indicador de desmame precoce. A prevenção desse problema pode ser feita a partir da orientação e disseminação eficaz de informações acerca do manejo correto da mama durante a amamentação. Outra técnica de prevenção e tratamento é a aplicação da laserterapia, pois atua no processo infeccioso diminuindo a dor e a inflamação, contribuindo para a recuperação do tecido.

Outra complicação recorrente durante esse período são as fissuras mamilares, que se caracterizam pela ruptura da pele na região mamilar, e são geradas a partir da pega incorreta do bebê. Além de interferir na amamentação, esses traumas ainda podem se tornar portas de

entrada para gerar processos infecciosos, levando assim alterações funcionais para a mãe e o bebê (BATISTA; SANTOS; MELLO, 2020).

A prevenção de dores e rompimentos da integralidade da pele é essencial, visto que automaticamente, também se previne o desmame, para que não haja interferências no desenvolvimento do recém-nascido. Na tentativa de diminuir esses problemas, a atuação dos profissionais de saúde é crucial, para realizar orientações a respeito do manejo da amamentação de forma adequada, e se for necessário realizar a aplicação de alguma técnica para que assim não haja prejuízos posteriores.

Dentre as principais complicações, ainda tem o ingurgitamento mamário, que é o enchimento excessivo das mamas, podendo provocar dor e desconforto para a mãe. Este pode se desenvolver de duas formas, discreto e patológico. O primeiro é fisiológico, demonstra que está tendo produção de leite eficaz e que está chegando de forma abundante até a mama, e no segundo há o enchimento excessivo da mama, de forma a deixá-la distendida, desenvolvendo assim sinais flogísticos de inflamação (ALMEIDA; SANTOS, 2017).

Outra complicação é a Candidíase mamária, causada pelo fungo *Candida albicans*, que pode ser encontrada naturalmente na pele sem que haja qualquer complicação, entretanto, devido a alteração na imunidade durante a gestação e puerpério pode acontecer uma proliferação desse fungo no mamilo materno, provocando dor e vermelhidão local (DIAS et al., 2018).

Na ausência de alguns sinais indicativos de inflamação, como febre, o início de queimação associada a mamas doloridas ou presença de dor mamária irradiando para axila, tem sugerido o diagnóstico de candidíase mamária. Essa condição pode ser responsável pelo abandono prematuro da amamentação, uma vez que causa dores na mama, e o desenvolvimento de fissuras (JIMÉNEZ et al., 2017).

Laserterapia no tratamento de lesões mamárias

No início da amamentação a puérpera pode identificar desconfortos durante a mamada, que é considerado normal, mas se esses sinais persistirem, pode ser um indicativo de possíveis lesões mamárias. O rompimento da pele mamária pode se tornar porta de entrada para microrganismos diversos, favorecendo o desenvolvimento de infecções. Para o tratamento dessas lesões, vários meios e técnicas, dentre eles está sendo adotado o uso da laserterapia, para auxiliar no processo cicatricial.

O uso dessa técnica em lesões mamárias, onde ocorre o rompimento da integralidade da pele da mama, está se tornando crescente. A pega incorreta do bebê gera a maioria dessas lesões, que podem ser acompanhadas de processos infecciosos, o que gera desconforto físico e emocional para a mãe. A ausência de tratamento pode acarretar danos maiores, como aprofundamento da lesão, podendo comprometer a derme. Diante disso, o emprego do tratamento utilizando a aplicação da laserterapia auxilia na diminuição do processo infeccioso, promovendo analgesia e ajudando na cicatrização (ARMELIN et al., 2019).

Na instalação dessas lesões com a possibilidade de infecção fúngica, o uso do laser associado às técnicas corretas do manejo da mama auxilia na cicatrização, promovendo analgesia, acelerando o processo cicatricial, e ainda tendo ação antiinflamatória. O uso dessa técnica também favorece a redução de edema, e auxilia no esvaziamento da mama (GOMES; SCHAPOCHNIK, 2017).

A amamentação é um momento de aprofundamento de vínculo, e deve ser rico e prazeroso para a mãe e filho. O desenvolvimento de lesões não pode ser um pressuposto para a interrupção desse momento, dessa forma, está crescendo o uso da laserterapia na prevenção e tratamento dessas lesões, para que assim sejam minimizados os danos causados, e não aconteça desmame precoce.

O efeito da laserterapia em tratamento de traumas mamilares tem demonstrado eficácia, pois age na diminuição da dor e auxilia no reparo do tecido, promovendo a proliferação celular, e por ser uma terapia não invasiva vem ganhando destaque. Com o rompimento da pele, o mamilo fica sensível e propenso a desenvolver infecções, com o emprego desse tratamento, os sintomas álgicos e sinais inflamatórios são minimizados, acelerando o processo de cicatrização da pele (BATISTA; SANTOS; MELLO, 2020).

O Enfermeiro tem papel fundamental no incentivo e proteção do aleitamento materno, pois é um dos profissionais que atua na assistência direta a mãe e filho, tanto no âmbito hospitalar quanto na comunidade. Sabendo que as lesões mamilares podem levar ao desmame precoce, o enfermeiro devidamente capacitado pode estar tratando essas lesões de forma rápida e eficaz através da laserterapia, pois esta acelera o processo cicatricial, e minimiza as possibilidades de desmame precoce.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme discutido anteriormente, o uso da técnica de laserterapia tem mostrado eficácia no tratamento e prevenção de lesões mamárias, atuando no processo álgico, reparo do tecido e estimulação da produção de colágeno, além disso, auxilia gerando fatores antiinflamatórios, dessa forma acelerando a cicatrização da pele.

O desmame precoce da amamentação está diretamente relacionado ao desconforto gerado pelas lesões mamárias, então, o manejo correto da mama associado com orientações adequadas e o uso da laserterapia, são ferramentas importantes para o prolongamento do aleitamento materno, salientando que outros métodos podem ser inseridos para prevenção de lesões, como a exposição da mama a luz solar, massagem e hidratação mamária, e pega correta do bebê na mama.

Diante disso, o enfermeiro por ser um dos profissionais de saúde mais próximos as gestantes e puérperas, tem papel fundamental na orientação sobre manejo correto da amamentação, bem como sua importância tanto para mãe quanto para o filho, pois além de ser o alimento ideal para o bebê nos primeiros meses de vida, também reduz as taxas de doenças prevalentes da infância, além disso, tem atuação importante para a mãe, tanto no pós-parto imediato e mediato, como também futuramente.

A prevenção da dor mamilar é um assunto muito importante a ser trabalhado, e a utilização da laserterapia tem mostrado bons resultados. Por ser um tratamento não invasivo e de baixo custo, vem ganhando cada vez mais espaço em meio aos tratamentos, embora ainda existam poucos estudos disseminando sua prática, a literatura já existente mostra eficácia, principalmente no que se refere às lesões mamárias. Mediante a isso, percebe-se a necessidade da realização de novos estudos acerca desse tema, mostrando a relação da laserterapia com amamentação, e seus benefícios.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. P.; REIS, C. L.; SANTANA, C. A.; SANTOS, W. L.; MENEZES, M. O. Intercorrências Mamárias: Implicações para a Manutenção do Aleitamento Materno. *Internationalnursingcongress*, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2017.

ANDRADE, H. S.; PESSOA, R. A.; DONIZETE, L. C. V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

ARMELIN, M. V. A. L.; SARAIVA, K. V. O.; CORAZZA, A. V.; SILVA, G. D.; JURADO, S. R.; SANCHEZ, A. O uso do laser de baixa potência por enfermeiro no tratamento de lesões cutâneas e orais. *Revista Nursing*, v. 22, n. 25, p. 3006–3010, 2019.

BATISTA, V. F.; SANTOS, G. C.; MELLO, M. A. F. C. A utilização do laserterapia de baixa potência em fissuras mamária. *Revista Thêma et Scientia*, v. 10, n. 1, p. 131–146, 2020.

BRANDÃO, M. G. S. A.; XIMENES, M. A. M.; RAMALHO, A. O.; VERAS, V. S.; BARROS, L. M.; ARAÚJO, T. M. Efeitos da laserterapia de baixa intensidade na cicatrização de úlceras nos pés em pessoas com diabetes mellitus. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, v. 18, p. e0320, 2020.

DIAS, G. H.; CÁUPER, F. R. M.; CORRÊA, T. C. F.; GONDIM, T. R.; CRUZ, K. S.; CÁUPER, L. L. B.; COSTA, S. S. Isolamento e caracterização de *Candidasp.* No mamilo de lactantes de uma maternidade da rede pública na cidade de Manaus. *Revista on-line Scientia Amazonia*, v. 7, n. 3, p. 29-36, 2018.

DIAS, J. S.; VIEIRA, T. O.; VIEIRA, G. O. Fatores associados ao trauma mamilar no período lactacional: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, n. 1, p. 27–42, 2017.

FERREIRA, M. G. C.; GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. *Revista de atenção a saúde*, v. 16, n. 55, p. 36-41, 2018.

GOMES, C. F.; SCHAPOCHNIK, A. O uso terapêutico do LASER de Baixa Intensidade (LBI) em algumas patologias e sua relação com a atuação na Fonoaudiologia. *Distúrbios da Comunicação*, v. 29, n. 3, p. 570–578, 2017.

JIMÉNEZ, E. A. R.; CÁRDENAS, N.; MARIN, M.; SERRANO, P.; FERNANDEZ, L.; RODRIGUES, J. M. Mammary candidiasis: A medical condition without scientific evidence? *PLOS ONE*, v. 12, n. 7, p. e0181071, 2017.

LIMA, N. E. P.; GOMES, G. M.; FEITOSA, A. N. A.; BEZERRA, A. L. D.; SOUSA, M. N. A. Laser therapy low intensity in wound care and practice nurses / Laserterapia de baixa intensidade no tratamento de feridas e a atuação da enfermagem / Terapia de láser de baja intensidad en el tratamiento de heridas. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 7, n. 1, p. 50, 2018.

MOTA, T. C.; NERY, I. S.; SANTOS, J. D. M.; OLIVEIRA, D. N.; ALENCAR, N. M. B. M. Caracterização clínica e epidemiológica da mastite puerperal em uma maternidade de referência. *Enferm. foco*, p. 11–16, 2019.

MENDES, J. P. M.; TRAJANO, E. T. L. Os efeitos da laserterapia de baixa potência na cicatrização de lesões por pressão. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 10, n. 1, p. 106–109, 2019.

OLIVEIRA, A. K. P.; MELO, R. A.; DINIZ, L. P. M.; et al. Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. *Avances en Enfermería*, v. 35, n. 3, 2017.

TOMASONI, T. A.; SILVA, J. B.; BERTOTTI, T. C. W.; PEREZ, J.; KORELO, R. I. G.; GALLO, R. B. S. Intensidade de dor e desconfortos puerperais imediatos. Brazilian Journal Of Pain, v. 3, n. 2, 2020.

REFLEXÃO ACERCA DA AMAMENTAÇÃO EM MÃES COM COVID-19

Lara Leite de Oliveira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Elizian Braga Rodrigues Bernardo – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Igor Cordeiro Mendes – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Karine de Castro Bezerra – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.

Francisco Mayron Moraes Soares – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Maranhão.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada por uma nova cepa viral da família Coronaviridae (SARS-CoV-2), com início na província de Hubei, na cidade de Wuhan, na China. Ela provoca uma patologia respiratória aguda, que apresenta uma taxa de mortalidade de 2%, podendo resultar em morte devido a danos alveolares maciços e insuficiência respiratória progressiva. Sua disseminação ocorreu rapidamente por todos os continentes, desde quando iniciou o primeiro surto, no período do final de dezembro de 2019 (Organização Mundial de Saúde OMS, 2020).

A transmissão de pessoa para pessoa foi confirmada e é disseminada através de gotículas respiratórias produzidas quando a pessoa infectada tosse, espirra ou fala. Essas gotículas podem ser depositadas diretamente em pessoas próximas ou em superfícies ou objetos contaminados. O vírus se espalhou rapidamente pelo globo (DGS, 2020).

No Brasil, grupos de risco foram identificados para melhor controle e atenção durante o período de controle. Neste grupo se inclui idosos, hipertensivos, pessoas com doenças respiratórias crônicas, gestantes e parturientes. De acordo com a Secretaria de Atenção Básica (SAPS), se a mãe está infectada com o vírus, ela corre maior risco de gravidade. O impacto para a mãe nesse período pode ser variado, pois além das mudanças físicas, hormonais e emocionais inerentes a esse período, os hábitos relacionados ao cuidado do bebê e à amamentação também mudaram (Ministério da Saúde [MS], 2020).

A quantidade de gestantes e recém-nascidos infectados é muito menor do que o da população em geral. No entanto, gestantes e puérperas são mais suscetíveis ao COVID-19. Depois que adoecem, seus sintomas podem se tornar mais graves. Durante o período pós-parto,

pode se espalhar da mãe para o recém-nascido e, como o sistema imunológico do recém-nascido está mais imaturo, acredita-se que ele seja mais suscetível à infecção por SARS-CoV-2 (CHEN et al., 2020; DONG et al., 2020; MS, 2020).

A amamentação é fundamental para o estabelecimento de um vínculo afetivo entre mãe e filho, o que favorece uma ligação emocional precoce muito forte entre os dois. Segundo a OMS, o aleitamento materno deve ser mantido apenas nos primeiros seis meses de vida, a partir dessa idade a diversificação alimentar deve começar a complementar a amamentação por até dois anos (OMS, 2017).

As atuais recomendações no que diz respeito à amamentação é a manutenção do aleitamento materno, até mesmo para as mães que apresentam suspeitas ou confirmação de COVID-19. Ressaltando as precauções a serem seguidas: higienização das mãos antes de tocar na criança e uso da máscara ao amamentar. Quando for necessário o uso da bomba de leite, é indicado lavar as mãos antes e depois do manuseio. Com relação ao leite materno ainda que não há comprovação que ele transmita o vírus, logo estas recomendações visam proteger a criança exclusivamente de gotículas respiratórias durante a amamentação (PAZ et al., 2020).

Diante esse cenário, devemos destacar também a importância dos profissionais de enfermagem no âmbito da prevenção e controle da infecção na área materno-infantil pela COVID-19, durante a assistência obstétrica, neonatal, e enquanto a criança estiver em aleitamento materno, a fim de promover cuidados atualizados e baseados em evidências. Para que por meio de estratégias rígidas de prevenção e controle, seja possível minimizar o impacto da pandemia nesse contexto (FREITAS; ALVES; GAÍVA, 2020). Nesse sentido, objetivamos refletir acerca das recomendações e práticas seguras na amamentação de mães com COVID-19.

METODOLOGIA

Pesquisa reflexiva, revisão narrativa da literatura, com a finalidade de coletar conhecimentos sobre o tema de pesquisa, integrando-o e promovendo acréscimo bibliográfico. A literatura incluirá artigos e periódicos científicos, manuais do Ministério da Saúde do Brasil e legislação. Esses artigos serão pesquisados na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), nas bibliotecas virtuais SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Virtual Health Library) e Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz).

Critério de inclusão: texto completo incluído; disponível eletronicamente; publicado em português, inglês ou espanhol e publicado nos anos de 2019 a 2021.

Para a pesquisa de tais artigos serão utilizados os seguintes descritores controlados: “Aleitamento Materno”; “Saúde Materno-Infantil”; “Infecções por Coronavírus”; “COVID-19”; “SARS-CoV-2”. A busca será realizada pelo acesso on-line no mês de agosto de 2020. Após a leitura e fichamento da literatura disponível, procedeu-se à análise descritiva e de conteúdo, o que contribuiu para a reflexão sobre a tese. Os resultados serão apresentados por meio de uma discussão, apresentados seguindo a categoria temática presente no estudo, não sendo necessária a utilização de quadros.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica reflexiva, com a busca de dados nas bases científicas, o presente estudo dispensa o envio para o comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pandemia Por Covid-19

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. A transmissão acontece de uma pessoa doente para outra ou por contato próximo por meio de: toque do aperto de mão contaminadas; gotículas de saliva; espirro; tosse; catarro; objetos ou superfícies contaminadas (MS, 2021).

Os sintomas da COVID-19 podem variar de um resfriado, a uma Síndrome Gripal-SG (presença de um quadro respiratório agudo, caracterizado por, pelo menos dois dos seguintes sintomas: sensação febril ou febre associada a dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza) até uma pneumonia severa. Sendo os sintomas mais comuns: tosse; febre; coriza; dor de garganta; anosmia (perda de olfato); ageusia (alteração do paladar); distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos/diarreia); astenia (cansaço); hiporexia (diminuição do apetite); dispneia (MS, 2021).

A principal e mais efetiva medida de prevenção em todo o planeta é o isolamento social, que tem por objetivo a redução do surgimento de novos casos a partir da diminuição da

transmissão interpessoal a partir da tosse, espirro e o toque. No caso da COVID-19, esse isolamento ocorre em ambiente domiciliar, pública ou privada.

O distanciamento social visa estreitar a curva de contaminação do vírus, evitando a superlotação dos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

O diagnóstico da COVID-19 pode ser obtido por meio de critérios como o DIAGNÓSTICO CLÍNICO que é realizado pelo médico atendente, que deve avaliar a possibilidade da doença, principalmente, pela sintomatologia (sinais e sintomas) apresentada pelo paciente. O DIAGNÓSTICO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO que também é realizado pelo médico atendente no qual se considera casos de paciente com a associação dos sinais e sintomas supracitados ou SRAG mais histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica (MS, 2021).

Também é usado para detecção da COVID-19 o DIAGNÓSTICO CLÍNICO-IMAGEM em caso de sintomas respiratório mais febre ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar ou descartar por critério laboratorial e que apresente alterações tomográficas. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL caso o paciente apresente os sintomas respiratórios mais febre ou SRAG. O profissional de saúde poderá solicitar os seguintes exames laboratoriais: De biologia molecular (RT-PCR em tempo real); Imunológico (ELISA, teste rápido, ECLIA, Pesquisa de antígenos). DIAGNÓSTICO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO (pessoa sem sintomas) que realizou o exame de biologia molecular com resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real e o exame de imunológico com resultado REAGENTE para IgM e/ou IgA realizado pelos seguintes métodos ELISA) e teste rápido para detecção de anticorpos (MS, 2021).

O tratamento para o vírus SARS-CoV-2, é a terapêutica da sintomatologia do paciente, ainda não foi disponibilizado medicamentos para suprimir a doença em si. Além dos cuidados de prevenção, como uso de máscara para proteção das vias aéreas, distanciamento, higiene das mãos (álcool), etc., está sendo apresentado um novo meio de combater a patologia, que é a vacina, aprovada pelo OMS e sendo desenvolvida por diversos países, deve ser de grande ajuda na diminuição e erradicação da COVID-19, que está assolando o mundo com milhares de mortes e sofrimento.

Aleitamento materno no contexto de mães com COVID-19

A prática da amamentação configura-se como o mais importante fator capaz de estimular o vínculo entre mãe e filho, pois pode consolidar laços afetivos entre eles, e dessa forma fortalecer sentimentos mútuos de segurança e proteção (LIMA et al., 2018; BRAGA, 2020).

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança (KENNEDY, 2005).

Até o momento, não há constatação científica significativa publicada que estabeleça nexos causais entre a transmissão do SARS-CoV-2 e a amamentação. Parece improvável, portanto, que a doença seja transmitida por intermédio do leite materno, seja através da amamentação ou pela oferta do leite extraído por uma mãe que é confirmada/suspeita de ter COVID-19. É claro que os benefícios do aleitamento materno são superiores aos potenciais riscos de contaminação, e nos casos confirmados de infecção por COVID-19 em crianças, a maioria apresentou uma forma leve da doença ou foi assintomática (MS, 2020).

As recomendações atuais, quanto às práticas de aleitamento materno, para mãe confirmada com COVID-19 são (1) bebê em isolamento, separado temporariamente da mãe; o leite materno deve ser extraído, para a oferta ao bebê por um cuidador saudável, e todos os cuidados higiênicos devem ser preconizados, como cabelos presos, uso de máscara, mãos lavadas antes e após o contato com o bebê; (2) mãe-filho em alojamento conjunto; se a mãe desejar amamentar seu bebê, deverá praticar todos os cuidados higiênicos necessários antes de cada mamada (CDC, 2020).

Durante a amamentação, a mãe confirmada/suspeita ou com contatos domiciliares que apresentem quadro gripal deve implementar medidas de higiene adequadas, incluindo a higienização das mãos com água e sabão por pelo menos 20 segundos antes e depois de tocar o bebê; usar máscara facial de pano ou cirúrgica (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação; a máscara deve ser imediatamente trocada em caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada (MS, 2020).

Para meios de complementação a essa situação, o ministério da saúde também lançou Fluxo de Decisão para Amamentação no contexto da COVID-19, um material esquemático que apresenta os meios para uma amamentação segura e a participação de família e acompanhantes para um processo puerperal agradável para gestante e bebê (Figura 1).

A mãe e caso suspeito ou confirmado de COVID-19?

- NÃO** → **NA MATERNIDADE:** Inicie o contato pele a pele e amamentação somente após os cuidados de higiene e medidas de prevenção de contaminação do recém-nascido, como limpeza da parturiente (banho no leito), troca de máscara, touca, camisola e lençóis, tiverem sido adotados. O recém-nascido pode ser secado com o cordão intacto, não sendo necessário banho.
- SIM** → **A mãe está bem o suficiente para amamentar?**

A mãe está bem o suficiente para amamentar?

- NÃO** → **NO ALCOM E EM CASA:** a mãe deve higienizar as mãos com água e sabão ou álcool em gel 70% e utilizar máscara.
- SIM** → **A mãe é capaz de retirar o seu leite, inclusive com ajuda?**

A mãe é capaz de retirar o seu leite, inclusive com ajuda?

- NÃO** → **Alimente o bebê/criança com o leite materno retirado** → **Reverta para amamentação direta da mãe assim que possível** → ***APOIE A MÃE A AMAMENTAR:**
 - Para recém-nascidos, inicie o contato pele a pele imediato e amamentação na primeira hora de vida;
 - Para crianças menores de 6 meses, apoie o aleitamento materno exclusivo;
 - Para crianças maiores de 6 meses, continue o aleitamento materno com alimentação complementar adequada e saudável.
- SIM** → **Para alimentar a criança siga as orientações do Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos do Ministério da Saúde** → **A mãe está disposta a amamentar após a recuperação?**

A mãe está disposta a amamentar após a recuperação?

- NÃO** → **Ajude a mãe na relação quando estiver clinicamente bem** → ***NÃO SEPERE MÃE E BEBÊ**
- SIM** → ***ACONSELHE A MÃE A:**
 - Lavar as mãos com frequência por 20 segundos com água e sabão ou usar álcool gel 70% antes de tocar no bebê
 - Limpar e desinfetar regularmente superfícies que tocar.

Diante o exposto, essa situação atípica de pandemia de COVID-19 e de isolamento

Na pesquisa, foi permitido verificar que a investigação está em curso e que os dados ainda são limitados, mas que até ao momento o vírus não foi encontrado em amostras do líquido amniótico ou do leite materno, então, a OMS declara que mulheres com COVID-19 podem amamentar se assim o desejarem. Aconselha que usem máscara durante a alimentação, lavem as mãos antes e depois de tocarem no bebê e limpem e desinfetem, com frequência, as superfícies com que contactam.

para amamentar ou expressar o leite materno, deve-se explorar a possibilidade de relactação e leite humano doado, tendo em conta o contexto cultural, aceitação pela mãe e disponibilidade do serviço.

A doença COVID 19 é emergente e eclode de forma rápida, e seu conhecimento científico também está em constante evolução. No entanto, como o vírus não foi encontrado em amostras de leite materno, a OMS recomenda que mães com COVID-19 amamentem. É importante estar ciente das atualizações contínuas da OMS na promoção das melhores práticas na área da amamentação.

REFERÊNCIAS

- BIACCHI GOMES, E. et al. Covid-19 e a Atuação da Organização Mundial da Saúde. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, p. 11-15, jun. 2020.
- BRAGA, S. Os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil. *Brazilian Journal of Development*, n.6, v.9, p.70250-70261. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus: sobre a doença. 2020.
- CDC (Centers for disease control and Prevention). Interim Considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings. fev. 2020.
- CHEN, T. et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *bmj*, v.368. 2020.
- DONG, Y. et al. Epidemiological characteristics of 2,143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *J Emerg Med. Pediatrics*, n.58, v.4, p.712–713, abr. 2020.
- FREITAS, B. H. B. M. D.; ALVES, M. D. D. S. M.; GAÍVA, M. A. M. Medidas de prevenção e controle de infecção neonatal por COVID-19: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n.73, p. 1-10, mai. 2020.
- KENNEDY, G. E. From the ape's dilemma to the wealing's dilemma: early weaning and its evolutionary context. *J. Hum. Evol.*, v.48, p.123-145. 2005.
- LIMA, A.P.C.; NASCIMENTO D.S.; MARTINS, M.M.F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *J Health Biol Sci.*, n.6, v.2, p.189- 196. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coronavírus: sobre a doença.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines [Internet]. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination [Internet]. 2020.

PAZ, M. M. S. et al. Barreiras impostas na relação entre puérperas e recém-nascidos no cenário da pandemia do COVID-19. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, n.21, p.233-236, fev. 2020.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Geral da Saúde (DGS). Orientação: Infecção por SARS-CoV-2: Procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas. 2020.

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Elizian Braga Rodrigues Bernardo - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Lara Leite de Oliveira - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Francisco Mayron Moraes Soares - - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Igor Cordeiro Mendes - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Nagyla Lays Conceição Cruz - - Graduada em Enfermagem. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

INTRODUÇÃO

O Pré-natal é considerado um cuidado indispensável para assegurar o desenvolvimento de uma gravidez saudável. No Brasil a cobertura pré-natal tem aumentado nos últimos anos, tornando quase universal com quase 100% de cobertura, configurando-se assim uma das intervenções mais comuns no território nacional (VIELLAS et al., 2012).

Mesmo com o aumento da cobertura pré-natal, o Brasil ainda produz resultados alarmantes nos índices de morbimortalidade materna. De acordo com a OMS, em 2013, o número de mulheres mortas por complicações na gestação ou no parto no país foi de 69 para cada 100 mil nascidos vivos. Esses resultados distancia o país do cumprimento do 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) traçada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que preconiza a redução de 75% das taxas de mortalidade materna para 2015 (WHO, 2014).

Estudos nacionais e internacionais demonstram que esses resultados negativos estão associados às iniquidades sociais, econômicas, demográficas e comportamentos de risco (FISCELLA, 1995; NOVICK, 2004; HEAMAN; GUPTON; MOFFATT, 2005; RIBEIRO et al., 2009). Por outro lado, há um consenso que os níveis de saúde das mães e dos conceptos estão estreitamente interligados com a qualidade da assistência pré-natal, assim a realização de um pré-natal adequado se correlaciona significativamente com a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal (HOLLOWELL et al., 2011; ROCHA; SILVA, 2012; GRAHAM; VARGHESE, 2012).

Com o intuito de melhorar esses resultados, o governo federal vem investindo esforços constantes. Em 2000, implementou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no qual tinha como proposta reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Para tanto, priorizou medidas para melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Estabelecer um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o ciclo gravídico puerperal, que norteasse a prática assistencial foi, sem dúvidas, uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). Entretanto, alguns estudos apontam que o cumprimento dessas ações mínimas ainda se mostra insatisfatório para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do país (COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012).

Diante dessa realidade, desde 2011, o Ministério da Saúde (MS) vem implementando a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN. Esta estratégia propõe a construção de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com vistas a otimização da qualidade da assistência (BRASIL, 2011). Com isso, percebe-se a relevância da avaliação dos serviços de saúde a fim de auxiliar no planejamento, organização, coordenação e controle das atividades desenvolvidas. Dessa forma é fundamental conhecer os principais indicadores utilizados na avaliação da qualidade pré-natal.

Assim, o objetivo desse estudo é fornecer uma síntese dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal utilizada nos estudos avaliativos disponíveis na literatura nacional e internacional.

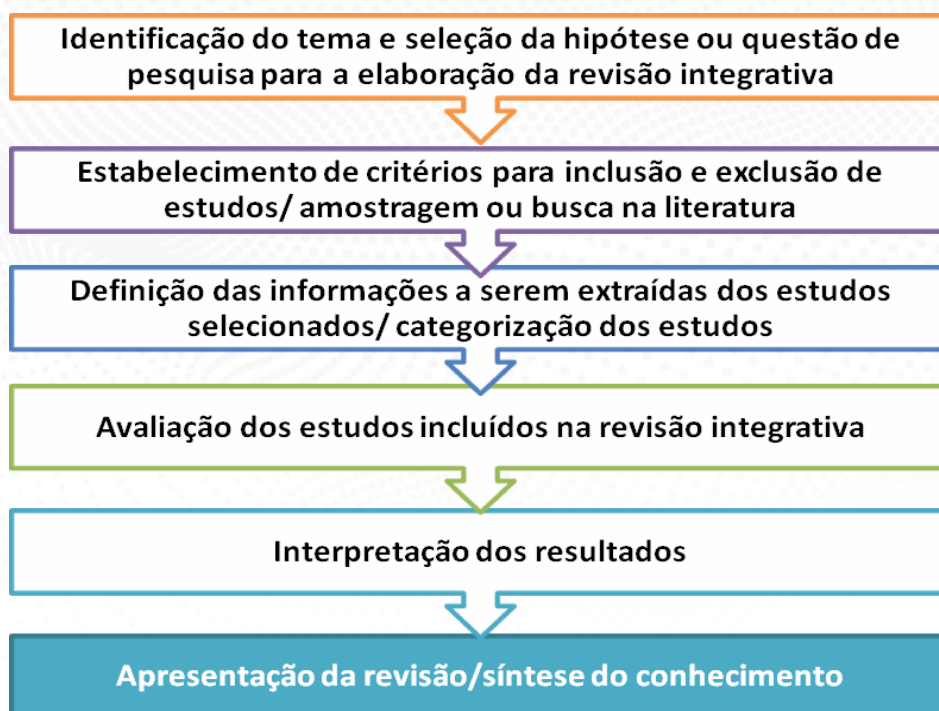
METODOLOGIA

Revisão Integrativa da Literatura permite reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema, de uma forma sistemática e ordenada, possibilitando realizar uma compreensão mais detalhada de um problema específico (COOPER, 2010; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Esse tipo de estudo possibilita a fundamentação e incorporação de evidências no cuidado e ou prática clínica, além de identificar lacunas no conhecimento para novos estudos na área da enfermagem de maneira organizada e sistematizada.

As etapas adotadas na presente revisão basearam-se nas recomendações de Whittemore (2005), disposto no fluxograma a seguir:

Figura 1 - Etapas para realização da revisão de literatura.



Fonte: WHITTEMORE, 2005.

A identificação do tema consiste na elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores e dos critérios para inclusão/exclusão de artigos. Sendo assim, a pergunta definida para este estudo foi: Quais os indicadores de avaliação da qualidade da assistência pré-natal?

Este estudo adota os seguintes critérios de inclusão de publicações: apresentar informações relativas à avaliação da assistência pré-natal, estar disponível eletronicamente, ser classificado como artigo original ou revisão, estar divulgado em inglês, espanhol e/ou português e publicações completas.

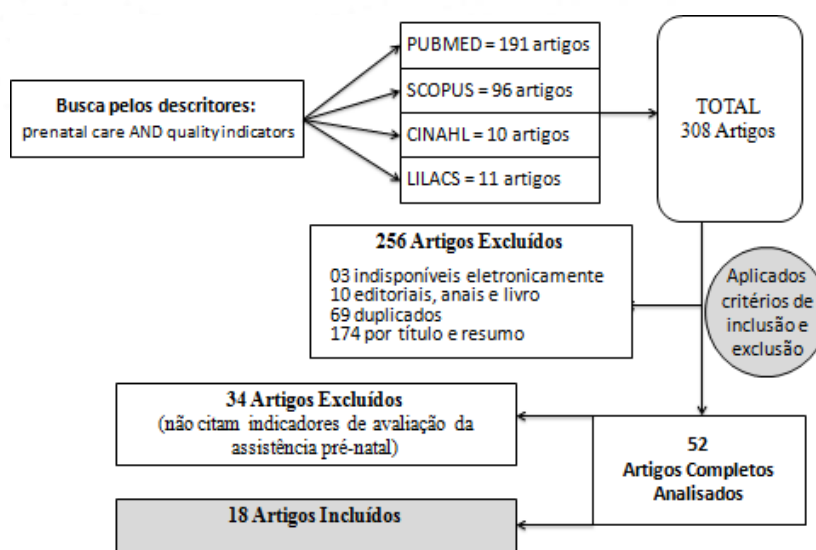
Para selecionar os estudos, foram utilizados os sistemas de bases de dados importantes no contexto da saúde. Por meio do acesso *online* aos periódicos CAPES, serão utilizadas nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Public/Publish Medline), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e SCOPUS. O levantamento dos artigos ocorreu em março de 2015.

Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência, *guidelines*, bem como estudos que não abordem temática relevante ao objetivo da revisão.

A terminologia em saúde utilizada foi consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), pelos quais se identificou os seguintes descritores controlados: “Prenatal care” e “quality indicators”. Utilizou-se o operador booleano AND entre os descritores, a fim de restringir a busca para aqueles artigos relacionados à questão norteadora do estudo.

Os artigos foram selecionados a partir da adequação dos mesmos quanto aos critérios de inclusão e exclusão, bem como se observando sua relevância científica e sua relação com a temática em estudo. Foram mencionados os principais motivos pelos quais os artigos foram excluídos dessa pesquisa. O percurso metodológico da busca dos artigos nas bases de dados encontra-se disposto no fluxograma abaixo:

Figura 2 – Fluxograma do percurso metodológico da busca dos artigos nas bases de dados.



Fonte: BERNARDO, 2019.

Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento adaptado (URSI, 2005). Os dados foram: Identificação da publicação (título, autores, local, tipo de publicação, idioma); Instituição sede do estudo (hospital universitário, centros de pesquisa, pesquisa multicêntrica); Tipo de revista científica (publicações em enfermagem geral, enfermagem em saúde da mulher, saúde coletiva, publicação médica, ou outras áreas da saúde); Delineamento metodológico do estudo (objetivo, amostra, critérios de inclusão e exclusão, tratamento dos dados, resultados evidenciados, conclusões). Após análise minuciosa, selecionou-se 18 artigos que contemplavam os critérios de inclusão.

A avaliação desses estudos consistiu na análise dos dados extraídos. Foi realizada a categorização, organização e sumarização dos dados em quadros.

A análise dos dados referentes aos indicadores de avaliação da assistência pré-natal encontra-se disposto em três categorias. Para a categorização o presente estudo adotou o referencial proposto por Avedis Donabedian. Ele descreve os enfoques que devem ser considerados numa avaliação da qualidade dos serviços de saúde, afirmando que independentemente da amplitude da definição de qualidade, existe um tripé de componentes para avaliá-la, que é composto por estrutura, processo e resultados.

Os indicadores de estrutura fazem menção a todos os atributos, materiais e organizacionais, que são relativamente estáveis no setor que proporciona a assistência. Já os de processo incluem todas as atividades prestadas na assistência, a competência profissional no tratamento do problema, assim como a habilidade com que exercem tal assistência. Neste rol também se inclui o que os pacientes fazem por si mesmos. Os de resultado fazem referência ao que se obtém para o paciente, seja nas mudanças do conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado, ou na satisfação do paciente e do profissional (DONABEDIAN, 2003).

A discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo deste método. A apresentação da presente revisão contemplou informações sobre cada artigo revisado, a pertinência dos procedimentos empregados, bem como seus aspectos relativos ao tema abordado. Os artigos foram organizados por ano de publicação e fixados aos formulários correspondentes. A análise dos dados exigiu tradução, leitura e releitura dos artigos. Foram extraídos os principais dados com a utilização do instrumento supracitado. Além disso, foram construídos quadros contendo informações detalhadas de cada artigo, facilitando análise posterior, com o auxílio da literatura pertinente.

A abordagem foi desenvolvida de forma sistemática a fim de analisar criticamente diversas fontes, minimizando imprecisão e vieses.

RESULTADOS

A discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo deste método. A apresentação da presente revisão contemplou informações sobre cada artigo revisado, a pertinência dos procedimentos empregados, bem como seus aspectos relativos ao tema abordado. A análise

dos dados exigiu tradução, leitura e releitura dos artigos. Foram extraídos os principais dados com a utilização do instrumento supracitado. Além disso, foram construído quadro contendo informações detalhadas de cada artigo, facilitando análise posterior, com o auxílio da literatura pertinente.

Na Tabela 1, encontram-se dispostos os dados referentes aos artigos analisados, incluindo os autores, ano e revista de publicação, tipo de estudo e fonte de informação, local do estudo e indicadores avaliados.

Tabela 1: Distribuição dos artigos incluídos na Revisão Integrativa. Fortaleza, Ceará, 2016

Autor (ano) Revista de publicação	Tipo de Estudo/ Fonte de informação	Local do estudo	Indicadores Avaliados
Dias-da-Costa <i>et al.</i> 2000 Revista de Saúde Pública	Estudo Transversal / Cartão da gestante	Pelotas /RS Brasil	PROCESSO
Puccini <i>et al.</i> 2003 Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal / Entrevista a mães de crianças menores de 1 ano (Questionário)	Embu/SP Brasil	PROCESSO
Almeida; Barros, 2005 Revista Panamericana de Salud Publica	Estudo Transversal / Entrevista a puérperas.	Campinas/SP Brasil	PROCESSO RESULTADO
Nagahama; Santiago, 2006 Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal Prontuário hospitalar da puérpera	Maringá/PR Brasil	PROCESSO
Passos e Moura, 2008 Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal SISPRENATAL	Fortaleza/ CE Brasil	PROCESSO
Ximenes Neto <i>et al.</i> 2008 Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)	Estudo Transversal Entrevista com os profissionais e observação não-participante.	Sobral/CE Brasil	ESTRUTURA PROCESSO RESULTADO
Grangeiro <i>et al.</i> 2008 Revista da Escola de Enfermagem da USP (REUSP)	Estudo Transversal / SISPRENATAL	Quixadá/CE Brasil	PROCESSO
Gonçalves <i>et al.</i> , 2008 Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)	Estudo Transversal / Prontuário de acompanhamento pré-natal	Mogi das Cruzes/SP Brasil	PROCESSO RESULTADO
Lu <i>et al.</i> 2011 Asia-Pacific Journal of Public Health	Estudo Transversal / Sistema de Informação do acompanhamento pré-natal	Shanghai China	PROCESSO

Andreucci <i>et al.</i> 2011 Revista de Saúde Pública	Estudo transversal Cartão da gestante e SISPRENATAL	São Carlos/SP	PROCESSO
Tran <i>et al.</i> 2012 BMC Health Service Research.	Estudo de coorte prospectiva / Entrevista as gestantes	Hanoi/ Vietnam	ESTRUTURA PROCESSO
Kyei <i>et al.</i> 2012 BMC Pregnancy and Childbirth	Estudo transversal / Dados do sistema de informação	Zambia/ Africa	ESTRUTURA PROCESSO
Anversa <i>et al.</i> 2012 Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal / Entrevista a puérpera, cartão da gestante e prontuário da maternidade	Santa Maria/RS Brasil	PROCESSO
Oliveira <i>et al.</i> 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo transversal / Entrevista com coordenadores, observação nas unidades de saúde e análise de prontuários de gestantes.	Botucatu/SP Brasil	ESTRUTURA PROCESSO
Zanchi <i>et al.</i> 2013 Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal / Entrevista a puérperas e análise do cartão da gestante.	Rio Grande/RS Brasil	PROCESSO
Silva <i>et al.</i> 2013 Revista Panamericana de Salud Publica	Estudo Transversal Entrevista a puérpera, coleta no cartão da gestante e cartão da criança.	João Pessoa/PB Brasil	ESTRUTURA PROCESSO RESULTADO
Viellas, <i>et al.</i> 2014 Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal/ Entrevista a puérperas e análise do cartão da gestante.	Multicêntrico Brasil	ESTRUTURA PROCESSO
Corrêa <i>et al.</i> 2014 Revista da Escola Enfermagem da USP (REUSP)	Estudo Transversal Ficha de pré-natal, SISPRENATAL e folha de evolução utilizada na UBS.	Capão Redondo/ SP Brasil	PROCESSO RESULTADO

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os artigos incluídos nesse estudo datavam de 2000 a 2014. A maioria dos artigos foi publicada até 2011, 10 (55,5%) e em 2008, obteve-se o maior número dos artigos publicados, quatro (22,2%).

Observa-se que as produções dos artigos incluídos, foram publicados em periódicos científicos com Qualis A1, A2 e B1. As publicações se concentraram nos periódicos de Qualis

A1 com 50% (n=9) e A2 com 44,4% (n=8) dos artigos. A maioria dos artigos, 17 (94,4%) publicações, apresentava corte transversal.

Quanto às diferentes fontes de informação utilizadas pelos pesquisadores para avaliar a qualidade da assistência PN, verificou-se que 14 (77,7%) utilizaram fontes secundárias como alternativa à coleta dos dados, como cartão da gestante, prontuário e sistema de informação, associados ou não a outras fontes de coleta. Observou-se que nove (55,5%) artigos utilizaram apenas uma fonte de informação: entrevista a mães (PUCCINI et al., 2003; ALMEIDA; BARROS, 2005), à gestante (TRAN et al., 2012), coleta em prontuários de acompanhamento PN (GONÇALVES et al., 2008), prontuário hospitalar da puérpera (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006), sistema de informação de acompanhamento PN (LU et al. 2011; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008) e cartão da gestante (COSTA et al, 2000). Ademais, outras fontes de coletas foram utilizadas, como: observação não participante e entrevista aos profissionais (OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008), entrevista à puérpera (ZANCHI et al., 2013; SILVA et al., 2013; ANVERSA et al., 2012). Ressalta-se a importância da utilização de mais de uma fonte de informação, possibilitando assim, maior congruência das informações coletadas, minimizando possíveis ausências de registros.

Na revisão, 15 (83,3%) eram produções nacionais, das quais seis (33,3%) eram provenientes da região Sudeste, quatro (22,2%) da região Sul e quatro (22,2%) da região Nordeste e um (5,5%) multicêntrico. As demais produções, três (16,6%) se tratavam de estudos internacionais, um da África do Sul, um da China e um do Vietnã.

Dentre os indicadores de qualidade da assistência PN, tanto nas produções nacionais como internacionais, prevaleceu a utilização dos indicadores de processo, sendo estes indicadores avaliados em todos os estudos. Os indicadores de estrutura e os de resultados foram abordados em seis (33,3%) estudos. Dos 18 artigos analisados, apenas dois (11,1%) avaliaram os três indicadores.

Assim, observa-se que ao longo dos anos tem-se voltado o olhar para a avaliação da qualidade da assistência PN, fato que evidencia a relevância da temática para subsidiar as políticas formuladas e direcionadas a assistência.

É sabido que a qualidade PN influencia nos índices de morbimortalidade materna e infantil. Dessa forma, entende-se que estudos avaliativos constituem ferramentas importantes dentro do cenário da saúde, tanto local, nacional e internacional.

Dos 18 estudos, 11 deles avaliaram a adequabilidade da assistência pré-natal considerando apenas os indicadores do PHPN (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; PUCCINI et al., 2003; ALMEIDA; BARROS, 2005; GONÇALVES et al., 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; SILVA et al., 2013; CORRÊA et al., 2014) e um deles avaliaram tanto os indicadores do PHPN como os da Estratégia Rede Cegonha (VIELLAS et al., 2012).

Autores defendem que os indicadores de processo do PHPN permitem avaliações quantitativas (e indiretamente qualitativas) do seguimento da gestação. Contudo, afirmam que esses indicadores de processo por si só não avaliam a qualidade do cuidado pré-natal, sendo necessário considerar os demais parâmetros (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

DISCUSSÃO

Os resultados foram discutidos conforme tríade adotada, elencando os indicadores de avaliação da assistência pré-natal com base na tríade proposta por Donabedian: indicadores de avaliação da estrutura, processo e resultado.

Indicadores de avaliação da Estrutura

Na avaliação da estrutura, o serviço ofertar o dia e o horário específico para as consultas, sala de espera com cadeira, sala específica e individualizada para consulta, cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos, banheiro, sistema para regular a temperatura do consultório, sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde, mesa e cadeiras para entrevista, mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança antropométrica adulto, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, sonar Doppler, fita métrica flexível e inelástica, gestograma ou disco obstétrico, Nomograma, álcool 70% com algodão, papel toalha, gel para sonar, água para lavagem das mãos, sabão para lavagem das mãos, material para coleta de exame colpocitológico, apoio laboratorial, impressos, medicamentos e educação em saúde. Para cada variável foram apontados conceitos de: adequado, inadequado ou inexistente, de acordo com as normas do MS (XIMENES et al., 2008).

Utilizando um instrumento próprio de avaliação da assistência pré-natal por meio de indicadores de estrutura, estudo considerou ótimo se o serviço ofertar no mínimo três dias de consultas pré-natais por semana, três testes de triagem (Hemograma completo, VDRL, HIV),

cinco intervenções no PN (verificação do peso, pressão arterial, altura uterina, suplementação de ferro, imunização antitetânica, malária e plano de parto), três ou mais profissionais qualificados no quadro de funcionários do serviço e um sistema de referência em caso de agravos a saúde. Considerou adequado: ao menos um dia de assistência PN na semana, realizando pelo menos um teste de triagem, pelo menos três intervenções, mínimo de um profissional qualificado no quadro de funcionários. Inadequado: nas demais situações (KYEI et al., 2012).

O estudo que avaliou a qualidade do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária comparou o modelo tradicional de atenção à saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e caracterizou a estrutura disponível para atenção pré-natal. Consideraram-se indicadores relativos aos recursos humanos: formação dos profissionais, capacitações realizadas na área e participação/frequência em grupos de gestantes; recursos físicos: salas para atendimento individual ou em grupo; recursos materiais e equipamentos: disponibilidade de cartão PN e de instrumento para registro da história clínica e de identificação de risco, mobiliário, medicamentos essenciais, protocolos assistenciais e material básico (lençol, balança para peso e altura, estetoscópio, esfigmomanômetro, *sonar doppler*, fita métrica e material para coleta de colpocitologia oncótica) (OLIVEIRA et al., 2013).

Já outro estudo classificou o pré-natal adequado quanto à estrutura quando o serviço apresenta: instalação em prédio construído para o fim específico (sem adaptação de outras construções), identificação explícita dos dias e horários de PN, apoio para exames laboratoriais (no local ou de referência), equipamentos, recursos materiais (higiênico-sanitários e para gestão da informação) e medicamentos/suplementos importantes para o pré-natal segundo recomendações do PHPN (BRASIL, 2002; SILVA et al., 2013).

Percebe-se que os autores utilizam critérios diferentes para avaliar a estrutura, entretanto abordam em comum as questões referentes à estrutura física (XIMENES et al., 2008; SILVA et al., 2013), agendamento (XIMENES et al., 2008; SILVA et al., 2013; KYEI et al., 2012) equipamentos e insumos para semiotécnica (OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; SILVA et al., 2013), recursos humanos (OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2013; KYEI et al., 2012), apoio laboratorial e medicamentos (OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; SILVA et al., 2013; KYEI et al., 2012), impressos (OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; SILVA et al., 2013), protocolos (OLIVEIRA et al., 2013), sistema de referência e contra-referência (SILVA et al., 2013; KYEI et al., 2012) e atividade educativa (OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008).

Assim, percebe-se que na avaliação de estrutura deve-se atentar para o cumprimento mínimo dos componentes que representam ferramentas essenciais para a garantia da atenção PN de qualidade, pois oferecem suporte para a realização das atividades preconizadas pelas diretrizes de saúde.

Indicadores de avaliação do Processo

A avaliação do processo foi realizada em todos os estudos investigados. A avaliação desse indicador se configura como um importante instrumento para organização da assistência e o mais indicado para avaliar os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1991).

Observa-se que os autores utilizam critérios diferentes para avaliar a adequabilidade do processo. Avaliando a assistência pré-natal de gestantes inscritas em uma unidade de saúde de Pelotas (RS), utilizando instrumento próprio com base nas recomendações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984) e consideraram a assistência pré-natal adequada quando a gestante havia iniciado o pré-natal até o quarto mês de gestação e realizado no mínimo cinco consultas (DIAS-DA-COSTA et al., 2000).

Estudo transversal com o objetivo de avaliar a assistência PN e o parto de 475 mães de crianças menores de um ano residentes no Município do Embu/SP, e consideraram o PN adequado quando iniciado no primeiro trimestre e foram realizadas seis ou mais consultas. Este considerou importante, embora não tenha usado como critério de adequabilidade pré-natal, a realização de exames laboratoriais, aferição de pressão arterial (em uma ou mais consultas), exame das mamas (em uma ou mais consultas) e realização de pelo menos uma ultrassonografia (PUCCINI et al., 2003).

Dois estudos avaliaram o processo considerando o início do PN antes de 14 semanas, realização de seis ou mais consultas para uma gestação de 37 semanas ou mais, cinco consultas para uma gestação com 32 a 36 semanas e quatro consultas para uma gestação com 22 a 32 semanas, realização de todos os exames de rotina propostos, realização de pelo menos cinco procedimentos clínico-obstétricos em todas as consultas tais como: peso e altura, verificação da pressão arterial, inspeção da pele e das mucosas, palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar, ausculta cardiopulmonar, exame do abdômen, exame dos membros inferiores, pesquisa de edema, palpação obstétrica: identificação da situação e apresentação fetal, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, orientação sobre amamentação e realização de pelo menos uma ultrassonografia. A atenção pré-

natal foi considerada como adequada superior quando todas as recomendações foram satisfeitas; adequada com o cumprimento de cinco recomendações; intermediária na presença de quatro; e inadequada quando três ou menos recomendações foram satisfeitas (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

Estudos que objetivaram analisar os indicadores de processo do Sistema de Informação do pré-natal (SISPRENATAL) consideraram adequado ter realizado a primeira consulta até o 4º mês de gestação, seis consultas de pré-natal, exames laboratoriais, consulta de puerpério e imunização antitetânica, no mínimo duas doses, durante o PN (GONÇALVES et al., 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008).

Estudo que avaliou os indicadores do processo da assistência PN em 14 unidades do município de Sobral-CE, considerando adequado quando a gestante iniciou o PN até o 4º mês de gestação, realizou seis ou mais consultas, ABO/Rh, Hemoglobina/Hematócrito e oferta de testagem anti-HIV na primeira consulta, VDRL, sumário de urina e glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação, imunização antitetânica, participou de atividades educativas, classificação de risco na primeira consulta e nas consultas subsequentes, sistema de referência e contra referência e uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento (XIMENES et al., 2008).

Estudo de corte transversal, considerando os requisitos mínimos do PHPN para avaliação do processo, considerando o início do PN até 17 semanas ou 120 dias, seis ou mais consultas PN, consulta puerperal, todos os exames básicos (Hemoglobina e Hematócrito, Glicemia em Jejum, Tipagem Sanguínea, VDRL, HBsAg, Sumário de Urina I, teste de HIV e imunização contra o tétano) (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Estudo realizado na China avaliaram a assistência PN quanto ao processo usando um instrumento com 14 indicadores de qualidade da assistência PN, considerando que a gestante deve iniciar PN no 1º trimestre da gravidez com até 12 semanas e realizar no mínimo cinco consultas. Avaliam ainda durante o primeiro, segundo e terceiro trimestre cinco indicadores clínicos: pressão arterial, peso, situação fetal, altura uterina e batimento cardíaco fetal, além destes no primeiro trimestre é solicitado o exame colpocitológico (avaliar presença de leucorreia), sorologia para hepatite B e função hepática, no segundo trimestre é solicitado ultrassonografia e no segundo e terceiro trimestre proteinúria (LU et al., 2011).

No Brasil, salvo indicação médica, não é realizado, a avaliação hepática e a proteinúria, não sendo considerado um exame de rotina na realidade brasileira. Os exames laboratoriais também diferem em sua repetição, uma vez que lhes são cobradas, na realidade

brasileira, que sejam realizados no primeiro com repetição de alguns exames no terceiro trimestre.

Ao avaliar as diferenças na qualidade do pré-natal ofertado nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e unidades de Estratégia Saúde da Família de um município no Sul do Brasil, estudo (ANVERSA et al., 2012) considerou para a qualidade da assistência pré-natal quatro níveis de qualidade, quais sejam:

Nível 1: referia-se ao número de consultas e início do pré-natal, sendo adequada o registro de seis ou mais consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas; inadequada quando registrado o início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas e; intermediária nas demais situações.

Nível 2: número de consultas, início do pré-natal e procedimentos clínicos obstétricos (nível 1+ nível 2). Considerou adequada, além do nível I, cinco ou mais registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, idade gestacional, registros da altura uterina, e quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais e movimentos fetais); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas de gestação, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíofetais e movimentos fetais); intermediária (nas demais situações).

Nível 3: nível 1 e exames laboratoriais preconizados pelo PHPN, sendo adequada, quando contemplava o nível 1 e um registro dos exames: tipagem sanguínea e fator Rh (ABO/Rh), hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), exame de sífilis (VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: VDRL, glicemia de jejum, teste anti-HIV, além de um exame HBsAg (antígeno de superfície do vírus da hepatite B); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do PN após 28 semanas ou menos de três consultas e nenhum registro dos exames); intermediária (em todas as demais situações).

Nível 4: soma dos níveis 1, 2 e 3, considerado adequado quando contemplava os parâmetros dos níveis 1 e 2 supracitados e pelo menos um exame na primeira consulta de ABO/Rh, Ht/Hb, VDRL, glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose e na 30ª semana de gestação realizar um exame de HBsAg e repetição do VDRL, glicemia de jejum, teste anti-HIV; inadequada quando no cartão da gestante estava registrado o início PN após 28 semanas, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão

arterial, peso, batimentos cardíofetais, movimentos fetais e nenhum registro dos exames e; intermediário, nas demais situações.

Estudo transversal que tinha como objetivo avaliar a concordância entre os dados do pré-natal da memória materna e do cartão da gestante no Município do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Avaliou a adequação da assistência PN por três índices: índice Kessner, índice de Silveira e índice do PHNP. Com base no índice proposto por Kessner modificado por Takeda (1993), descreveu o pré-natal como adequado quando inicia no primeiro trimestre da gestação e tem seis ou mais consultas. O índice de Silveira (SILVEIRA et al., 2001), considera o PN adequado quando inicia no primeiro trimestre, seis ou mais consultas e a realização de, no mínimo, dois exames qualitativos de urina, hemoglobina e sorologia para sífilis (VDRL), e o índice do PHNP define como PN adequado o início no primeiro trimestre, seis ou mais consultas, a realização de procedimentos clínico-obstétricos (peso, aferição da pressão sanguínea arterial, medida da altura uterina, exame de mamas e ginecológico), dois exames qualitativos de urina, hemoglobina, glicemia, VDRL e anti-HIV e vacinação antitetânica (ZANCHI et al., 2013).

O estudo realizado em Hanoi no Vietnã, segue as recomendações adotadas pelo governo vietnamita, o qual orienta no mínimo 3 consultas pré-natais para gestação de baixo risco, sendo realizada uma consulta em cada trimestre. Além disso, recomenda o início do PN no 1º trimestre de gestação, além do exame físico e obstétrico, exames laboratoriais, imunização antitetânica, suplementação de ferro e ácido fólico, profilaxia para malária e realização do pré-natal com profissional qualificado. Ao cumprimento dessas recomendações se qualifica como pré-natal adequado. Vale ressaltar que ultrassonografia, segundo estes autores, não é uma recomendação oficial, portanto, não é ofertada na assistência pré-natal, embora esta possa ser realizada em clínicas e hospitais particulares (TRAN et al., 2012).

Ao avaliar a assistência pré-natal na cidade de Zâmbia/África consideraram o processo adequado quando a gestante havia realizado no mínimo quatro consultas com um profissional qualificado, recebeu pelo menos oito intervenções pré-natais, como: verificação do peso e altura, aferição da pressão arterial, ter fornecido amostra de sangue e urina, suplementação de ferro, droga antimalárica, o plano de preparação para o parto, tratamento previsto para as parasitoses intestinais e vacinação antitetânica. Considerou-se adequação moderada quando a gestante realizou quatro consultas com um profissional qualificado e cinco a sete intervenções pré-natais (KYEI et al., 2012).

Outro estudo considerou adequado na avaliação do processo à cobertura da população de gestantes acompanhadas e gestantes que cumpriram as metas propostas pelo PHPN acima de 90%, como início do pré-natal até 12ª semana gestacional, seis ou mais consultas, multidisciplinaridade nas consultas (com mais de um profissional de nível superior, além do médico e enfermeiro), realização dos procedimentos clínico-obstétricos (peso, altura, pressão arterial, cálculo da idade gestacional, aferição da altura uterina, apresentação fetal e edema) realização de pelo menos uma atividade de educação em saúde e apresentar no mínimo um indicador que avaliasse internamente a atenção ao pré-natal no serviço (SILVA et al., 2013).

Estudo desenvolvido na cidade de Botucatu-SP, com 1082 grávidas considerou o início do pré-natal até 17 semanas; mínimo de seis consultas (uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre); medida da altura uterina; realização do conjunto de exames preconizados para o primeiro trimestre (tipagem sanguínea, sorologias para toxoplasmose, HIV, sífilis e hepatite B, parasitológico de fezes, hemograma, urina simples ou urocultura e glicemia de jejum) e de terceiro trimestre (sorologia para sífilis, HIV e para toxoplasmose e hepatite B se necessário, urina simples ou urocultura e glicemia de jejum); coleta de colpocitologia oncótica; vacinação antitetânica e realização de grupo de gestantes (OLIVEIRA et al., 2013).

Já estudo que tinha como objetivo analisar a assistência pré-natal quanto ao processo oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados classificaram o pré-natal adequado quando a gestante iniciava até 16 semanas, no mínimo seis consultas no pré-natal e a realização da consulta puerperal (VIELLAS et al., 2012).

Ao analisar a assistência pré-natal de uma unidade com Estratégia Saúde da Família do Município de São Paulo, conforme os indicadores do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) adotaram em seus critérios os seguintes indicadores de avaliação do processo: início do pré-natal até 16 semanas, número mínimo de seis consultas, pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, consulta puerperal, exames básicos – tipagem sanguínea (ABO/Rh) na primeira consulta, sífilis (VDRL) na primeira consulta e 30ª semana, e anti-HIV na primeira consulta, Hb/Ht na primeira consulta, glicemia na primeira consulta e 30ª semana, exame de urina (EAS – Elementos Anormais do Sedimento) na primeira consulta e 30ª semana, dose imunizante da vacina antitetânica. Para classificar o PN (adequado e inadequado) considerou o atendimento a três indicadores do PHPN: início até 16 semanas, mínimo de seis consultas no PN e realização de consulta puerperal (CORRÊA et al., 2014).

Assim, percebe-se que a maioria dos estudos classifica a adequabilidade do PN com base na idade de início e no número de consultas, porém diferem quanto a idade gestacional nesse período, tendo: até a 12ª semana (LU et al., 2011; SILVA et al., 2013), até a 14ª semana ((ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006), até a 16ª semanas(VIELLAS et al.,2012; GONÇALVES et al., 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008; DIAS-DA-COSTA et al., 2000; XIMENES et al., 2008; CORRÊA et al., 2014; KYEI et al., 2012), até a 17ª semanas11,29, até a 20ª semana (ANVERSA et al., 2012). Os demais estudos afirmam que as gestantes devem iniciar as consultas pré-natais ainda no 1º trimestre, entretanto não especificam a idade gestacional ((PUCCINI et al., 2003; TRAN et al., 2012; ZANCHI et al., 2013).

Quanto ao número de consultas têm-se recomendações de no mínimo: três consultas (TRAN et al., 2012), quatro consultas (KYEI et al., 2012), cinco consultas (LU et al., 2011; DIAS-DA-COSTA et al., 2000) e seis consultas (VIELLAS et al.,2012; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; ALMEIDA; BARROS, 2005; GONÇALVES et al., 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; ZANCHI et al., 2013; SILVA et al., 2013; ANVERSA et al., 2012; CORRÊA et al., 2014).

A OMS refere não haver diferenças significativas nos resultados perinatais com a redução do número de consultas durante o PN e recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, com o início precoce do acompanhamento, até o quarto mês de gestação. O Brasil também segue essas recomendações, entretanto, desde 2011, com a Estratégia Rede Cegonha, passou a recomendar a realização de no mínimo sete consultas para uma gestação a termo e a captação precoce ainda, na 12ª semana gestacional (BRASIL, 2011).

Quanto aos procedimentos clínicos obstétricos verificou-se adequado os seguintes parâmetros: **aferição de pressão arterial:** mínimo uma vez(PUCCINI et al., 2003), mínimo três vezes(LU et al., 2011), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; ZANCHI et al., 2013; SILVA et al., 2013), **peso e altura:** mínimo três vezes (LU et al., 2011), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; ZANCHI et al., 2013; SILVA et al., 2013; ANVERSA et al., 2012), **cálculo da idade gestacional:** mínimo cinco vezes (ANVERSA et al., 2012), **pesquisa de edema:** mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; SILVA et al., 2013), **identificação da situação e apresentação fetal:** mínimo três vezes (LU et al.,

2011), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; SILVA et al., 2013), **medida da altura uterina:** mínimo três vezes (LU et al., 2011), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; OLIVEIRA et al., 2013; ZANCHI et al., 2013; SILVA et al., 2013), **ausculta dos batimentos cardíacos fetais:** mínimo três vezes (LU et al., 2011), mínimo quatro vezes (ANVERSA et al., 2012), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006), **movimentos fetais:** mínimo quatro vezes (ANVERSA et al., 2012), **exame das mamas:** mínimo uma vez (PUCCINI et al., 2003; ZANCHI et al., 2013), **realização do exame ginecológico quando necessário** (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; LU et al., 2011 ; OLIVEIRA et al., 2013; ZANCHI et al., 2013).

Quanto aos exames complementares, considerou-se adequado a realização de **ABO/Rh** (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; ANVERSA et al., 2012; CORRÊA et al., 2014), **Hemoglobina/Hematócrito:** mínimo um (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; XIMENES et al., 2008; ANVERSA et al., 2012) e mínimo dois (ZANCHI et al., 2013; CORRÊA et al., 2014), **HIV:** mínimo um (XIMENES et al., 2008) e mínimo dois (OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; ZANCHI et al., 2013; ANVERSA et al., 2012; CORRÊA et al., 2014), **VDRL:** mínimo dois (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; GONÇALVES et al., 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; ZANCHI et al., 2013; ANVERSA et al., 2012; CORRÊA et al., 2014), **sumário de urina:** mínimo um (ANVERSA et al., 2012) e mínimo dois (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; GONÇALVES et al., 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; ZANCHI et al., 2013; ANVERSA et al., 2012; CORRÊA et al., 2014), **glicemia de jejum:** mínimo dois (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; GONÇALVES et al., 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; ZANCHI et al., 2013; ANVERSA et al., 2012; CORRÊA et al., 2014), **HBsAg:** mínimo um (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; OLIVEIRA et al., 2013; ANVERSA et al., 2012), **toxoplasmose na primeira consulta** (OLIVEIRA et al., 2013; ANVERSA et al., 2012), **parasitológico de fezes** (OLIVEIRA et al., 2013), **realização de pelo menos uma ultrassonografia** (PUCCINI et al., 2003; ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; LU et al., 2011) e **imunização antitetânica** (ANDREUCCI; CECATTI,

2011; TRAN et al., 2012 ; GONÇALVES et al., 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES et al., 2008; ZANCHI et al., 2013) e **profilaxia para malária** (TRAN et al., 2012; KYEI et al., 2012).

Assim, destaca-se que os indicadores de processo têm sido utilizados de forma unânime nos estudos avaliativos, o que demonstra sua importância na mensuração da qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, sua utilização isoladamente, não dá conta de responder aos fatores que influenciam na qualidade do pré-natal, sendo necessário avaliar todos os elementos, bem como utilizar fontes variadas para a coleta dessas informações.

Indicadores de avaliação do Resultado

Na avaliação dos indicadores de resultado, estudo utilizou em sua avaliação o coeficiente de mortalidade materna e infantil; percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita e percentual de recém-nascidos com tétano neonatal. Não discorrem acerca dos critérios de adequação pré-natal (GONÇALVES et al., 2008).

Em outro estudo os indicadores maternos e perinatais tais como: idade gestacional no momento do parto, tipo de parto, peso ao nascer e amamentação foram considerados na avaliação dos resultados (CORRÊA et al., 2014).

Ao avaliar os resultados do cuidado pré-natal considerou como adequado o cumprimento de 75% ou mais dos seguintes indicadores: início do pré-natal no 1º trimestre, realização de seis ou mais consultas, uso de suplementos via oral de micronutrientes essenciais à gestação, consultas multiprofissionais de pré-natal (com a presença de mais de um profissional de nível superior), ter tido orientações quanto ao aleitamento materno durante a gestação, participação em no mínimo uma atividade de educação em saúde extra consulta pré-natal, usuária sem intercorrências clínicas ao longo da gestação e consulta puerperal no pós-parto (SILVA et al., 2013).

Observa-se na avaliação de resultados que os autores utilizaram, assim como nas demais avaliações supracitadas, indicadores diferentes, os quais avaliam o desfecho da gestação com a análise do quadro clínico do binômio mãe/filho. Além dos dados quantitativos, deve-se investir na avaliação dos dados qualitativos, como satisfação e barreiras acerca do pré-natal, assim, ter-se-á maior poder de conclusão acerca da qualidade da assistência ofertada.

CONCLUSÃO

Observa-se que os critérios definidos para julgar a estrutura, o processo e o resultado da assistência dependem das políticas de saúde instituídas nos territórios e dos principais problemas de saúde pública enfrentados pela população local.

Mesmo diante das diferentes formas de avaliação da assistência pré-natal dispostas na literatura, percebe-se que há preocupação em seguir as recomendações ministeriais adotadas em seu país. Todos os índices de adequação, tanto nacionais como internacionais, seguem a mesma matriz, ou seja, as recomendações mínimas da OMS.

Os limites desse estudo versam na quantidade de artigos analisados, o que implica uma análise restrita do verdadeiro panorama da produção de estudos que avaliaram a assistência PN. Espera-se que os resultados aqui elucidados sirvam de subsídios tanto para implementar quanto direcionar estudos avaliativos, com vistas à melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

Assim, vale ressaltar a importância dos estudos que avaliaram os três indicadores de qualidade da assistência pré-natal, uma vez que permitem uma avaliação mais ampla e complexa acerca dessa assistência.

REFERÊNCIA

- Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27: 1053-1064.
- Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17:15-25.
- Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TDS. Qualidade do processo da assistência Pré-Natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad saúde pública* 2012; 28: 789-800.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília (DF); 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2002. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

Coutinho T, Monteiro M FG, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência Pré-Natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2010; 32: 563-569.

Cooper H. *Research Synthesis and Meta-Analysis: A Step by-Step Approach* Sage Publications Inc, Thousand Oaks, CA. 2010.

Corrêa MD, Tsunechiro MA, Lima MDOP, Bonadio IC. Avaliação da assistência Pré-Natal em unidade com estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48: 24-32.

Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MA B, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência Pré-Natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2012; 28: 425-437.

Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MA B, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência Pré-Natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2012; 28: 425-437.

Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care.* New York: Oxford, 2003.

DIAS-DA-COSTA JSD, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 329-36.

DONABEDIAN, A. *La Calidad de la Atención Médica: Definición y métodos de evaluación.* 1ª reimpressão. La Prensa Médica Mexicana 1991; 194p.

Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. *Obstet Gynecol* 1995; 85:468–79.

Graham WJ, Varghese B. Quality, quality, quality: gaps in the continuum of care. *Lancet* 2012; 379: 5-6.

Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'avila CG. Avaliação da efetividade da assistência Pré-Natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev. bras. enferm.* 2008; 61:349-53.

Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42:105.

Heaman MI, Gupton AL, Moffatt ME. Prevalence and predictors of inadequate prenatal care: a comparison of Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27:237-46.

Hollowell J, Oakley L, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011; 11:13.

Kyei NN, Chansa C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. *BMC pregnancy and childbirth* 2012; 12: 151-162.

Lu J, Shen JJ, Chen G, Moseley CB, Sun M, Gao F, Hao M. Regional disparities in prenatal care services in rural China. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2011; 23: 682-689.

Novick G. Centering Pregnancy and the current state of prenatal care. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004; 49:405–11.

Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado PN em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 173-179.

Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada, CMGL. Avaliação da atenção Pré-Natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2013; 21: 546-553.

Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção Pré-Natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo. *Cad Saude Publica* 2003; 19: 35-45.

Passos AA, Moura ERF. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24: 1572-1580.

Ribeiro ERRO, Guimarães AMD, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, Silva AAM, Gurgel RQ. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9:31.

Rocha RS, Silva MGC. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2012; 25: 344-355.

Silva EPD, Lima RT, Costa MJDC, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do Pré-Natal. *Rev. Panam. Salud Pública* 2013; 33: 356-362.

Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção Pré-Natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública* 2001; 17: 131-139.

Tran TK, Gottvall K, Nguyen HD, Ascher H, Petzold M. Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. *BMC health services research* 2012; 12: 40.

Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo 2005; 130f.

Viellas EF, Domingues, RMSM, Dias MAB, Gama SGND, Theme Filha MM, Costa JVD, Leal MDC. Assistência Pré-Natal no Brasil. *Cad. saúde pública* 2012; 30: 85-100.

Ximenes Neto FRG, Leite JL, Fuly PDSC, Cunha ICKO, Clemente ADS, Dias MAS, Pontes MAC. Qualidade da atenção ao Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev. bras. enferm.* 2008; 61:595-602.

World Health Organization. Mortalidad materna: nota descriptiva 348, 2014.

WHITTEMORE, R, KNAFL, K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52:546-53.

Zanchi M, Gonçalves CV, Cesar JÁ, Dumith SDC. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. Cad. Saúde Pública 2013; 2: 1019-1028.

ELABORAÇÃO DE PODCAST EDUCATIVO ACERCA DO CHOQUE CIRCULATÓRIO

Sintia Valéria do Nascimento Pereira – Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA (Uninta) campus de Itapipoca.

Pedro Henrique dos Santos Viana - Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos, UFSCar - São Paulo

Davi Santos Magalhães - Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINTA - Campus Itapipoca. Itapipoca – Ceará

Francisco Luan Sousa Braga - Enfermeiro. Graduado pelo centro Universitário Uninta Itapipoca. Mestrando pela Universidade Federal do Piauí- UFPI, Brasil.

Ana Beatriz Frota Lima Rodrigues - Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e UTI.

Francisco Mayron Moraes Soares - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como finalidade a elaboração de um podcast educativo acerca do choque para a emergência. O desenvolvimento deste projeto tem como objetivo trabalhar as competências cognitivas para os estudantes da área da saúde, a vista disso, buscará trabalhar novas técnicas e tecnologias educativas para preparar o estudante na concepção do pensamento e atitude crítica e no desenvolvimento de competências no que diz respeito do choque.

O choque, por ser considerado um quadro clínico complexo em emergências médicas e na medicina intensiva, devido, principalmente, por apresentar uma alta taxa de letalidade, manifesta-se através de sinais e sintomas específicos, deste modo, torna-se necessário a realização de uma avaliação adequada como facilitador de um reconhecimento precoce destas disfunções, com isso, a hipotensão é um dos principais fatores do choque, entretanto, nem sempre vai estar presente, uma vez que a hipóxia pode estar presente tanto em normotensão e hipertensão. Desta forma, sua classificação pode ser baseada em quatro grupos hemodinamicamente: Obstrutivo; Hipovolêmico; Cardiogênico; Distributivo (ROHR; NICODEM; CASTRO, 2014):

Além do que, esse distúrbio gera uma perda celular, evoluindo-se em uma coagulação intravascular disseminada, caso grave que afeta sobretudo os pacientes em estados sépticos. Diante a circunstância o corpo produz óxido nítrico (NO) através das células do endotélio vascular, no qual evolui para uma vasodilatação e hipotensão, assim, como outras

causas que se justifica a evolução e irreversibilidade do choque em algumas situações (TRENTINI, 2011).

Dessa forma, o aparecimento clínico dos sinais e sintomas se dá por falências micro-circulatória e macro-circulatória, visto que, para a identificação entre os tipos de choque vai depender necessariamente da falência macro-circulatória, a modo que torna-se necessário a avaliação dos principais mecanismos fisiopatológicos que, por sua vez, podem ser identificados ao decorrer da primeira avaliação, são eles: o débito cardíaco, o tônus vascular e o estado volêmico (DANTAS *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a hemorragia é responsável por uma taxa significativa de óbitos após trauma, decorrente de choque hemorrágico proveniente da diminuição volêmica persistente e manejada inadequadamente, obtendo-se uma diminuição intravascular e ao decorrer da oferta de oxigênio, desta forma, o choque hemorrágico ainda apresenta altas taxas de mortalidade nos últimos anos (BRANDÃO; MACEDO; RAMOS, 2017)

Corroborando ao contexto, a sepse por sua vez um dos principais causadores de óbitos e internações nas Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) obtendo uma taxa de 20% a 80% nos Estados Unidos, porém, nas unidades brasileiras essa taxa apresenta uma incidência inferior de sepse e choque séptico de 27% e 23%. Deste modo, o choque cardiogênico também apresenta um índice elevado de 40% a 50% de óbitos e um dos principais causadores está relacionado ao infarto agudo do miocárdio, apresentando cerca de 5% a 15% de óbitos (CARVALHO; VIEIRA; GONTIJO FILHO; RIBAS, 2010; DANTAS; MORAIS; VERDASCA, 2021).

Segundo Costa e Rocha (2014), a assistência com relação ao paciente em choque varia de acordo com cada classe, posto isso, torna-se necessário que o enfermeiro junto a equipe multiprofissional sejam conhecedores no que se refere às condutas a serem realizadas, assim, prestar as atribuições ao paciente com eficiência. São atos significativos e eficazes que influenciam relativamente na assistência.

As tecnologias educativas são um dos resultados do advento das novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), cada vez mais presentes na atualidade. Tais tecnologias tendem a possibilitar maior interatividade no cotidiano do ensino de enfermagem e acabam por instigar educadores a reformular suas práticas pedagógicas em enfermagem a fim de possibilitar um melhor aproveitamento por parte dos alunos (SILVEIRA, 2020).

As intervenções educativas destacam-se no que se refere a fatores que estão relacionados ao tratamento e reabilitação, apresentando como um de seus objetivos facilitar a

compreensão dos usuários envolvidos, assim, junto as intervenções sociais em que abordam estratégias que envolvem normas e contextos sociais, que são utilizadas por profissionais como facilitadores no processo de ensino e aprendizagem (CARVALHO; SILVA; FIGUEIREDO; NOGUEIRA; ANDRADE, 2018; COSTA, 2018).

Devido à complexidade da temática se faz necessário a utilização de ferramentas educativas. No Brasil, a utilização do Podcast deu-se início no ano de 2005, e com o avanço das novas tecnologias educativas, esta ferramenta passou a ser muito utilizada nos dias atuais com o objetivo de promover e disseminar informações de conteúdos educativos, sendo assim, um facilitador na educação fazendo com que os conteúdos se tornem atrativos, assim, despertando mais interesse nos ouvintes.

As tecnologias educacionais digitais são pilares importantes na modernização do ensino da enfermagem no Brasil e no mundo. Há uma produção tecnológica expressiva na área da saúde e a Enfermagem, que participa das equipes multiprofissionais, precisa e deve participar deste processo (CORDEIRO, 2021; SILVA, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, que possui como objetivo o desenvolvimento de um instrumento informativo sobre choque circulatório.

O estudo metodológico consiste em uma pesquisa referente às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Tem como meta a construção de um instrumento confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicado por outros pesquisadores, além de avaliar seu sucesso no alcance dos objetivos propostos (POLIT; BECK, 2011).

Desse modo, tem-se observado um grande interesse dos enfermeiros por esse tipo de estudo, em razão da crescente demanda por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados (POLIT; BECK, 2011). O estudo trata-se da elaboração de um material educativo no formato de Podcast, no intuito de contribuir na disseminação de informações sobre choque circulatório. O Podcast poderá ser utilizado por profissionais, estudantes da saúde, pacientes e população em geral como instrumento para educação em saúde nos diversos setores da sociedade.

O presente estudo foi desenvolvido no período de janeiro de 2023, na Faculdade UNINTA de Itapipoca, uma instituição privada, localizada na cidade de Itapipoca, no estado do Ceará, nas seguintes etapas: revisão de literatura e elaboração do Podcast

Em relação a elaboração do podcast, a fim de manter a qualidade do material desenvolvido, adotou-se como referencial metodológico os pressupostos e recomendações de Silva (2018) e o modelo de *design* instrucional clássico ADDIE, acrônimo para análise, desenho, desenvolvimento, implementação e avaliação.

A seleção dos conteúdos a serem utilizados na construção do Podcast, assim, foi feita por meio do embasamento científico do assunto que abordou o material, proporcionando domínio do conteúdo pelos autores e informações corretas e atualizadas para o público-alvo.

A busca de trabalhos foi feita por meio de bases de dados nacionais e internacionais, banco de teses, livros e publicações do Ministério da Saúde e organizações congêneres, porém, para a elaboração do Podcast Educativo foi utilizado como principal referência o Manual de Enfermagem Médico - Cirúrgico.

A partir da leitura do levantamento do material, foram selecionados os conteúdos considerados importantes sobre a temática do choque. Após a seleção do conteúdo, foi realizada a leitura minuciosa e então foram produzidos os fichamentos e a elaboração das questões que compõem cada tópico do instrumento seguindo uma organização coerente do conteúdo.

As etapas que consistem em **Planejamento, Desenvolvimento, Criação do Podcast** serão realizadas concomitantemente para a coleta e refinamento dos requisitos básicos para a construção do Podcast.

No planejamento, da elaboração do Podcast de fato, momento em que é planejado a linguagem utilizada para sua elaboração. Foi utilizado o *gravador online gratuito web* Linguagem de Marcação de Hipertexto, que é o componente base da web. Permite seu uso em multiplataformas o que poderá ser acessado em computadores, celulares e tablets.

Na fase do desenvolvimento e criação, foram feitos os objetos de aprendizagem, e a produção das mídias, em vista disso a criação divide-se em quatro fases: identificação do público-alvo, criação da pauta, desenvolvimento do guião (roteiro) e construção do descritivo. A identificação do público-alvo, é a primeira fase que é feita antes mesmo de fazer a elaboração de uma lista de conteúdo a serem debatidos, desse modo, é importante pensar quem é seu público-alvo? Quem você deseja que ouça seu Podcast?

Na criação de pauta, foi feita a escolha da temática. Dessa forma, o conteúdo da pauta dispõe de uma estrutura baseada em uma organização lógica, que pode ser organizada da seguinte forma: introdução, desenvolvimento e conclusão.

No desenvolvimento do Roteiro e construção do descritivo, momento em que foi realizada a organização da estrutura da pauta, isto é, determinar a sequência dos conteúdos, perguntas e interações que irão fazer parte do Podcast. Com isso, o roteiro contribui para nortear os hosts, convidados e a produção técnica (gravação e edição). A seguir encontra-se o roteiro utilizado para primeira versão do Podcast:

Apresentação do Podcast

Vinheta: Música e áudios que foram gravados pelos protagonistas, incluindo objetivo do Podcast, missão, nomes dos responsáveis e respectivas funções.

Apresentação do Podcast: O Host realizará apresentação do Podcast por meio do texto preestabelecido.

Apresentação do episódio: O Host 1 divulgará o tema e os nomes dos integrantes.

Tema: título do episódio:

Comentário de abertura: foi feita com uma descrição em uma linguagem clara e objetiva do tema a ser debatido, com dados epidemiológicos, impacto, progresso, atual e futuro.

Host 1: É quem dirige a entrevista, mantém a mediação do debate, como também faz a abertura e o encerramento do episódio.

Host 2: Responsável pela questão do tempo, fazer comentários, assim, auxiliando a equipe em outras questões relacionadas.

Convidado 1: Especialista, estudioso, prático ou conhecedor do tema a ser debatido.

Título do Tema: O título deverá despertar interesse ao público, conciso, coloquial.

Descrição sumária 1: Onde foi escrito uma prévia da pesquisa e lida pelo host 1.

Descrição sumária 2: Se necessário.

Pergunta chave 1: Assunto que foi abordado em todo o debate, sendo de forma clara e objetiva, causando interesse e oportunizando a livre explicação do tema.

Foram considerados os aspectos Éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/12 do Ministério da Saúde, ressaltando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo. Foi garantido o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância da participação dos sujeitos (BRASIL, 2012).

Durante a pesquisa, procurou-se evitar qualquer sofrimento e/ou constrangimento aos participantes, esses teriam o direito e a liberdade de se negarem a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto trouxesse prejuízo moral, físico ou social.

Os registros da pesquisa serão devidamente guardados, sob responsabilidade do pesquisador, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de trazer inovação científica acerca da atuação do enfermeiro e sua assistência prestada ao paciente clínico, além de subsidiar o estudante de enfermagem na produção do raciocínio clínico, crítico e reflexivo.

RESULTADOS

Os resultados foram dispostos em dois tópicos para descrição dos resultados do presente estudo, o primeiro tópico foi as partes informativas da elaboração do podcast, o segundo está disposto os roteiros dos episódios dos podcast. Os principais itens para o processo de construção do roteiro foram: Introdução - momento de apresentação dos convidados e apresentador, assim como do conteúdo que será abordado durante a programação. Interlúdio/transição - efeito sonoro que será utilizado entre a fala do apresentador e convidado. Tópico 1 - o apresentador divulgará o conteúdo que será abordado durante o episódio. Encerramento - momento em que o apresentador fará os agradecimentos e informações sobre os próximos episódios. Interlúdio/transição - efeito sonoro que será utilizado entre a fala do apresentador e convidado. A introdução é um momento crucial para apresentar os convidados e o apresentador, bem como o conteúdo que será abordado durante o programa. Segundo Lima e Teixeira (2019), a introdução deve ser clara e objetiva, fornecendo ao espectador uma visão geral do que será tratado no programa. É importante que o apresentador use exemplos e informações relevantes para ilustrar o tópico em questão, a fim de tornar o conteúdo mais interessante e envolvente para o espectador (PINTO, FERREIRA, 2019).

Interlúdio ou transição, o uso de efeitos sonoros na transição entre a fala do apresentador e do convidado pode ser uma forma eficaz de manter a atenção do espectador. De acordo com Senna e Sant'Ana (2021), os efeitos sonoros podem ajudar a criar uma atmosfera apropriada para o programa e servir como uma ferramenta para enfatizar determinadas ideias ou informações.

Durante o programa, o apresentador deve apresentar o conteúdo que será abordado de forma clara e concisa. Conforme destacado por Santos e Almeida (2018), é importante que o apresentador organize o conteúdo de forma lógica e sequencial, para que o espectador possa acompanhar facilmente o raciocínio apresentado.

O momento de encerramento do programa é uma oportunidade para o apresentador agradecer aos convidados e fornecer informações sobre os próximos episódios. De acordo com Silva e Carvalho (2020), o encerramento deve ser feito de forma respeitosa e agradável, para que o espectador tenha uma boa impressão do programa.

Interlúdio ou transição final, assim como na introdução, a transição entre a fala do apresentador e do convidado no encerramento pode ser feita com o uso de efeitos sonoros. De acordo com Oliveira e Souza (2021), o uso desses recursos pode ajudar a manter a atenção do espectador até o final do programa.

Nessa perspectiva, o podcast foi construído com bases em seis tópicos: choque geral, hipovolêmico, hemorrágico, cardiogênico, obstrutivo e distributivo. Seguindo sempre o mesmo padrão de organização do roteiro.

Abaixo serão dispostos os roteiros que nortearam o processo de gravação do podcast.

Introdução (A presente introdução é apresentada sempre antes dos demais títulos, esse trecho se repete no início dos 6 roteiros.)

Olá, tudo bem com vocês? Sou a Sintia interna do 10 semestre do curso de Enfermagem da faculdade UNINTA de Itapipoca. Apresento a vocês o CHOCKCAST, aqui vou trazer pra vocês conteúdos sobre o choque circulatório, com o objetivo de facilitar o assunto, fazendo com que vocês possam compreender e absorver melhor os conteúdos em um formato mais dinâmico e prático.

Roteiro Choque Geral

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Tópico 1

Neste primeiro episódio vamos falar sobre o choque no geral, apresentando suas principais características, fisiopatologia, tratamento, condutas de enfermagem e as subdivisões.

Choque geral

O choque, é considerado uma condição que dependendo da gravidade pode ser fatal, resultando da perfusão tissular inadequada. Isto é, ocorre um desequilíbrio entre a oferta de oxigênio e os nutrientes que mantêm a função celular. O adequado fluxo sanguíneo para os tecidos e as células exige uma bomba cardíaca efetiva, vasculatura ou sistema circulatório adequado e volume de sangue suficiente. Se um destes componentes estiver comprometido, a perfusão para os tecidos é ameaçada ou comprometida. Sem tratamento, o fluxo sanguíneo inadequado para as células resulta em oferta insuficiente de oxigênio e nutrientes, hipóxia celular e morte celular, que progride até a disfunção do órgão e, finalmente, morte.

O choque, pode afetar todos os sistemas do corpo, podendo progredir de maneira rápida ou lentamente, isto vai depender da causa subjacente. Ao decorrer do choque, o corpo luta para sobreviver, assim, ativando os mecanismos homeostáticos para restabelecer o fluxo sanguíneo. Deste modo, este fenômeno independente da causa inicial, pode apresentar respostas fisiológicas que são comuns em todos os tipos de choque, como por exemplo a hipoperfusão dos tecidos, hipermetabolismo e ativação da resposta inflamatória. O corpo responde aos estados de choque por meio da ativação do sistema nervoso simpático e da composição de uma resposta hiper metabólica e inflamatória. A falha dos mecanismos compensatórios de restaurar efetivamente o equilíbrio fisiológico é a via final de todos os tipos de choque e resulta em disfunção de órgão alvo e morte.

Para um diagnóstico rápido e eminentemente clínico, torna-se necessário uma boa anamnese junto ao exame físico. Deste modo, deve ser feito a avaliação dos sinais e sintomas da má perfusão tecidual, seguido com uma atenção na hipoperfusão tecidual, que está relacionada com as alterações no estado mental, cardíacas como por exemplo a taquicardia e, principalmente, as alterações renais como a oligúria, assim, os exames laboratoriais são fundamentais para auxiliar na avaliação da oferta de oxigênio para o metabolismo tecidual.

A intervenção precoce é fundamental para recuperação e prognóstico do paciente, as intervenções incluem a identificação da causa do choque, a administração de soluções intravenosas e de oxigênio e a obtenção dos exames laboratoriais necessários para afastar e tratar desequilíbrios metabólicos ou infecções, assim, o enfermeiro deve ficar atento aos sinais clínicos do choque com ênfase no estágio compensatório, antes que se tenham uma diminuição da pressão arterial (PA).

Nessa perspectiva, são utilizadas estratégias para o manejo acerca de qualquer tipo de choque, com a finalidade de facilitar o diagnóstico precoce, assim, fazendo com que o

paciente tenha uma boa evolução e recuperação. Como por exemplo o suporte do sistema respiratório com suplementação de oxigênio e/ou ventilação mecânica para fornecer a oxigenação ideal (ver Capítulo 21) Reposição de líquido para restaurar o volume intravascular Medicamentos vasoativos para restaurar o tônus vasomotor e melhorar a função cardíaca Suporte nutricional para abordar as necessidades metabólicas que, com frequência, estão significativamente aumentadas no choque.

Enfermeiro(a)s, que cuidam de pacientes com choque ou pacientes que podem evoluir para o choque, é necessário que compreendam todos os mecanismos subjacentes de todos os tipos de choque, exigindo uma avaliação sistemática, junto a equipe multiprofissional para a implementação das intervenções prescritas.

Encerramento: Agradeço a todos, fiquem ligados nos próximos episódios!

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Roteiro Choque Hipovolêmico

Introdução

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Tópico 1

Neste segundo episódio vamos falar sobre o choque no Hipovolêmico, apresentando suas principais características, fisiopatologia, tratamento, condutas de enfermagem.

Choque hipovolêmico

Tipo mais comum do choque, e se caracteriza pela redução do volume intravascular. O líquido corporal encontra-se presente nos compartimentos intracelular e extracelular, o líquido intracelular é responsável por cerca de dois terços da água do corpo humano, e o extracelular pode ser encontrado no intravascular (nos vasos sanguíneos) ou intersticial (adjacente aos tecidos). O choque hipovolêmico ocorre por meio de perdas externas de líquido, como por exemplo na perda sanguínea traumática, ou por meio de movimentações internas de líquido, como na desidratação grave, no edema grave ou na ascite.

De qualquer forma, o que ocorre é uma queda na pressão de enchimento capilar (PEC) ou pressão hidrostática, assim, a hemorragia pode ser externa ou interna. Com o objetivo

de recuperar a perfusão tecidual, o organismo vai lançar algumas técnicas fisiológicas como por exemplo a ativação simpática. A ativação vai desencadear três respostas principais. A primeira é a contração das arteríolas, que tem como finalidade aumentar a resistência vascular periférica (RVP) e a segunda é a contração das veias, que tem como objetivo aumentar o retorno venoso e, conseqüentemente, a pré-carga. E por fim a terceira são os efeitos cardíacos diretos: o aumento da frequência cardíaca (efeito cronotrópico positivo) e o aumento da força de contração do coração (efeito inotrópico positivo).

A sequência de eventos no choque hipovolêmico tem início com uma diminuição no volume intravascular. Isso resulta em diminuição do retorno venoso do sangue para o coração e conseqüente diminuição do enchimento ventricular. A diminuição do enchimento ventricular resulta em diminuição do volume sistólico (quantidade de sangue ejetado do coração) e diminuição do débito cardíaco. Quando o débito cardíaco cai, a PA diminui e os tecidos não podem ser adequadamente perfundidos.

O tratamento deve ser feito por meio da restauração do volume intravascular, fazendo com que não ocorra eventos que possam evoluir para uma perfusão tissular inadequada, assim, redistribuindo o volume de líquido e corrigindo a causa subjacente da perda de líquido tão rapidamente quanto possível.

Caso o paciente apresente um estado hemorrágico, é necessário estancar o sangramento por meio de compressões no local ou procedimento cirúrgico com o objetivo de estancar qualquer sangramento interno. Caso a hipovolemia seja por conseqüência da diarreia ou vômito, os medicamentos para tratar esses sintomas são administrados enquanto são realizados esforços para identificar e tratar a causa. Em adultos mais velhos, a desidratação pode ser a causa do choque hipovolêmico.

Se a administração de líquido falhar em reverter o choque hipovolêmico, em seguida são administrados medicamentos vasoativos que evitam a insuficiência cardíaca. Os medicamentos também são administrados para reverter a causa da desidratação. Por exemplo, é administrada insulina se a desidratação for secundária à hiperglicemia, a desmopressina (DDAVP) é administrada para diabetes insípido, agentes antidiarreicos e, para vômito, antieméticos.

A prevenção primária do choque é um foco essencial do cuidado de enfermagem. O choque hipovolêmico pode ser prevenido em alguns casos por meio de cuidadoso monitoramento de pacientes que correm risco para déficits de líquido e por meio do cuidado de reposição de líquido antes de o volume intravascular ser esgotado.

Em outras circunstâncias, o cuidado de enfermagem tem como foco o tratamento direcionado à causa do choque e à restauração do volume intravascular. As medidas gerais de enfermagem incluem garantir a administração segura dos líquidos e medicamentos prescritos, assim como documentar a sua administração e seus efeitos. Bombas infusoras devem ser usadas para administrar medicamentos vasopressores, se prescritos. Outro papel de enfermagem importante é o monitoramento quanto às complicações e aos efeitos colaterais do tratamento e seu relato imediato.

Encerramento: Agradeço a todos, fiquem ligados nos próximos episódios!

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Roteiro Choque Hemorrágico

Introdução

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Tópico 1

Neste terceiro episódio vamos falar sobre o choque hemorrágico, apresentando suas principais características, fisiopatologia, tratamento, condutas de enfermagem.

Choque Hemorrágico

A hemorragia por trauma vem, atualmente, sendo uns dos principais causadores de morte. Desde modo, o choque hemorrágico é caracterizado pela perda do volume intravascular, que consequentemente, causa uma instabilidade hemodinâmica, a redução do fornecimento de oxigênio, seguido de redução da perfusão tecidual, hipoxia celular, lesão e envolvimento de órgãos, síndrome de disfunção multiorgânica, assim, resultando na morte.

Além disso, o choque classifica-se em hipovolemia ligeira (grau I) que está associada a perda inferior a 20% do volume circulatório. A hipocalemia moderada (grau II) que está relacionada a perda 20 – 40 % do volume circulatório e a hipovolemia grave (grau III) em que se obtém um volume circulatório de 40% e as manifestações de choque serão evidentes e ocorrerá a hipoperfusão do coração e do cérebro.

O tratamento tem como objetivo cessar o sangramento, restaurar o volume intravascular, como também normalizar o metabolismo e a perfusão tissular. Além do mais, existem outras causas que podem evoluir para o choque hemorrágico como por exemplo a

ruptura de aneurisma aórtico, sangramento espontâneo da anticoagulação e sangramento pós-parto.

A terapia deve ser estabelecida por meio da porcentagem de sangramento ou por modificações dos parâmetros hemodinâmicos, como por exemplo a pressão arterial, frequência cardíaca, débito cardíaco e pressão venosa central. Outros fatores importantes associados ao choque hemorrágico são o tipo de fluido a ser distribuído, o tempo de infusão e os objetivos terapêuticos.

Encerramento: Agradeço a todos, fiquem ligados nos próximos episódios!

Interlúdio/transição: efeito sonoro

Roteiro choque Cardiogênico

Introdução

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Tópico 1:

Neste quarto episódio vamos falar sobre o choque no Cardiogênico, apresentando suas principais características, fisiopatologia, tratamento, condutas de enfermagem.

Choque cardiogênico

Decorre a partir do momento em que o coração perde a capacidade de contrair e bombear sangue adequadamente, comprometendo o fornecimento de oxigênio para o coração e tecidos do corpo. Os principais fatores que levam ao choque cardiogênico são conhecidos como coronarianas ou não coronarianas. O que ocorre com mais frequência é o choque cardiogênico coronariano diferente do choque não coronariano que pode ser observado principalmente em pacientes com infarto do miocárdio (IM) agudo que leva a uma lesão de uma parte do miocárdio ventricular esquerdo.

Os pacientes que apresentam um IM da parede anterior revelam maior risco para choque cardiogênico em razão de lesão possivelmente extensiva do ventrículo esquerdo ocasionada pela oclusão da artéria coronária descendente anterior esquerda. As causas não coronarianas de choque cardiogênico estão relacionadas com condições que estressam o miocárdio (p. ex., hipoxemia grave, acidose, hipoglicemia, hipocalcemia, pneumotórax de

tensão), bem como com condições que resultam em função miocárdica ineficaz (p. ex., miocardiopatias, lesão valvar, tamponamento cardíaco, arritmias).

No choque cardiogênico, o débito cardíaco, que é uma função do volume sistólico e da frequência cardíaca, está comprometido. Quando o volume sistólico e a frequência cardíaca diminuem ou se tornam erráticos, a pressão arterial (PA) cai e a perfusão tissular fica reduzida. O suprimento de sangue para os tecidos e órgãos e para o próprio músculo cardíaco é inadequado, resultando em comprometimento da perfusão tissular. Uma vez que o comprometimento da perfusão tissular influencia o coração e prejudica sua capacidade de bombeamento, o ventrículo não ejeta totalmente seu volume de sangue durante a sístole. Como resultado, há acúmulo de líquido nos pulmões. Essa sequência de eventos pode ocorrer rapidamente ou ao longo de um período de dias.

As principais queixas de um paciente em um quadro de choque cardiogênico podem apresentar queixar de dor (angina), desenvolver arritmias, se queixar de fadiga, expressar sensações de morte e demonstrar instabilidade hemodinâmica. com isso o manejo clínico torna se necessário com o objetivo de limitar a lesão do miocárdio e preservar o miocárdio, assim, melhorando a função cardíaca por meio do aumento da contratilidade cardíaca, da redução da pós carga ventricular ou de ambos.

Nessa perspectiva, o enfermeiro deverá de início fazer a identificação precoce, principalmente, em paciente com alto risco, a promoção da oxigenação adequada do músculo cardíaco e a diminuição do esforço cardíaco podem evitar o choque cardiogênico que pode ser obtido por meio conservação da energia do paciente, do alívio imediato da angina e da administração de oxigênio suplementar. Logo, o cuidado de enfermagem inclui a atuação com outros membros da equipe de saúde para evitar que o choque progrida e para restaurar a função cardíaca e a perfusão tissular adequadas.

Encerramento: Agradeço a todos, fiquem ligados nos próximos episódios!

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Roteiro Choque Distributivo

Introdução

Interlúdio/transição: Efeito Sonoro

Tópico 1

Nesse quinto episódio vamos falar sobre o choque no Distributivo, apresentando suas principais características, fisiopatologia, tratamento, condutas de enfermagem.

Choque distributivo

Decorre quando a uma distribuição inadequada de sangue para os vasos periféricos, resultando em uma má perfusão tecidual, na maioria das vezes secundária a alterações do tônus vasomotor. Esse funcionamento anormal pode gerar uma hipovolemia, devido o retorno de sangue não ser suficiente para o coração, e consequentemente a perfusão tissular inadequada. A capacidade de contração dos vasos sanguíneos ajuda no retorno do sangue para o coração. O tônus vascular é determinado pelos mecanismos regulatórios centrais, como na regulação da PA, e pelos mecanismos regulatórios locais, como nas demandas teciduais de oxigênio e nutrientes. o choque circulatório pode, portanto, ser causado por perda do tônus simpático ou pela liberação de mediadores bioquímicos das células, que causam vasodilatação.

Vários tipos de mecanismos levam à vasodilatação inicial no choque distributivo fornecendo a base para a subclassificação adicional do choque em três tipos: séptico, neurogênico e anafilático. Em cada tipo de choque distributivo, a dilatação arterial e venosa maciça promove “represamento” periférico do sangue. A dilatação arterial reduz a resistência vascular sistêmica. Inicialmente, o débito cardíaco pode estar alto por causa da redução da pós carga (resistência vascular sistêmica) e do aumento do esforço do músculo cardíaco para manter a perfusão, apesar da vasculatura incompetente. A estagnação de sangue na periferia resulta em diminuição do retorno venoso, que resulta em diminuição do volume sistólico e diminuição do débito cardíaco. A diminuição do débito cardíaco, por sua vez, provoca queda da PA e, por fim, redução da perfusão tissular apresenta a sequência fisiopatológica de eventos no choque distributivo.

Sepse e choque séptico - Decorre da propagação de infecção ou por seps, assim, considerado o tipo que acontece com mais frequência do choque distributivo. Segundo o 3º Consenso Internacional sobre Definições para Seps e Choque Séptico, a seps é definida como “disfunção de órgãos potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção” e o choque séptico “um subtipo da seps no qual anormalidades subjacentes dos metabolismos circulatório e celular são profundas o suficiente para aumentar substancialmente a mortalidade”. Desta forma, apresentam um alto índice de mortalidade correspondendo a mais de 30 milhões de pessoas em todo o mundo, por isso, é necessário que o enfermeiro junto a

equipe identifique e trate o ponto de infecção e restaurar rapidamente a perfusão tissular são intervenções importantes que podem influenciar positivamente o resultado clínico.

As bactérias gram-negativas são microrganismos mais envolvidos na sepse, porém, tem um aumento da ocorrência de infecções bacterianas gram-positivas, infecções virais e infecções fúngicas que também podem levar à sepse. No momento em que os microrganismos invadem os tecidos do corpo, em imediato se obtém uma resposta imune. A resposta imune gera a ativação de citocinas e mediadores bioquímicos associados a uma resposta inflamatória e produz uma cascata complexa de eventos fisiológicos que levam à má perfusão tissular.

Com a alteração da permeabilidade capilar, consequentemente, causa um desvio nos líquidos capilares. A instabilidade capilar e a vasodilatação interrompem a capacidade do corpo de fornecer perfusão adequada, oxigênio e nutrientes para os tecidos e as células. A inflamação generalizada que acontece é conhecida como síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS). A SIRS decorre de um agravo clínico, resultante de uma resposta inflamatória sistêmica, em vez de restrita ao local do agravo, este agravo pode estar relacionado a uma lesão como traumatismos e infecções.

A Sepse evolui rapidamente a modo que pode resultar em choque séptico e disfunção de órgãos potencialmente fatal se não for diagnosticada e tratada precocemente. No estágio inicial do choque séptico, a PA pode permanecer nos limites normais, ou o paciente pode estar hipotenso, mas responsivo aos líquidos. A frequência cardíaca aumenta, progredindo até a taquicardia. Estão presentes hipertermia e febre, com pele quente e ruborizada e pulsos latejantes. A frequência respiratória está elevada. O débito urinário pode permanecer nos níveis normais ou diminuir.

No momento em a sepse evolui, consequentemente, os tecidos são menos perfundidos, e, portanto, acidóticos, a compensação começa a falhar e o paciente começa a apresentar sinais de disfunção de órgãos. O tratamento da sepse e do choque séptico deve ser por meio da identificação e eliminação da infecção que podem ser feitas com amostras de sangue, expectoração, urina, drenagem de ferimento e pontas de cateteres invasivos são coletadas para cultura com a utilização de técnica asséptica.

Choque neurogênico – a vasodilatação acontece como resultado de uma perda do equilíbrio entre a estimulação parassimpática e simpática. A estimulação simpática causa a constrição do músculo liso vascular e a estimulação parassimpática causa o relaxamento ou a dilatação do músculo liso vascular. O paciente apresenta uma estimulação parassimpática predominante que causa vasodilatação, que dura por um período prolongado, levando a um

estado hipovolêmico relativo. Entretanto, o volume sanguíneo é adequado porque a vasculatura está dilatada; o volume sanguíneo é deslocado, produzindo um estado de hipotensão (PA baixa). A estimulação parassimpática predominante que ocorre com o choque neurogênico causa diminuição significativa da resistência vascular sistêmica do paciente e bradicardia. A PA inadequada resulta na perfusão insuficiente dos tecidos e das células, o que é comum para todos os estados de choque.

O tratamento dá-se início com a restauração do tônus simpático, isso por meio da estabilização de uma lesão raquimedular ou, em caso de anestesia espinal, pelo adequado posicionamento do paciente. Pacientes que apresentam quadro de choque neurogênico apresentam um maior risco de tromboembolismo venoso (TEV), devido ao represamento de sangue e dilatação vascular, principalmente, em pacientes com lesão raquimedular. Assim, o profissional de enfermagem deverá orientar o paciente constantemente, ficar atento a queixas de dor e avaliar o TEV.

Encerramento: Agradeço a todos, fiquem ligados nos próximos episódios!

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Roteiro Choque Obstrutivo

Introdução

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

Tópico 1

Neste sexto episódio vamos falar sobre o choque no Obstrutivo, apresentando suas principais características, fisiopatologia, tratamento, condutas de enfermagem.

Choque Obstrutivo

Origina-se por meio de bloqueio no fluxo sanguíneo, na circulação pulmonar ou na sistêmica diminuindo o retorno venoso, fazendo com que tenha um inadequado preenchimento ventricular, em consequência uma redução no débito cardíaco. Apresenta como principais causas, a embolia pulmonar maciça ou submaciça, em que há um bloqueio significativo da circulação pulmonar, seja por coágulos sanguíneos ou indiretamente por agentes vasoconstritores, o tamponamento cardíaco e o pneumotórax, ambos impondo restrição mecânica à pré-carga ventricular direita causando a redução do fluxo sanguíneo.

Assim, quadros infecciosos e trauma são considerados as causas mais frequentes de tamponamento cardíaco, além do mais, pode ser encontrado também nas neoplasias, na ruptura miocárdica pós-IAM, na uremia e nas collagenoses. Deste modo, a instalação do pericárdico vai depender de dois principais fatores: o volume de líquido e a velocidade de instalação. Em algumas situações uma quantidade de 200 ml pode ser suficiente para causar a síndrome de tamponamento, em relação aos casos de instalação lenta é necessário até 2 litros para que ocorra uma manifestação clínica.

As manifestações clínicas do choque obstrutivo causado por tamponamento cardíaco apresentam pulso paradoxal, disfunção diastólica/colapso das cavidades direitas no ETT. O choque gerado por tromboembolismo pulmonar se manifesta por fatores de risco para embolia/trombose venosa, hipoxemia, polipneia, ausência de alterações na auscultação pulmonar, dilatação das cavidades direitas no ETT e dentre outros fatores. Já com relação ao choque obstrutivo causado por um pneumotórax vai apresentar desvio da traqueia, movimentos respiratórios assimétricos, abolição do murmúrio vesicular unilateralmente.

O tratamento para o tamponamento cardíaco deve ser por meio de uma drenagem do derrame. Estas ações têm como objetivo aumentar o enchimento ventricular fazendo com que se tenha uma rápida administração de volume, assim, como uma drenagem pericárdica através da descompressão cirúrgica deve ser a preferida, porém, quando o tamponamento representa um risco imediato de vida. A drenagem aberta pode ser feita por via subxifoide ou através de pericardiotomia parietal, por toracotomia esquerda.

Em casos de tromboembolismo, o tratamento será baseado na desobstrução rápida da artéria pulmonar, que pode ser conseguida com trombolíticos, que favorecem a reperfusão pulmonar antes da heparina, ou com embolectomia indicada em pacientes com contraindicação ao uso de trombolíticos.

O pneumotórax hipertensivo o tratamento deve ser assim que o diagnóstico for realizado. Onde será feita uma punção com agulha de grande calibre no segundo ou terceiro espaço intercostal anterior, na linha hemiclavicular sob o bordo superior da costela. Mesmo que o próprio procedimento cause pneumotórax, este será do tipo externo e aberto menos grave que um pneumotórax fechado.

Encerramento: Agradeço a todos, fiquem ligados nos próximos episódios!

Interlúdio/transição: Efeito sonoro

DISCUSSÃO

O choque é uma condição médica grave que pode levar à falência de múltiplos órgãos e, até mesmo, à morte. Por isso, é de suma importância que estudantes de enfermagem aprendam sobre o choque em sua formação acadêmica. Segundo o Tratado de Medicina Interna de Harrison, o choque é uma síndrome clínica que ocorre quando há uma inadequação entre a oferta e o consumo de oxigênio pelos tecidos, resultando em uma disfunção circulatória aguda e hipoperfusão tecidual (LONGO *et al.*, 2019).

Ao entender o que é o choque, suas causas e suas manifestações, os estudantes estarão mais preparados para identificar os sinais e sintomas precocemente. Isso permite um tratamento mais eficaz, minimizando a chance de complicações e aumentando as chances de recuperação do paciente. Conforme Porth e Matfin (2015), os sinais e sintomas do choque incluem hipotensão arterial, taquicardia, taquipneia, sudorese e palidez cutânea.

O podcast pode abordar diferentes tipos de choque, suas especificidades e abordagens terapêuticas. Dessa forma, os estudantes terão uma visão ampla e completa sobre o tema, o que é essencial para prestar uma assistência de qualidade ao paciente. De acordo com a Sociedade Brasileira de Clínica Médica (2016), os principais tipos de choque incluem o choque hipovolêmico, cardiogênico, obstrutivo e distributivo.

O choque hipovolêmico é um tipo de choque que ocorre quando há uma perda significativa de sangue ou de outros fluidos corporais, resultando em uma diminuição da quantidade de sangue circulante e da oferta de oxigênio aos tecidos. É uma condição médica grave que exige uma abordagem rápida e eficaz da equipe de enfermagem.

De acordo com Bhatnagar e Kumar (2020), o choque hemorrágico é uma emergência médica que requer uma resposta rápida e eficaz da equipe de enfermagem. Ainda segundo os autores, o treinamento adequado em ressuscitação cardiopulmonar e manejo de choque pode ajudar a melhorar a resposta da equipe de enfermagem ao choque hemorrágico.

Segundo Goleman *et al.* (2021), o choque cardiogênico é uma condição grave que ocorre quando o coração não consegue bombear sangue suficiente para atender às necessidades do corpo. A equipe de enfermagem desempenha um papel crucial no tratamento dessa condição, e o treinamento adequado pode ajudá-los a fornecer uma assistência mais eficaz aos pacientes.

O choque distributivo é uma emergência médica que ocorre devido à vasodilatação periférica e à diminuição da resistência vascular sistêmica, resultando em hipotensão e disfunção de múltiplos órgãos (American Heart Association, 2019). Entre as causas mais comuns estão sepse, anafilaxia e choque neurogênico.

O choque obstrutivo é uma emergência médica que requer tratamento rápido e eficaz para prevenir danos irreversíveis aos órgãos. Segundo a American Heart Association (2019), o choque obstrutivo ocorre quando há uma obstrução física no fluxo sanguíneo, levando à hipotensão e à disfunção de múltiplos órgãos. Dentre as causas mais comuns estão embolia pulmonar, tamponamento cardíaco e obstrução intestinal.

Um podcast educativo sobre o choque pode ser uma ferramenta valiosa para auxiliar na compreensão do assunto. Segundo Ceballos *et al.* (2020), os podcasts têm sido utilizados para educação em saúde, permitindo o acesso a informações relevantes de forma prática e interativa. Com um podcast sobre o choque, os estudantes de enfermagem podem aprender sobre as causas, os sinais e sintomas e as abordagens terapêuticas dessa condição médica.

Essa ferramenta também pode ser útil para aprimorar as habilidades clínicas dos enfermeiros no manejo do choque em equipe. De acordo com Yudkowsky *et al.* (2018), a utilização de tecnologias educacionais pode ajudar a melhorar a coordenação e a comunicação entre os membros da equipe de saúde durante as situações de emergência.

No contexto da educação continuada em enfermagem, o uso de tecnologias educacionais, como podcasts, pode ser uma estratégia eficaz para aprimorar o conhecimento e as habilidades dos profissionais (FOGARTY *et al.*, 2018). Em um estudo de caso realizado por Krautheim *et al.* (2020), foi possível observar que a utilização de podcasts para treinamento em simulação clínica pode melhorar a confiança e as habilidades clínicas dos enfermeiros.

Nessa perspectiva, é importante destacar que a utilização de podcasts educativos não deve substituir o treinamento em simulação clínica ou a participação em cursos presenciais (BALLESTEROS-PEÑA *et al.*, 2022). Essas tecnologias educacionais devem ser vistas como uma ferramenta complementar, que pode ajudar a reforçar conceitos já aprendidos e aprimorar as habilidades clínicas dos enfermeiros.

Ao final do episódio, é possível promover uma reflexão sobre a importância do ensino do choque na formação de estudantes de enfermagem. É uma oportunidade para que eles possam compreender a relevância da aquisição desse conhecimento para a prática profissional e para o cuidado com o paciente em emergências. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2017), a assistência de enfermagem em emergências, como no caso de pacientes em choque, exige conhecimentos técnicos e científicos específicos, bem como habilidades e atitudes adequadas para o enfrentamento dessas situações.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou conteúdo válido e disponível na literatura para a gravação de um podcast educativo para o ensino de choque para enfermagem. O podcast educativo em choque foi desenvolvido como uma ferramenta educacional interativa que favorece o processo de aprendizagem por meio de áudios/mídias claras, objetivas e acessíveis.

O uso deste recurso com estudantes de enfermagem e enfermeiros ajudará a aprimorar a compreensão do choque, contribuindo para o desenvolvimento de suas competências clínicas e na padronização das orientações fornecidas aos pacientes. Além disso, esta tecnologia educativa preenche uma lacuna na falta de materiais, treinamentos e recursos educacionais para capacitar enfermeiros no manejo do choque.

O podcast educativo em choque é uma ferramenta universalmente acessível e gratuita que pode ser utilizada em instituições de ensino e saúde como uma estratégia de educação permanente. Embora o estudo apresente algumas limitações, como a escassez de pesquisas sobre choque na enfermagem e a ausência da verificação dos efeitos pelo público-alvo. Os resultados podem servir como base para futuras pesquisas que buscam avaliar o impacto do uso do podcast educativo na melhoria do conhecimento dos estudantes de enfermagem e dos profissionais enfermeiros

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Cardiogenic Shock. 2019.

AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. AACN Practice Alert: Initial and Ongoing Management of Adults with Hemodynamic Instability. *Critical Care Nurse*, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 21-32, 2020.

BALLESTEROS-PENÑA, S. *et al.* Design and assessment of a podcast-based learning strategy in nursing students. *Nurse Education in Practice*, [s. l.], v. 62, p. 10-16, 2022.

BRANDÃO, Pedro Francisco; MACEDO, P. H. A. P.; RAMOS, Felipe Schaeffer. Choque hemorrágico e trauma: breve revisão e recomendações para manejo do sangramento e da coagulopatia. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 27, n. 4, p. 25-33, 2017.

CARVALHO, Khelyane Mesquita de; SILVA, Cynthia Roberta Dias Torres; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; ANDRADE, Elaine Maria Leite Rangel. Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 446-454, jul. 2018.

CARVALHO, Renan Henrique de; VIEIRA, Janaína Fernandes; GONTIJO FILHO, Paulo Pinto; RIBAS, Rosineide Marques. Sepsis, sepsis grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 591-593, out. 2010.

CARVALHO, F. A.; SILVA, L. M. Roteiro para televisão: importância do uso de efeitos sonoros na produção de programas. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE COMUNICAÇÃO, 18., 2018, Rio de Janeiro. Anais [...]. Rio de Janeiro: ABC, 2018. p. 221-226.

CEBALLOS, K. *et al.* Podcasting as an Effective Tool for Medical Education. *Cureus*, [s. l.], v. 12, n. 1, e6606, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 529/2017. Dispõe sobre a atuação do Enfermeiro na Assistência ao paciente em Situação de Urgência e Emergência e sobre o dimensionamento de Enfermagem para estas unidades. 2017.

CORDEIRO, Aldenora Laísa Paiva de Carvalho *et al.* Programa de ensino híbrido para o desenvolvimento de competências na aspiração de vias aéreas artificiais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s. l.], v. 29, e3462, 2021.

COSTA, Camila Chaves da. Elaboração, validação e efeitos de intervenção educativa voltada ao controle da sífilis congênita. 2016. 272 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

COSTA, I. C.; ROCHA, A. K. Assistência de enfermagem a pacientes com diagnóstico de choque hipovolêmico. *Revista InterScientia*, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 77-88, 14 dez. 2016.

DANTAS, J. *et al.* Revisão Narrativa sobre Choque na Sala de Emergência. *Acta Médica Portuguesa*, [s. l.], v. 34, n. 6, p. 451-459, 1 jun. 2021.

FOGARTY, L. *et al.* Podcasting in medical education: a review of the literature. *Korean Journal of Medical Education*, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 11-20, 2018.

FOGARTY, M.; CRETCHLEY, P.; HARMAN, C. Podcasts as an innovative tool to enhance learning and teaching. In: ALLY, M.; TSINAKOS, A. (Eds.). *Mobile and ubiquitous learning: an international handbook*. p. 139-148, 2018. Springer.

KRAUTHEIM, A. M. *et al.* Evaluation of a simulation-based podcast on pediatric asthma management: A feasibility study. *Clinical Simulation in Nursing*, [s. l.], v. 50, p. 49-53, 2020.

LIMA, C. F.; TEIXEIRA, L. A. Produção de programas para televisão: técnicas para construção de roteiros. *Cadernos de Comunicação*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 89-98, 2019.

LONGO, D. L.; FAUCI, A. S.; KASPER, D. L.; HAUSER, S. L.; JAMESON, J. L.;

LOSCALZO, J. Harrison: medicina interna. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. MCNEER, R. R. *et al.* Cardiogenic shock: A review for the emergency nurse. *Journal of Emergency Nursing*, St. Louis, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2019.

OLIVEIRA, S. C.; SOUZA, F. A. Efeitos sonoros na televisão: como utilizá-los de forma adequada. *Revista de Comunicação Visual*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 56-63, 2021.

PINTO, E. A.; FERREIRA, M. A. Técnicas de apresentação em programas de TV: como tornar o conteúdo mais envolvente para o espectador. *Comunicação em Foco*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 41-51, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTH, C. M.; MATFIN, G. *Pathophysiology: Concepts of Altered Health States*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.

ROHR, Robson Dupont; NICODEM, Maico Alexandre; CASTRO, João de Carvalho. Choque—princípios gerais de diagnóstico precoce e manejo inicial. *Acta méd.(Porto Alegre)*, v. 35, p. 8, 2014.

SANTOS, A. M.; ALMEIDA, R. O. de. Apresentação de programas de TV: dicas para o apresentador. *Revista de Comunicação*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 67-78, 2018.

SENNA, J. M.; SANT'ANA, A. R. A importância do uso de efeitos sonoros na produção de programas televisivos. *Revista Brasileira de Comunicação*, Belo Horizonte, v. 42, n. 1, p. 28-35, 2021.

SILVA, Albaniza Rocha da *et al.* A atuação do enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), em pacientes nos casos de choque. *Artigo de Revisão*.

SILVA, H. C.; CARVALHO, J. L. Encerramento de programas de TV: dicas para um fechamento eficaz. *Comunicação & Mídia*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 112-122, 2020. SILVA, E. G. C. *et al.* O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [s. l.], v. 45, n. 6, p. 1380–1386, dez. 2011.

SILVA, Mônica Maria de Jesus; PANOBIANCO, Marislei Sanches; CLAPIS, Maria José. Tecnologias da informação e comunicação no ensino de pós-graduação em enfermagem na pandemia de covid-19. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 25, e1368, 2021.

SILVEIRA, Andressa da *et al.* Estratégias e desafios do ensino remoto na Enfermagem.

Enfermagem em Foco, [s. l.], v. 11, n. 5, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA. Consenso brasileiro de choque.

Revista Brasileira de Terapia Intensiva, [s. l.], v. 28, p. 1-81, 2016. Suplemento 1.

TRENTINI, Marcela de Camargo. Choque. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina Veterinária) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

YUDKOWSKY, R. *et al.* Podcasting in Medical Education: A Survey of Podcaster Attitudes and Impact on Undergraduate Learning. *Health Professions Education*, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 15-23, 2018.

DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM RISCO CARDIOVASCULAR

Raércia dos Santos Carneiro - Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia.

Johann Aires Boness - Médico. Mestrando em Saúde da População Negra e Indígena pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Luis Filipe Rasia Pacheco - Bacharel em Saúde. Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Joice Oliveira Nascimento Batista - Bacharel em Saúde e Enfermeira pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

João Cruz Neto - Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

Nuno Damácio de Carvalho Félix - Enfermeiro. Pós-doutorado na Universidade Federal de São Paulo. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

INTRODUÇÃO

No cenário dos cuidados em saúde, aponta-se a necessidade de estratégias voltadas à melhoria da assistência, como as tecnologias cuidativas-assistências (Salbego et al., 2018), em que neste capítulo tem como objeto o desenvolvimento tecnológico para o cuidado de pessoas com risco cardiovascular. No advento das novas tecnologias o processo criativo dos profissionais de saúde influencia diretamente nos modos de viver, com impactos significativos ao bem-estar da população. Com o processo de globalização e o rápido desenvolvimento e disponibilidade dos produtos tecnológicos, houve aumento no acesso às informações, através das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), com alcance global e célere integração/interação na prestação de assistência em saúde (Santos, 2023).

Ressalta-se a presença de TIC nos serviços de saúde em prontuários eletrônicos, *Business Intelligence* e na computação móvel (Novoa; Netto, 2019). Contudo, este recurso ainda encontra-se limitado quando relacionado à assistência de enfermagem e, em especial, ao cuidado à pessoa com risco cardiovascular, sendo esta uma importante lacuna do cuidado a este público específico.

Embora a atenção primária (APS) seja dotada de ferramentas para o cuidado ao paciente crônico e a assistência aos ciclos de vida, o componente relacionado ao risco ainda é pouco abordado na literatura científica. Por outro lado, entende-se a necessidade de construir tecnologias/programas que aprimorem os conhecimentos em saúde e desenvolvam competências clínicas dos profissionais da APS. Quando aplicadas, demonstram efeito positivo

na construção de conhecimento, discussão de casos clínicos e auxílio em condutas (Mota et al., 2018) além de facilitar o vínculo usuário-profissional (Vasconcellos-Silva et al. 2010)l.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que o uso de tecnologias nos cuidados em saúde pode ajudar na segurança das informações e dos dados armazenados, ética no tratamento das informações e na garantia de acesso universal aos serviços pelas populações vulneráveis (OMS, 2007; Silva; Elias, 2019). Além disso, torna-se evidente a necessidade de capacitação profissional para o uso destas tecnologias nos serviços de saúde (Sudré *et al.*, 2020).

O uso de recursos tecnológicos na enfermagem possibilita otimizar o cuidado, torná-lo resolutivo e dinâmico. Ainda, auxilia na implementação do Processo de Enfermagem (PE)por meio da inserção na prática clínica de enfermeiros (Chiavone et al., 2021), demonstrando a influência positiva de tecnologias no cotidiano da prática.

No cuidado cardiovascular, a implementação de TIC são limitadas (Félix; Nóbrega, 2020; Kobayashi; Leite, 2015), especialmente quando relacionado a programas de cuidado (Lin et al., 2014), o que permeia o déficit no conhecimento. Portanto, este estudo visa preencher uma lacuna no conhecimento de enfermagem por meio da utilização de TICs no cuidado de enfermagem ao risco cardiovascular o que pode, a médio e longo prazo, compor um programa de cuidados.

Nesse sentido, este capítulo apresenta como objetivo relatar o processo de construção de um *software* voltado para o cuidado de pessoas com risco cardiovascular.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, derivado de uma pesquisa metodológica aplicada. O software aqui denominado e-TEORISC é ancorado em um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e organizado em telas conforme a Teoria do Cuidado no Contexto de Risco Cardiovascular (TEORISC), o que corrobora com a de atenção especial aos fatores de risco cardiovascular, já que esses são múltiplos e contribuem para a elevação do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, assim como a elevação da morbimortalidade, havendo necessidade de reconhecimento desses fatores no processo de desenvolvimento do cuidado (Félix, 2019).

A experiência se deu a partir da construção do *software* em que se adotou etapas baseadas em Pressman (2011), a saber: 1) Engenharia de requisitos; 2) Arquitetura de software; 3) codificação; 4) Testes de *software*. Destaca-se que das quatro etapas supracitadas, para a

construção deste produto utilizou-se as etapas um, dois e três, e que as demais estão em processo de testagem.

Na Engenharia de requisitos busca-se entender quais as funcionalidades que os participantes gostariam que o *software* apresentasse, bem como o conteúdo a ser abordado, a fim de desenvolver o *Minimum Viable Producte* (MVP). A construção do MVP buscou identificar o perfil do usuário que irá utilizar o *software*, sendo este o que possui o risco cardiovascular, a fim de evitar o desenvolvimento futuro de uma doença cardiovascular.

A Arquitetura de *software* buscou compreender quais são os comportamentos esperados do software, a fim de atender as demandas dos usuários previamente estabelecidas. Aqui, identificou-se os cenários prováveis de arquitetura de *software*, a tomada de decisões e a visualização prévia das visões arquiteturais. Com a finalidade de materializar o MVP, as telas iniciais do produto foram construídas utilizando o *software Web Canva®*, para posterior estruturação pelo profissional da programação. Além disso, desenvolveu-se nesta fase o protótipo do *software*.

O processo de construção do *software* para o cuidado no contexto de risco cardiovascular ocorreu no ano de 2021, através de reuniões online e presencial, compostas por uma equipe formada por enfermeiros, discentes de enfermagem e medicina, pesquisadores e engenheiro de *software*. Assim, para a concretização das etapas desenvolvidas, realizou-se cinco encontros, com subtemas definidos, para definição de conteúdo e funcionalidades do produto desejado, bem como para o desenvolvimento de um protótipo.

RESULTADOS

A primeira sessão para o desenvolvimento do *Minimum Viable Product* (MVP) ocorreu no dia 08 de Setembro de 2021. O engenheiro de *software* foi o responsável pela condução da sessão. Inicialmente, realizou-se uma dinâmica, denominada de “Meu primeiro trabalho”, a fim de conhecer os participantes e promover a interação. Posteriormente, foi explicado aos ouvintes sobre o método *Lean Inception* e sobre o seu objetivo e finalidade, assim como sobre o conceito de MVP.

Como técnica de facilitação da comunicação grupal, foram adotadas: “formação do Aquário”, adaptada ao modelo virtual, onde os participantes discutem e constroem o produto coletivamente; “No centro das atenções”, que corresponde ao momento em que um participante dá uma ideia e os demais membros vão direcionar a atenção a ela; “Fale e agrupe” consiste em

agrupar as ideias apresentadas, de forma resumida; “Todos falam e contribuem” e “Você faz, eu faço também, depois comparamos”.

Ainda, foram apresentadas as fases que foram utilizadas para o desenvolvimento do MVP, quais sejam: Kick-Off; visão do produto; o produto é-não é-faz-não faz; objetivos do produto e personas. A fase 1 “Kick Off” consiste na apresentação e explicação do método utilizado e dos seus desenvolvedores. A fase 2 “Visão do produto” é utilizada para trilhar o caminho inicial do produto. Assim, partindo das etapas da fase 2, decidiu-se ao final da sessão 1, após discussão entre os participantes, que o produto se destina aos indivíduos, sendo este o cliente final, cujo problema que precisa ser resolvido é a assistência inadequada ao risco cardiovascular. Além disso, decidiu-se que o nome do produto e que ele será um software.

Na sessão 2, deu-se continuidade à fase 2, decidindo qual o benefício que o produto traz perante o problema, qual a concorrência que o produto tem e qual o diferencial do produto que está sendo desenvolvido. Na sessão 3, entendeu-se que a tecnologia em questão seria um *software*, gratuito, uma ferramenta para o profissional de saúde, com uso multiprofissional, mas com foco na atuação do enfermeiro. No item “não faz”, o aplicativo não dará diagnósticos, sejam eles médicos ou de enfermagem e não será capaz de determinar a conduta a ser seguida.

Na sessão 4, foram discutidos os objetivos do produto. Assim, inicialmente definiu-se objetivos amplos e, posteriormente, ocorreu o agrupamento dos objetivos. Desta forma, definiu-se objetivos voltados para ao auxílio na identificação da condição do paciente; capacitação dos profissionais para uso do *software*; autocuidado do paciente para a prevenção de doenças cardiovasculares.

A sessão 5 correspondeu à fase de desenvolvimento da persona, na qual tem-se como finalidade identificar o usuário da tecnologia, através da criação e caracterização de personagens fictícios (quadro 1).

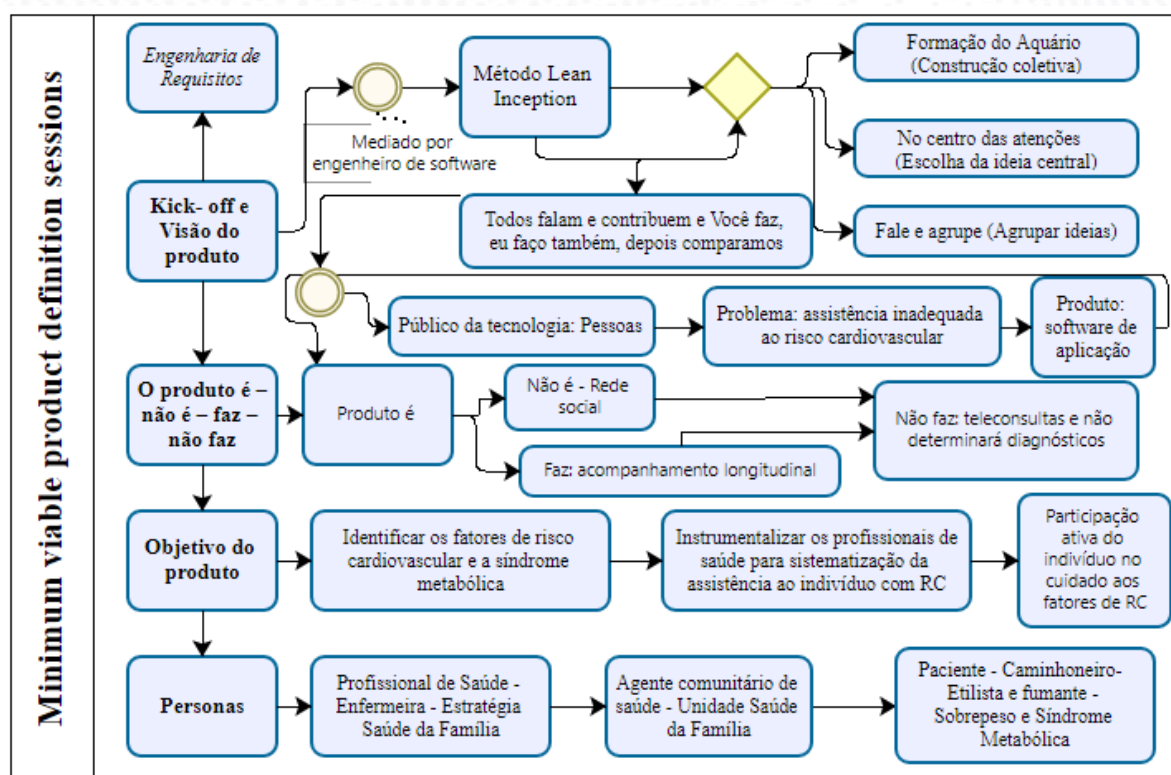
Quadro 1 - Caracterização das *personas* do MVP, Bahia, 2023.

Nome	Ana	Berenice	Teobaldo
Profissão	Enfermeira (7 anos) com bom raciocínio clínico. Trabalha na Estratégia de Saúde da Família 40H semanais.	Agente Comunitária de Saúde (10 anos). Trabalha na Unidade de Saúde da Família e mora na área adstrita do bairro Calabar.	Caminhoneiro
Características Gerais	30 anos, casada com dois filhos, Mateus (8 anos) e Camila (4 anos).	38 anos, 1 filho, divorciada. Ensino Médio completo	42 anos, divorciado e possui cinco filhos. Etilista e fumante, possui sobrepeso, síndrome metabólica. Ensino Médio Completo
Perfil Comportamental	Liderança, proatividade, tensa com a cobrança no trabalho, ágil, resolutive, ansiosa e possui resistência à mudanças.	Resistente à mudanças, é sobrecarregada, trabalha mais que o limite estabelecido, estressada, possui habilidade de comunicação e apresenta atitude de confronto com outros agentes da equipe	Sedentário, dorme mal, viaja durante a semana e, por isso, têm dificuldades em comparecer à USF, sua alimentação é rica em gorduras e frituras e faz uso excessivo de arrebite.
Necessidades Saúde	Em Tornar rápida a identificação dos fatores de risco cardiovascular, capacitação para identificação dos fatores de risco cardiovascular e auxílio para orientar a prescrição de cuidados.	Saber identificar os indivíduos com risco cardiovascular.	Reconhecer os fatores de risco cardiovasculares, receber assistência, evitar as consequências dos fatores de risco cardiovascular, melhorar os hábitos de vida e melhorar suas condições laborais

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto às suas necessidades, ele precisa ajudar o profissional a reconhecer os fatores de risco cardiovascular, planejar o plano de cuidados, melhorando os hábitos de vida e melhorar suas condições laborais, tendo em vista que os fatores, psicossociais, culturais, laborais, cardiometabólicos e comportamentais estão intimamente relacionados ao desenvolvimento de fatores de risco cardiovascular e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A figura 1 exemplifica o processo inicial da construção do *software*.

Figura 1 - Etapas de desenvolvimento da engenharia do *software*, Bahia, Brasil, 2024.



Fonte: Elaborada pelos autores.

A arquitetura de *software* e codificação foi desenvolvida em encontros posteriores. Nessa perspectiva, a etapa dois foi atendida através da construção do protótipo esperado e do produto desenvolvido. Nesse ínterim, a partir da discussão coletiva decidiu-se que a estrutura inicial da tecnologia foi dividida em: tela inicial e suas funcionalidades, escolha do perfil a ser acessado e acesso com login ou cadastro. Destaca-se que o logotipo do produto passará por ajustes conforme atualizações do sistema e exposição do nome do software. A primeira consulta após o cadastro deve ocorrer de forma presencial com profissional de saúde, sendo este um quesito obrigatório para o uso do *software*, a fim de realizar uma anamnese detalhada do paciente. Para os profissionais, estes poderão realizar o primeiro acesso, mediante validação e *upload* da cópia de documentos pessoais e profissionais.

Através do *software*, o enfermeiro poderá tomar decisões alicerçadas no PE, através da realização das cinco etapas, que são inter-relacionadas e interdependentes. Poderá, ainda, ter acesso às informações de saúde do paciente durante o período de tempo desejado, bem como ter acesso às evoluções das demais categorias profissionais. Ressalta-se que o histórico de

enfermagem foi adaptado para a investigação de fatores modificáveis e não modificáveis para o risco cardiovascular.

DISCUSSÃO

Mediante a construção do MVP, que é um conceito originado do modelo Toyota de Produção Enxuta e tem como finalidade contribuir na construção de um produto de forma rápida, com qualidade, menor esforço, maior economia, e que seja capaz de ser modificado e melhorado a partir do feedback dos usuários, observa-se a adequação da proposição desta pesquisa aos resultados apresentados. Ressalta-se que o protótipo faz parte de um programa de cuidados a pessoas com risco cardiovascular. Em síntese, esta ferramenta possui a capacidade auxiliar na triagem, identificação de riscos, propostas de intervenção e auxílio ao raciocínio clínico de Enfermagem, alicerçada no PE e na CIPE®.

No que concerne a apresentação em tela, observa-se a produção de um *software* viável, com estruturas típicas da arquitetura e linguagem de máquinas (*mechanic learning*) o que congrega cinco fases bem delimitadas e que viabilizam a operacionalização do sistema. Contudo, devido ao ineditismo de uma produção tecnológica no âmbito do risco cardiovascular é importante delimitar sua necessidade de adequação ao ambiente digital, bem como atualizações frequentes próprias de pesquisas com esse escopo.

Para a construção de ferramentas em saúde disponíveis em meio digital faz-se necessária a adequação à proposta e aos objetivos da saúde digital. Nesse sentido, para este estudo, saúde digital é o desenvolvimento prático de alta complexidade, decorrente da ação de diferentes atores/interesses, visando suprir a escassez de recursos humanos e a complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2020). Nessa perspectiva, um MVP fornece luz a uma lacuna da assistência, possibilitando o desenvolvimento de um produto factível à prática.

A prototipagem faz parte de uma estratégia eficaz na construção de tecnologias em saúde. Nesse quesito, a elaboração do material perpassa a estruturação em fases, estas por sua vez devem ser possíveis de testagem e aplicação, para tanto, utiliza-se o método de estudos de caso hipotéticos com implicações práticas, no qual é possível ver a adequabilidade da tecnologia (Elverum; Torgeir; Tronvoll, 2016). Ressalta-se que, para este estudo foram identificados três casos hipotéticos de possíveis usuários do *software*, o que possibilita a aproximação entre o que é desejado pelos desenvolvedores e os possíveis usuários do produto.

Os protótipos já fazem parte da rotina dos serviços de saúde com vistas a ampliação de um método holístico, acessível e amplamente usado. A prototipação pode auxiliar na digitalização de serviços públicos com a finalidade de congregar achados e dados dispostos em um banco de dados de domínio público ou privado, e com requisitos específicos como relatórios, fluxos e dicionários (Gardengi *et al.*, 2020). Por isso, a etapa de prototipagem desenvolvida neste relato torna-se de grande relevância para a construção e aplicação de ferramentas digitais.

Na área da saúde, os protótipos têm sido utilizados para identificar a obesidade em registros clínicos de alunos em atividades de prática avançada em enfermagem, possibilitando a documentação incipiente quanto ao manejo do quadro clínico, evidenciando que a sua implementação pode apoiar a decisão terapêutica e auxiliar profissionais na integração com linguagens padronizadas como a SNOMED-CT (Lee; Bakken, 2007). Nesse caso, o protótipo em questão utilizou a CIPE como sistema de classificação, que contempla 55 diagnósticos e 169 intervenções de enfermagem para o público em risco cardiovascular.

Os protótipos são meios que possibilitam otimizar os registros de enfermagem e assim dinamizar as ações da equipe. Desta forma, eles auxiliam na tomada de decisão ao combinar diferentes fontes de saber como a engenharia de *software* e o raciocínio clínico, a partir da formulação de perfis adequados aos usuários (Oliveira; Barros; Oliveira, 2010), registros diretos e objetivos das informações de saúde em diferentes contextos (Lima; Santos, 2015), liberdade, padronização de assistência, diminuição de tempo em registros burocráticos e resgate facilitado de informações (Rezende; Santos; Medeiros, 2016), além da necessidade de reavaliação permanente (Carvalho; Évora, Mascarenhas, 2016). Ressalta-se que o protótipo do estudo em telas tem a finalidade de corroborar com os objetivos expostos na literatura, bem como o armazenamento sistemático da informação.

A proposta da construção de uma tecnologia assistencial para operacionalizar um programa de cuidado para pessoas com risco cardiovascular demonstra-se como inovadora no cuidado ao indivíduo. Assim, *softwares* com essa temática podem corroborar com o rastreamento do risco cardiovascular e tendem a incentivar o autocuidado com a saúde quando esse risco é identificado, e como consequência tem-se a redução da morbimortalidade por causas cardiovasculares (Muhihi, Anaëli, Mpembeni *et al.*, 2020)

Nessa perspectiva, observa-se a importância da atuação da enfermagem no cuidado a indivíduos com risco cardiovascular, o que pode ser melhorado com a inserção de uma tecnologia nos serviços de assistência à saúde, tendo em vista que contribui para o

acompanhamento da situação de saúde do paciente, de cuidado direcionado e com acesso em dispositivos móveis, configurando-se como uma inovação para a saúde, sobretudo na esfera do cuidado no contexto de risco cardiovascular. Estudo aponta a necessidade da construção de protótipos e *softwares* para a estratificação do risco cardiovascular, demonstrando a necessidade da utilização do processo iterativo e incremental, a qual utilizou-se nesta pesquisa (Galeno *et al.*, 2020).

Corroborando com este tipo de método, estudo de Santos, Tiosso e Petrucelli (2019) que objetivou descrever a utilização dos conceitos do MVP na construção de um aplicativo móvel que contribui na melhoria da mobilidade urbana na cidade de São Paulo utilizou etapas similares ao presente estudo, sendo possível definir as funcionalidades do aplicativo, a fim de entregar um produto parcialmente completo, mas com boa qualidade nas ideias iniciais apresentadas, evidenciando a importância da utilização do MVP no processo de desenvolvimento de aplicativos móveis.

Estudo de Santos e Alves (2020) objetivou aplicar os conceitos para a realização de um estudo de viabilidade, desenvolvimento de um produto mínimo viável e estudo de modelo de negócios. Nessa perspectiva, no que se refere ao desenvolvimento de um MVP, os autores seguem as etapas utilizadas no presente estudo, enfatizando a importância da utilização deste conceito no desenvolvimento de protótipos iniciais de aplicativos móveis, por possuir características de agilidade, ser moldável e requerer menores custos, tornando-se uma ferramenta eficiente no processo de desenvolvimento de ferramentas *mobiles*. Dessa forma, os autores enfatizam que, para o desenvolvimento de um MVP de qualidade, o foco deve estar no usuário e nos requisitos que estes demandam, a fim de atender as necessidades e estabelecer os requisitos essenciais para estarem no produto final.

A construção deste produto tecnológico é alicerçada na Teoria do Cuidado no Contexto do Risco Cardiovascular (TEORISC), o que proporciona um suporte teórico ao *software* no sentido de trazer elementos que possibilitam contribuir com o pensamento crítico do enfermeiro na operacionalização do processo de enfermagem.

Nessa perspectiva, a contribuição da TEORISC para este estudo envolve diferentes vertentes, com enfoque nas etapas do PE, sendo esta voltada para o risco cardiovascular, através de um instrumento construído e validado por Félix (2019), o que auxiliou no desenvolvimento do protótipo, tendo em vista que, ao compreender a associação das cinco etapas do PE com a prevenção de doenças cardiovasculares, pôde ser utilizado como forma de ajudar os profissionais de enfermagem a se familiarizar com o PE.

Dessa forma, a TEORISC, associada ao instrumento desenvolvido, se configuram como instrumentos valiosos para a prática de enfermagem, pois orienta o cuidado em saúde sobre a ótica do enfermeiro, embasado cientificamente e utilizando um sistema de linguagem padronizada mundialmente conhecido, contribuindo também para a difusão da importância do uso de Sistemas de Linguagem Padronizada em Enfermagem e da incorporação do PE na prática cotidiana que, por sua vez, pode gerar dados e indicadores para os serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a criação de protótipos e de futuros *softwares* para o cuidado cardiovascular contribui positivamente para a identificação do risco e a prevenção do acometimento dos indivíduos por doenças cardiovasculares. Ainda, a inserção das tecnologias tem potencial inovador para contribuição nos serviços de saúde, tendo em vista a crescente utilização da internet no mundo e do desenvolvimento e adesão das tecnologias no cotidiano. Destaca-se que, após a análise do protótipo, ocorrerá a codificação dos dados e a posterior avaliação do software, a fim de entregar um aplicativo que atenda as necessidades do público-alvo.

O desenvolvimento desta pesquisa contribui não só para a área da enfermagem, como também para o campo da saúde, de forma ampliada, pois trata-se de um *software* que poderá ser utilizado pela equipe multiprofissional, com destaque para a liderança do enfermeiro, a qual poderá utilizar as etapas do PE. As limitações deste estudo dizem respeito à identificação de poucos materiais voltados para a construção de protótipos voltados para o cuidado a indivíduos com condição cardiovascular, haja vista que a maioria dos estudos estão voltados para o tratamento de doenças crônicas de origem cardiovascular ou de agravos decorrentes delas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

CARVALHO, L.R.; ÉVORA, Y.D.M.; ZEM-MASCARENHAS, S.H. Assessment of the usability of a digital learning technology prototype for monitoring intracranial pressure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2777. doi: 10.1590/1518-8345.1054.2777

CHIAVONE, F. B. T.; PAIVA, R.M.; MORENO, I. M.; PÉREZ, P. E.; FEIJÃO, A. R.; SANTOS, V. E. P. Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. *Acta Paulista Enfermagem*, 34, eAPE01132. 2021. doi: 10.37689/acta-ape/2021AR01132

COSTA, M.F.; SILVA, L.R.F.M.S.; NUNES, B.S.; MELO, R.F.; ROCHA, T.N.A.; ESTEVAM, A.S. As tecnologias de informação e comunicação no âmbito da enfermagem. *Rev Recien - Rev Científica Enferm*. 2019 Sep 17;9(27):108–16. doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.108-116

ELVERUM, V.W.; WELO, T.; TRONVOLL, S. Prototyping in New Product Development: Strategy Considerations. *Procedia CIRP* 50, 2016;117–122. doi: 10.1016/j.procir.2016.05.010

FÉLIX, N.D.C.; NÓBREGA, M.M.L. Cardiovascular Risk as a Context of Care. 2020;9(5):21–2. doi: 10.19080/NFSIJ.2020.09.555772.

FÉLIX N.D.C. Subconjunto terminológico da CIPE para pessoas com síndrome metabólica: base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco cardiovascular. Tese (Doutorado em Enfermagem), João Pessoa, 2019. 399 f.

GALENO, D.S.; MOREIRA, T.M.M.; VERGARA, C.M.A.C.; SAMPAIO, H.A.C.; VASCONCELOS FILHO, J.E. Design de uma tecnologia mHealth para escores de estratificação de risco cardiovascular apoiado no Letramento em Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2020 Jul;44(126):656–65. doi: 10.1590/0103-1104202012605.

GARDENGHI, J.L.; PEREIRA, L.G.; ALCANTARA, S.M.; FIGUEIREDO, R.M.C.; RAMOS, C.S.; RIBEIRO, L.C.M.. Digitalization by Means of a Prototyping Process: The Case of a Brazilian Public Service. *Information* 2020, 11, 413. doi: 10.3390/info11090413

KOBAYASHI, R.M.; LEITE, M.M.J. Technological competencies in cardiovascular nursing education. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2015;49(6):971–7. doi: 10.1590/S0080-623420150000600014

LEE, N; BAKKEN, S. Development of a prototype personal digital assistant-decision support system for the management of adult obesity. , 76(supp-S2), 2007. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2007.05.009

LIN, C.H.; CHIANG, S.L.; TZENG, W.C.; CHIANG, L.C. Systematic review of impact of lifestyle-modification programs on metabolic risks and patient-reported outcomes in adults

with metabolic syndrome. *Worldviews evidence-based Nurs.* 2014 Dec 1;11(6):361–8. doi: 10.1111/wvn.12069.

MEDEIROS, L.L.; RIBEIRO, S. S. Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Aquichan.* 2015;15(1):31-43. doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.4

MOTA, D.N.; TORRES, R.A.M.; GUIMARÃES, J.M.X.; MARINHO, M.N.A.S.B.; ARAÚJO, A.F. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. *J Health Inform [Internet].* 2018 ;10(2):45-9. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/563/330>

MUHIHI, A.J.; ANAELI, A.; MPEMBENI, R.N.M. et al. Public knowledge of risk factors and warning signs for cardiovascular disease among young and middle-aged adults in rural Tanzania. *BMC Public Health* 20, 1832 (2020). doi: 10.1186/s12889-020-09956-z

NOVOA, C.; NETTO, A.V. (orgs). *Fundamentos em gestão e informática em saúde.* São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2019. 77f.; ePUB.

OLIVEIRA, C.G.; BARROS, K.A.A.L.; OLIVEIRA, A.G. Construção de um protótipo de software para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizando a engenharia de software e usabilidade. *J. Health Inform.* 2010 Jan-Mar; 2(1): 1-6 Disponível em: <https://www.jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/83>

OLIVEIRA, G.M.M.; BRANT, L.C.C.; POLANCZYK, C.A.; MALTA, D.C.; BIOLO, A.; NASCIMENTO, B.R.; SOUZA, M.F.M.; et al.. Cardiovascular Statistics - Brazil 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2022 Jan;118(1):115-373. English, Portuguese. doi: 10.36660/abc.20211012.

REZENDE, L.C.M.; SANTOS, S.R.; MEDEIROS, A.L. Assessment of a prototype for the Systemization of Nursing Care on a mobile device. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2714. doi: 10.1590/1518-8345.0898.2714 m

SANTOS, A. Tecnologias de informação e comunicação: limites e possibilidades no ensino superior. *Anuário da Produção Acadêmica Docente.* 2011;5:129–50. Disponível em: <https://www.partes.com.br/2015/05/24/tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-limites-e-possibilidades-no-ensino-superior/>

SANTOS, H.G.; ALVES, L.J.M. Modelagem de um Produto Mínimo Viável no ramo da educação online: Um estudo de caso da empresa Ambiental Pro /Henrique Gonzalez Santos e Leo Jorge Miranda Alves – Rio de Janeiro: UFRJ/ Escola Politécnica, 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.poli.ufrj.br/monografias/monopoli10030608.pdf>

SANTOS, O.G.F.; TIOSSO, F.; PETRUCCELLI, E. E. Demonstração dos benefícios do minimum viable product na criação de um novo aplicativo móvel. *Revista Interface Tecnológica*, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 124–135, 2019. Disponível em: <https://revista.fatectq.edu.br/interfacetecnologica/article/view/567>.

SALBEGO, C.; NIETSCHKE, E.A.; TEIXEIRA, E.; GIRARDON-PERLINI, N.M. O.; WILD, C.F.; ILHA, S.. Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 6, p. 2666-2674, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0753>.

VASCONCELLOS-SILVA, C.P.R.; VASCONCELLOS-SILVA, R. P.; CASTIEL, D. L.; BAGRICHEVSKY, M.; HARTER GRIEP, R. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. *Cad Saude Publica*. 2010;26(8):1473–82. doi: 10.1590/S0102-311X2010000800002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35suppl2/e00071518/pt>

ANÁLISE DE VÍDEOS DO *YOUTUBE* SOBRE PARTO LÓTUS

Cleanis de Kassia Silva Aguiar - Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Unyleya.

Ana Clara Gonsaga Silva – Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Maria Aparecida Alves de Oliveira Serra - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

Francisca Aline Arrais Sampaio Santos - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

José Freire de Carvalho Junior - Pedagogo. Mestre pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Professor do Município de Imperatriz.

Roberta de Araújo e Silva - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão. Docente Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o nascimento são eventos únicos, particulares e sua experiência será marcada na memória. Dessa forma a assistência materna de qualidade deve preocupar-se com a experiência para a mulher, atentando para a saúde física e emocional, de forma a prevenir complicações e responder a emergências. Todavia no Brasil, o modelo predominante de assistência ao parto e ao nascimento é o tecnocrático, que leva a uma medicalização excessiva e privilegia a percepção do paciente como objeto (Brasil, 2014).

Com as crescentes denúncias ao modelo tecnocrático, com objetivo de garantir que a mulher vivencie uma experiência de maternidade segura e com bem estar, é trabalhado no Brasil um novo paradigma, a atenção humanizada à mulher, à criança e à família, respeitando os valores culturais e a individualidade, devendo a equipe estar preparada para acolhê-los, respeitando as escolhas para o momento (Gomes *et al.*, 2014).

O uso abusivo da tecnologia advém de uma crença que há maior segurança, desconsiderando a mulher e sua fisiologia. Dessa forma, a humanização preconiza o respeito aos aspectos fisiológicos da mulher, evitando intervenções desnecessárias (Brasil, 2014). Opondo-se ao parto extremamente intervencionista, surge a crescente busca pelo parto domiciliar, que pode estar relacionada ao respeito da fisiologia do parto, com intervenções reduzidas, onde ocorre em um ambiente acolhedor, privado, possibilitando um maior número de acompanhantes e a mulher tem mais autonomia, podendo aderir a práticas como parto na água e práticas com respeito a sua cultura (Koettker, 2017).

Diante das diversas práticas que envolvem o nascimento, Vargas (2017) evidenciou a influência da herança cultural nos cuidados à saúde da puérpera e do recém-nascido, identificando a necessidade de buscar entendê-las, realizando o cuidado integral e respeitando a identidade cultural da família. Dessa forma, a elaboração do plano de parto fornece conhecimento à mulher e traz autonomia, emponderando-a com a capacidade de escolha.

A elaboração de um plano de parto tem como objetivo preparar a parturiente, o cônjuge e a equipe. Geralmente é elaborado, em forma de carta, trazendo as preferências da gestante, deve ser realizado durante o pré-natal de forma que a mulher seja orientada com relação aos procedimentos comuns e os procedimentos indesejados, informando a respeito dos riscos e benefícios das diversas opções de escolha (Barros *et al.*, 2017; Brasil, 2017).

De acordo com Rossa (2017), apesar das discussões com relação ao parto humanizado não garante o respeito às práticas culturais, principalmente com relação às escolhas dos rituais durante o parto e o pós-parto, principalmente com relação à destinação da placenta. Dessa forma buscando respeitar as escolhas da parturiente e família, surge a preocupação com a mesma, que para muitas culturas possui significado e a sua destinação ocorre de acordo com a crença.

Para as parteiras Apurinã, Kaxinawá e Tupinikim, a placenta é vista como “companheiro”, uma espécie de irmão do recém-nascido, que ao morrer deve ser enterrada após o parto (Oliveira, 2014). Além do mais, diversas culturas utilizam a placenta como chá revigorante, podendo também ser transformada em pó para confecção de cápsulas, sendo considerada sua ingestão, de forma empírica, revigorante, anti-hemorragica, antidepressiva, e estimuladora de produção de leite materno (Kruno *et al.*, 2017).

Diante das práticas culturais durante o parto e puerpério, encontra-se o Parto Lótus, uma prática onde o cordão umbilical não é cortado após o parto e o recém-nascido permanece ligado à placenta, até que ocorra a separação natural. A prática é vista como uma forma de transição, na qual a separação ocorreu lentamente e gentilmente, levando de três a 10 dias para queda do cordão umbilical (Buckley, 2005).

O Parto Lótus é um ritual recente, tendo origem na década de 70 após Clair Lotus Day, grávida, moradora da Califórnia questionar o corte do cordão umbilical, onde encontrou um obstetra que realizou seu parto deixando o cordão intacto. Após o nascimento de seu filho, Clair disseminou a prática por meio de Jannine Parvati Baker, nos Estados Unidos da América e Shivam Rachana na Austrália, dessa forma, muitas mulheres aderiram (Buckley, 2005).

Para que ocorra a secagem da placenta, são adicionadas algumas ervas como lavanda, alecrim, menta e sal grosso (Feyer *et al.*, 2012). Segundo Collaço *et al* (2016), no parto lótus, o pai providencia o sal e as ervas para colocar na placenta e fechá-la. Os defensores do parto lótus afirmam que não há risco de infecção, pois não há ferida, o oposto do corte do cordão, já que é uma ferida aberta, necessita curar, secar e cair.

A decisão para escolha do Parto Lótus advém principalmente de contatos sociais que as famílias têm com outros casais adeptos a esse estilo de vida, que visa o respeito ao “ritmo da natureza” e aos ciclos vitais, sendo que em diversas ocasiões mostram livros, discussões ou sites que se referem a tratamentos alternativos com a placenta (Feyer, 2012).

Assim, com a grande popularidade das novas práticas, as ferramentas virtuais, como YouTube, assumem um papel muito importante na tomada de decisões quanto ao parto, pois de acordo com Vieira Júnior (2018) as plataformas de vídeo tornaram-se uma das principais formas de disseminação de informações, devido a facilidade de acesso.

O YouTube, criado em fevereiro de 2005, permite acesso gratuito, possibilitando que todos façam upload de vídeos, visualizem, comentem e compartilhem vídeos tendo como valores a liberdade de expressão, direito à informação, direito à oportunidade e liberdade para pertencer. Dessa forma, criando comunidades e facilitando a disseminação de conhecimento (Santos; Lima, 2016).

Por se tratar de uma prática amplamente difundida no meio virtual, recente e pouco estudada no meio científico, os riscos e benefícios do Parto Lótus não estão completamente definidos. Segundo Rodríguez Alcántara (2017), o clampeamento tardio, é benéfico para o recém-nascido, já que a cada contração uterina, a placenta bombeia uma grande quantidade de sangue através da veia umbilical, todavia quando a pulsação cessa, a placenta não há utilidade fisiológica. Outro ponto a ser analisado é o risco de corioamnionite, infecção que afeta a placenta, membranas ovulares e o cordão umbilical, está associada à rotura de membranas, que pode ocorrer em um parto muito prolongado. O parto domiciliar pouco intervencionista pode levar a um tempo mais elevado de trabalho de parto, podendo ser um fator de risco para corioamnionite.

Pelas principais informações serem obtidas através de *sites*, existe um grande empecilho quando se trata de identificar as práticas de cuidados mais comuns e encontrar relatos válidos, além da falta de evidência científica que dê embasamento aos benefícios ou riscos do parto lótus, percebendo-se também a carência de estudos voltados para esse tipo de puerpério. Dessa forma, nota-se a importância de identificar tais práticas mais comuns, bem como

conhecer a forma como a equipe de enfermagem lida diante das escolhas familiares (Rodríguez Alcántara, 2017). Portanto, este estudo objetiva analisar vídeos do *youtube* acerca do Parto Lótus quanto às práticas de cuidado à puérpera.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, com abordagem quantitativa. Sendo o campo de estudos analisado o site de vídeos *Youtube*, sob o domínio <https://www.youtube.com/>, pela sua grande popularidade, fácil acesso e maior quantidade de vídeos encontrados.

A amostra foi obtida através do site de buscas *Google*, encontrado no domínio <https://www.google.com/>, devido a facilidade para filtrar e identificar o número de resultados obtidos.

Para seleção dos vídeos, foram utilizados critérios de inclusão e exclusão. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: vídeos carregados no site *Youtube* que tratam do Parto Lótus, no idioma inglês, no intervalo de quatro anos.

Os vídeos em português não foram incluídos devido ao número reduzido, ao ano de publicação ultrapassar o limite dos quatro anos analisados e por conta de muitos dos vídeos encontrados não estarem no domínio Youtube, mas sim em blogs.

O levantamento dos vídeos foi realizado através da pesquisa avançada com a ferramenta “localizar vídeos por esta expressão ou frase exata: *lotus birth*” e, posteriormente filtrando pelo idioma inglês, publicado no intervalo personalizado de 27/01/2015 à 27/01/2019 e de fonte do site YouTube, obtendo assim 200 resultados.

Os critérios de exclusão foram vídeos em que apresentavam imagem e/ou áudio de baixa qualidade que dificultou a compreensão do conteúdo. Dessa forma após encontrar os 200 resultados todos foram averiguados, entretanto, muitos dos vídeos encontrados na busca, apenas apresentavam a tag *lotus birth*, porém em seu conteúdo tratavam-se de vídeos em outros idiomas, como indonésio ou espanhol, reduzindo assim o número de vídeos, além da redução pela qualidade do áudio e imagem, restando dessa forma, 33 vídeos inclusos.

Os 33 vídeos que atendiam aos critérios de seleção, foram codificados pela letra Y e um número, iniciando em Y1 e seguindo até Y33. Dessa forma, a pesquisa foi realizada por meio do acesso aos links selecionados, traduzidos pela pesquisadora, sendo que os vídeos foram organizados e agrupados utilizando o software Microsoft Excel 2010 e analisados pela estatística descritiva, com frequências absoluta e relativa, sendo descritos por meio de médias e porcentagens. Após obter esses dados, as variáveis foram analisadas com literatura pertinente ao tema de estudo.

Os aspectos éticos relacionados aos direitos autorais foram respeitados e a identidade dos autores dos vídeos foi preservada. Entretanto, por tratar-se de um estudo documental, não foi necessária a aprovação do comitê de ética.

RESULTADOS

Os 33 (100%) vídeos selecionados obtiveram-se 842.778 visualizações, e uma média de 25.538,73 visualizações, sendo o Y29 o de maior quantidade de visualizações, com 279.937 visualizações. No quadro 1 é possível identificar os vídeos selecionados, título, número de visualizações e tempo de duração.

Quadro 1. Listagem de vídeos. Imperatriz, 2019.

Vídeo	Título do vídeo	Ano de publicação	Número de visualizações	Tempo de duração
Y1	New Birthing Trend "Lotus Birth" Explained	2017	97060	05:29
Y2	Lotus Birth: Flowers & Hepatitis Optional BrightSci	2018	1681	02:33
Y3	Cool Facts about Lotus Birth and the Umbilical Cord	2017	56	03:59
Y4	Lotus Birth: Top 5 Questions i have been asked	2017	5069	07:48
Y5	The Placenta A Lost Connection Lotus Birthing	2016	12754	24:22
Y6	Newborn Parents Are NOT Cutting Umbilical Cords In Peculiar Birthing Trend	2017	30794	05:16
Y7	251: Dr. Sarah Buckley - Gentle Birth, Gentle Mothering	2018	209	01:05:43
Y8	45: Dr Sarah Buckley on How To Have An Ecstatic Childbirth with Melissa Ambrosini	2017	1361	01:18:58
Y9	Lotus Ocean Birth Story (part 1) WATERBIRTH::HOMEBIRTH::FREEBIRTH::HYPNOBIRTHING	2016	4.727	00:09:59
Y10	Birth Doula's Lotus Birth Experience	2017	3.244	00:18:39
Y11	Lotus Birth: What went wrong?	2018	1.513	00:07:26
Y12	Unassisted Home/Lotus Birth	2018	721	00:06:35

Y13	Why I Chose to have an Unassisted Childbirth	2016	9.330	00:18:40
Y14	Lotus Birth preparation - How we prepped the placenta	2018	51.398	00:04:39
Y15	LOTUS BIRTH, HOW TO TAKE CARE OF THE PLACENTA	2018	8.649	00:20:56
Y16	OUR AMAZING LOTUS BIRTH!!! (BTS OF OUR BIRTH!)	2018	17.254	00:05:18

Quadro 1. Listagem de vídeos. Imperatriz, 2019 (continuação).

Vídeo	Título do vídeo	Ano de publicação	Número de visualizações	Tempo de duração
Y17	Lotus Birth (Step by Step)	2017	49.348	00:22:31
Y18	My Lotus Birth Supplies	2017	29.610	00:09:40
Y19	Lotus Birth: My Top 5 Herbs!	2017	3.196	00:02:04
Y20	How to clean the placenta part 2	2016	7.862	00:06:27
Y21	How to dress baby during Lotus Birth..	2017	769	00:01:31
Y22	Natural Lotus Birthing - Why We Should Not Cut The Cord Of The Placenta	2016	24.709	00:39:40
Y23	3 Reasons why You should NOT have a Lotus Birth!!!!	2018	5.941	00:02:03
Y24	amazing shamanic ecstatic home lotus birth with incredible singing	2018	30.593	00:12:12
Y25	Home Birth and Lotus Birth and Midwife and Doula	2016	6.365	00:05:10
Y26	Natural VBAC Home Birth Vlog with Placenta lotus birth	2018	2.6429	00:11:19
Y27	Water Birth with my Doula	2018	7.6380	00:00:59
Y28	Water birth with my Doula	2018	279.937	00:01:00
Y29	VERY EMOTIONAL AT HOME BIRTH (ALL	2017	39.394	00:04:16

	NATURAL LOTUS BIRTH)			
Y30	Lotus birth? Placenta Encapsulation?	2015	180	00:05:25
Y31	A better me, A better woman: Lotus Birth & Immunization	2018	545	00:11:23
Y32	Water birth with my Doula	2018	14.165	00:00:31
Y33	Lotus Ocean Birth Story {Part 2 ::LOTUS BIRTH::RELATIONSHIP AFTER PARENTHOOD::	2016	1.535	00:09:59

Fonte: Própria autora.

Conforme a tabela 1 é possível identificar a caracterização dos vídeos, por meio do tempo de duração, obtendo vídeos curtos, intermediários e longos, com data da postagem de 2015 ao ano de 2018, com autoria de profissionais de saúde, não profissionais e autor não identificado, evidenciando também o tipo de conteúdo abordado e os diferentes aspectos dos vídeos.

Tabela 1. Caracterização dos vídeos sobre parto Lótus. Imperatriz, 2019.

VARIÁVEL	N	%
Tempo de duração		
Longo (mais de 20')	6	18,18
Curto (menos de 4')	8	24,24
Intermediário (entre 4' e 20')	19	57,57
Data da postagem		
2015	1	3,03
2016	7	21,21
2017	11	33,33
2018	14	42,42
Autor do vídeo		
Não profissionais	7	21,21
Profissionais da saúde	9	27,27
Não foi possível identificar	17	51,51
Conteúdo dos vídeos		
Informações diversas	4	12,12
Relatam experiências sobre o parto	6	18,18
Relatam os cuidados com a placenta	6	18,18
Demonstram o parto	7	21,21
Demonstram os cuidados com a placenta	7	21,21
Informativos conceituais	9	27,27
Aspectos sobre o parto Lótus		
Negativo	2	6,06
Neutro	6	18,18
Positivo	25	75,75

Fonte: Própria autora

Conforme a tabela 2 é possível observar que os vídeos encontrados abordaram assuntos variados, alguns relatando o que é o parto lótus, como é realizado, suas especificidades, outros mostravam o parto em si, alguns foram relatos de experiência, outros informavam cuidados com a placenta, outros vídeos abordando assuntos variados, como religião e cuidados com a vestimenta.

Tabela 2. Caracterização do conteúdo dos vídeos sobre parto Lótus. Imperatriz, 2019.

VARIÁVEL	N	%
Temática dos vídeos		
Respondendo dúvidas	4	12,12
Relatam assistência ao parto	4	12,12
Riscos	5	15,15
Benefícios físicos	6	18,18
Mostram assistência ao parto	7	21,21
Parto domiciliar	8	24,24
Conceitos	9	24,24
Parto natural	11	33,33
Espiritualidade/ religiosidade	12	36,36
Parto assistido por profissionais de saúde	7	21,21
Parto assistido por profissionais não especificados	1	3,03
Parto não assistido	3	9,09
Parto assistido por doula	4	12,12
Parto assistido por parteira	4	12,12

Fonte: Própria autora.

Em 12 vídeos é possível observar o uso de ingredientes para acerar a secagem da placenta, evitar agentes infecciosos e mau cheiro. Sendo eles apresentados na tabela 3 com valor absoluto e frequência relativa aos 12 vídeos.

Tabela 3. Descrição dos ingredientes utilizados no preparo da placenta. Imperatriz, 2019.

INGREDIENTES	N	%
Sal marinho do Himaláia; sal rosa do Himaláia; botões de rosas; uva ursi (<i>Arctostaphylos uva-ursi</i>); Salvia (<i>Salva officinalis</i>); óleos essenciais; calêndula (<i>calêndula officinalis</i>); milefólio (<i>Achillea millefolium</i>).	1	8,33
Hamamélis (<i>Hamamelis virginiana</i>); camomila (<i>Matricaria chamomilla</i>).	2	16,67
Flores; pétalas de rosas.	3	25
Ervas não identificadas	5	41,67
Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i>); lavanda (<i>Lavandula</i>).	6	50
Sal marinho.	10	83,33

Fonte: Própria autora.

DISCUSSÃO

O número de vídeos encontrados e a quantidade de visualizações mostra a importância do tema para gestantes e puérperas norte-americanas, sendo que a prática também mostra crescimento no Brasil, evidenciado pelo meio virtual, principalmente por redes sociais como *Instagram*, *Facebook* e diversos blogs, pois a internet é um dos fenômenos da sociedade da informação que possibilita a fluidez da informação de forma a conectar atores em diferentes regiões (Garcia; Sá, 2017).

Poucos vídeos analisados foram produzidos por profissionais, dessa forma, apesar de alguns dos vídeos abordarem mais de um assunto, grande parte de maneira informal e linguagem acessível. No entanto, vídeos com finalidades educacionais é essencial que haja uma atenção para a qualidade do material e da informação que será transmitida (Pereira; Cogo; Silva, 2016).

Os aspectos positivos do parto Lótus partiram principalmente dos relatos de experiência, em que mesmo no caso em que houve intercorrência ainda foi considerada uma prática favorável a ser indicada. Durante os vídeos, foi muito evidenciada uma atitude não intervencionista. Uma prática crescente diante da extrema medicalização do parto da contemporaneidade, pois de acordo com Gonçalves e Silvestrin, (2015), na linguagem médica, o parto é um evento fisiológico que depende do acompanhamento de especialistas e que oferece riscos ao bebê. Em contrapartida a esse movimento, os ativistas pela humanização do parto buscam aliviar o sofrimento, não especificamente a dor, mas a privação das mulheres de vivenciarem o momento que seria roubado por intervenções médicas (Mendonça, 2015).

Dentre os vídeos que abordaram assuntos informativos a respeito do parto Lótus, estes ofereceram o conceito de prática em que após o parto, o bebê permanece unido à placenta até que a mesma caia por conta própria, da mesma forma que Collaço *et al* (2016) afirma que o parto lótus é “aquele em o recém-nascido fica ligado à sua placenta até o cordão umbilical cair”.

Quanto aos riscos e benefícios físicos do Parto Lótus apresentados ao binômio mãe e recém-nascido, destacam-se como risco de infecção neonatal; e como benefício a prevenção da icterícia neonatal severa, prevenção de doenças do sistema imune fortalecendo o sistema imunológico do recém-nascido contra infecções. No entanto, estes não podem ser completamente assegurados.

Porém, para as adeptas, os benefícios físicos são os pontos secundários ao entendimento espiritual que a placenta recebe. Ela é uma parte da propriedade espiritual do

bebê e deve ser permitido ir ao seu tempo, pois em todo o mundo, várias tradições, costumes e rituais acreditam que a placenta tem funções que restauram o equilíbrio social e biológico provocado pelo processo do parto, algumas culturas acreditam que a placenta é um irmão do recém-nascido, outras que é parte criadora do sol e da terra, essencial para viajar pela alma do falecido dentro do mundo espiritual para juntar-se aos ancestrais (Burns, 2014).

Seguindo a vertente da humanização, o parto Lótus segue tendência pelo parto domiciliar evidenciado em todos os vídeos analisados que mostravam o parto, tendência essa que cresceu no Brasil, principalmente após a Marcha do Parto em Casa, organizada em 2012, onde o marco inicial foi um vídeo publicado no *YouTube* antes mesmo de obter atenção jornalística e televisiva. A marcha teve ampla divulgação em redes sociais e gerou uma grande comoção devido polêmicas envolvendo o Conselho de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e do estado de São Paulo que se declararam contra e o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro que apoiou o movimento (Gonçalves; Silvestrin, 2015).

Uma parte dos vídeos continham relatos de experiência a respeito do parto, outros mostravam trabalho de parto, dentre eles houveram relatos do acompanhamento por parteiras (*Midwife*), entretanto em nenhum dos vídeos foram informadas suas graduações, pois nos Estados Unidos da América, existem a parteira enfermeira certificada e a parteira profissional certificada (Suarez; Bolton, 2018).

No Brasil, após a implementação do Programa Trabalho com Parteiras Tradicionais buscou-se sensibilizar gestores e profissionais de saúde a reconhecerem a parceria das parteiras tradicionais. (Gusman *et al.*, 2015). Em alguns vídeos foi identificada a presença da doula, assegurada pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal como audiência secundária, para apoio físico e emocional, entretanto em apenas um dos vídeos foi constatada também a presença da parteira assistindo o parto (Brasil, 2017).

Dentre os vídeos analisados, foram relatados casos de parto lótus não assistidos (*unassisted birth*), tipo de parto que vem crescendo, motivado principalmente por alguma experiência traumática anterior, causada principalmente por intervenções realizadas rotineiramente sem consentimento prévio e pela falta de suporte e comunicação entre mãe e profissional. (Van Der Garde *et al.*, 2019).

Nos vídeos que mostram e relatam o parto, foi evidenciado o uso de diversas técnicas de relaxamento e alívio da dor por meio de métodos não farmacológicos, como musicoterapia, uso de iluminação por velas, decoração do ambiente, massagens, uso de banho, piscinas e o apoio familiar, assim como preconizam as Diretrizes Nacionais de Assistência ao

Parto Normal (Brasil, 2017). O uso dessas tecnologias leves torna uma prática diferenciada e humanizada, de baixo custo, sem efeitos colaterais, podendo contribuir com a redução da dor, ansiedade e na evolução do parto (Araújo *et al.*, 2018).

As posições durante o parto foram variadas, o fato pode ser justificado pelo incentivo à mobilidade e a mulher escolher a posição que mais a agrada, conforme recomendação de diretrizes nacionais e internacionais sobre o parto normal (BRASIL, 2017; WHO, 2018). Devendo ser incentivadas posições verticalizadas que têm sido apontadas como fator importante na redução de episiotomias, procedimentos estes que não foram identificados em nenhum dos vídeos analisados (Vargens; Silva; Progiante, 2017).

Em alguns vídeos foi possível identificar o contato pele a pele no pós-parto imediato. Essa prática é recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que indicam que após o parto os recém-nascidos sem complicações sejam submetidos ao contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento, de forma a prevenir hipotermia e promover o aleitamento materno (Brasil, 2017; WHO, 2018).

Outro fato importante observado foi a manipulação da placenta e do cordão umbilical sem higienização, uso de luvas ou qualquer equipamento de proteção para evitar contato com agentes infecciosos. Atentando para o fato de que o uso de luvas tem como finalidade proteger da exposição as fluidos corporais, entretanto o seu uso inadequado pode aumentar a ocorrência de infecção cruzada, dessa forma, a higienização das mãos é o método mais simples e valioso, pois é uma medida primordial para prevenção de infecções e disseminação de microorganismos (Miralha; Cruz, 2016; Passos, 2016).

Quanto ao armazenamento da placenta foi evidenciado em todos os vídeos o cuidado para armazená-la em algum tipo de dispositivo para que ela não ficasse exposta ou que facilitasse o transporte, incluindo cestos, *chux pad* ou bolsas específicas, entretanto deve-se atentar aos possíveis riscos de infecção, pois apesar dos adeptos ao parto Lótus afirmarem que não há riscos de infecção, devido ausência de ferida. No entanto, um estudo indica que manter a placenta ligada ao recém-nascido possivelmente pode trazer um risco de infecção a este, por manter o tecido placentário e o cordão umbilical por vários dias depois do parto, somado às complicações do próprio parto domiciliar, como a corioamnionite, porém não foram encontrados estudos que comprovem ou refutem cientificamente este risco (Roy; Salgado, 2010; Rodríguez Alcántara, 2017).

Durante os cuidados com a placenta, diferentes ingredientes foram utilizados para, segundo os autores do vídeo, evitar infecção ou melhorar o odor. Foi relatado o uso de diversos ingredientes, pois cada família escolheu o que mais foi do seu agrado, sem comprovações científicas, sendo o de uso mais comum os diversos tipos de sais, principalmente o sal marinho, pois evitaria infecções. Além disso, o processo de salga é muito comum na conservação de alimentos, principalmente de carnes. Esse processo consiste na remoção de certa quantidade de água da carne, desidratando o produto por meio de pressão osmótica entre o meio interno e externo, baixando a atividade de água do produto para aumentar a sua estabilidade microbiana, entretanto no caso da salga seca, em condições de temperatura ambiente pode favorecer o crescimento de bactérias halófilas (Brasil, 2010).

Pétalas de rosas, ervas e óleos essenciais também foram utilizados, tendo grande aceitação por parte das mães, pois pelos relatos foi efetivo no controle do odor, entretanto, carece de mais estudos que demonstrem o efeito para a saúde do bebê e os devidos efeitos na conservação da placenta.

Uma das limitações dos vídeos foi a ausência de vídeos que mostram o atendimento ao recém-nascido e os cuidados no pós parto imediato. Sendo as principais limitações encontradas no estudo relacionadas a escassez de material científico a respeito do Parto Lótus especificamente, limitando o material a idiomas como inglês, espanhol e indonésio, encontrando poucos em português que abordam o assunto, além do acesso de alguns artigos não serem encontrados de forma gratuita. Outro grande desafio está na principal fonte de material para o tema no meio virtual como blogs e redes sociais, advindos de forma empírica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema Parto Lótus é muito conhecido virtualmente, sendo possível encontrar em diversos websites, nas redes sociais e no YouTube, facilitando a disseminação da informação, entretanto grande parte do conteúdo gerado é advindo de conhecimento empírico e poucos vídeos analisados foram gravados por profissionais da saúde e muitos eram carentes de embasamento científico.

As diferenças do Parto Lótus para o Parto normal foram evidenciadas apenas no que diz respeito aos cuidados com placenta, evidenciando o uso constante do sal para acelerar o processo de secagem da placenta e para evitar contaminação, o uso de ervas e diversos tipos de flores, entretanto havendo pouco consenso em quais ingredientes usar.

O presente estudo identificou também, através da análise dos vídeos, que todos os Parto Lótus foram realizados em domicílio, seguindo uma linha pouco intervencionista e havendo também relatos nos vídeos de partos não assistidos.

Entretanto apesar do crescente número de adeptos, ainda há uma vertente da medicalização, onde parte dos vídeos informativos emitiram comentários depreciativos, atentando-se apenas a questão benefícios físicos, dessa forma, esquecendo-se da questão psicológica, cultural e espiritual da mãe, pontos esses que devem assumir importância durante o nascimento, buscando evitar traumas futuros.

O Parto Lótus carece de pesquisas que promovam a segurança dos envolvidos no processo, de forma a evitar prejuízos para a saúde da mãe e do bebê, sugerindo, portanto, a necessidade de estudos aprofundados a respeito da assistência de enfermagem e dos principais cuidados à puérpera e recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Jéssica Cristina Moraes et al. Tecnologias leves na assistência de enfermagem ao parto humanizado. **I Congresso norte-nordeste de tecnologias em saúde**. v.1, n.1, 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/connts/article/view/8053>.

BARROS, Amanda Peres Zubiaurre et al. Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. **Revista de Enfermagem da UFSM**. [Santa Maria], v. 7, n. 1, jan/fev, 2017, p. 69-79. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23270>.

BRASIL, Ministério da educação. **Conservação de alimentos**. EDUFRPE. Recife, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS: Humanização do parto e nascimento**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, DF, 2017.

BUCKLEY, Sarah J. **Gentle Birth, Gentle Mothering**. Tradução nossa. Moon Press One Brisbane Australia. Austrália, 2005.

BURNS, Emily. More than clinical waste? Placenta rituals among Australian home-birthing women. **The Journal of Perinatal Education**. Winter, 2014, v.23, n.1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24453467>.

COLLAÇO, Vânia Sorgatto. Parir e nascer num novo tempo: o cuidado utilizado no puerpério pela equipe hanami. . **REME – Rev Min Enferm.** 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1082>.

COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social.** jan./abr. 2018, v.7, n.1 p . 15- 37. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>.

FEYER, Iara Simoni Silveira. **RITUAIS DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS NO PARTO DOMICILIAR EM FLORIANÓPOLIS-SC.** 2012. 251f. Dissertação (Mestrado) - Programa De Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

GARCIA, Isabele Oliveira dos Santos; E SÁ, Maria Irene da Fonseca. Bibliotecas no Instagram: um estudo sobre o uso do aplicativo por unidades de informação. **Prisma.com.** v.35, p. 108-151. 2017. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/prismacom/article/viewFile/3515/3307>.

GOMES, Ana Rita Martins et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Científica de Enfermagem,** São Paulo, v.4, n. 11. 2014. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73/137>.

GONÇALVES, Aline; SILVESTRIN, Celsi. Análise de uma ação coletiva: comunicação e mobilização em defesa do direito de escolha da mulher em relação ao parto. **Revista Lusófona de Estudos Culturais,** vol. 3, n. 1, 2015, pp. 65 – 81. Disponível em: <http://www.rlec.pt/index.php/rlec/article/view/82>.

GUSMAN CR, Viana; APAL, Miranda; MAB, Pedrosa MV, Villela WV. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Rev Panam Salud Publica.** 2015;37(4/5):365–70. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/365-370/>.

KOETTKER, Joyce Green; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; Knobel, Roxana. Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da equipe hanami no sul do brasil, 2002-2012. **Texto e Contexto Enfermagem.** Santa Catarina, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71449839002>.

KRUNO, Rosimery Barão; DA SILVA, Tatiane Osvaldt; TRINDADE, Patrícia Taís de Oliveira. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. **Revista Saúde.** Santa Maria Jan/Abr, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/17736>.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela

humanização do parto. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, abril-jun, 2015, pp. 250-271, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74241122005>.

MIRALHA, Mariana Alves Pires; DA CRUZ, Isabel Cristina Fonseca. A segurança do paciente na prevenção de infecção de cateter venoso central: revisão sistemática da literatura para um protocolo clínico. **Journal of Specialized Nursing Care**. v.8, n.1, 2016. Disponível em: https://go.galegroup.com/ps/i.do?v=2.1&it=r&sw=w&id=GALE%7CA491283428&prodId=AONE&sid=googleScholarFullText&userGroupName=ufma_br.

OLIVEIRA, Vilma Benedito. **Saberes e práticas das parteiras Tupinikim**. 2014. 43f. Monografia (Graduação em enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10812/1/2014_VilmaBeneditodeOliveira.pdf.

PASSOS, Silvia da Silva Santos et al. Cuidado cotidiano das famílias no hospital: como fica a segurança do paciente?. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016, p. 1-10. Santa Catarina, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71447791019>.

PEREIRA, K. C; COGO, A. L. P; SILVA, A. P. S. S. Análise crítica dos vídeos sobre punção venosa periférica com cateter disponibilizados no Youtube. **REME – Rev Min Enferm**. 2016. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20160040.

RODRÍGUEZ ALCÁNTARA, Alba, **Una tendencia en la asistencia al nacimiento: el parto lotus**. Tradução nossa. 2017. 49f. Monografia (Graduação em enfermagem) - Universidad de Jaén, [S.I.]. 2017.

ROSSA, Lya Amanda. Descolonização do corpo e mobilidade humana: mulheres imigrantes e a produção de saberes contra a violência obstétrica. **Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**. [S.I.], ed. Especial, v. 3, dez, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322712693_Descolonizacao_do_corpo_e_mobilidade_humana_mulheres_imigrantes_e_a_producao_de_saberes_contra_a_violencia_obstetrica

ROY, María Elena Romero; SALGADO, José Francisco Jimeno. Cuidados naturales en el cordón umbilical del recién nacido. **Medicina naturista**. v. 4, n.2. 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3261141.pdf>.

SANTOS, Maria Isabel; LIMA, Yola. Necessidades educativas especiais: uma análise de vídeos do youtube. **Internet Latent Corpus Journal**. v.6, n.1. 2016. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ilcj/article/view/4496/4146>.

SUAREZ, Alicia. BOLTON, Megan. Catching Babies in Prohibition States: Midwives' Accounts for an Illegal Profession. **Symbolic Interaction** v.41, n.2, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/symb.339>.

VAN DER GARDE, Matthijs et al. Women desiring less care than recommended during childbirth: Three years of dedicated clinic. **Wiley Periodicals**. Nov-jan, 2019;00:1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12419>.

VARGAS, Nivea Shayane Costa et al. Práticas de cuidado à saúde realizadas no período puerperal por agricultores. **Revista de Enfermagem da UFSM**. [Santa Maria], v.7, n.2, abr/jun, 2017, p. 304-313. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/24122>.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa. DA SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos. PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery** v.21, n.1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100215&script=sci_abstract&tlng=pt.

VIEIRA JÚNIOR, Denival Nascimento. O Youtube como ferramenta no processo da promoção da saúde: relato de experiência. **I Congresso norte-nordeste de tecnologias em saúde**. v.1, n.1, 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/connts/article/view/7935>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Recommendations. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Tradução nossa. Geneva. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.

AGRAVOS RELACIONADAS AO TRABALHO NOTIFICADOS EM IMPERATRIZ - MA

Jaene Maria Sousa de Oliveira - Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Ana Clara Gonzaga Silva - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Maria Aparecida Alves de Oliveira Serra - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

Roberta de Araújo e Silva - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

Ismália Cassandra Costa Maia Dias - Bióloga. Doutora em Ciências Marinhas Tropicais pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

José Freire de Carvalho Junior - Pedagogo. Mestre em Ciências da Educação pela Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Professor do Municipal de Imperatriz.

INTRODUÇÃO

A prática trabalhista representa uma extensão de grande importância na estruturação do homem e da sociedade, tanto em relação ao desenvolvimento de suas capacidades como à segurança financeira de sobrevivência. No entanto, tem provocado ao longo dos anos, adoecimento, sofrimento e em alguns casos, a morte. Nesse contexto, vale ressaltar que a exposição desses trabalhadores aos riscos físicos, químicos, psicossociais, ergonômicos e biológicos pode proceder em doenças e agravos ocupacionais (Cavalcante *et al.*, 2014).

De acordo, com a lei Nº 8.213 de 1991, classifica-se como acidente de trabalho típico, o que ocorre durante o desempenho laboral, como acidente de trajeto o que se dá durante o deslocamento entre a residência e o local de trabalho; doença profissional aquela que foi produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho inerente à atividade; doença do trabalho adquirida ou desencadeada por condições especiais em que o trabalho é realizado e que com ele se relacione. Para fins legais, as doenças profissionais e/ou doenças do trabalho equiparam-se a acidentes de trabalho (Brasil, 1991; Brasil, 2018).

No mundo, ocorrem anualmente cerca de 2,3 milhões de mortes devido ao trabalho, sendo cerca de 318 mil mortes por acidentes e 2 milhões por doenças relacionadas ao trabalho e outras 317 milhões envolvem ocorrências não fatais. Nos países de baixa e média renda, os acidentes de trabalho são responsáveis por 18% dos óbitos, enquanto nos de alta renda, por cerca de 5% (Takala, 2014).

Segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no ano de 2017 ocorreram no Brasil 549.405 acidentes ocupacionais com taxa de incidência de 14,26/100.000 vínculos e taxa de mortalidade de 5,57/100.000 vínculos de trabalho. E de acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o número de

notificações em agravos e doenças relacionadas ao trabalho passaram de 41.164 em 2007 para 152.655 em 2014, com uma média de crescimento de 24% ao ano, atingindo 270% em relação ao início do período (Aeat, 2017; RENAST, 2016).

No Maranhão no de 2017 ocorreram 3815 acidentes relacionados ao trabalho com uma taxa de incidência de 8,27/100.000 vínculos trabalhistas, uma taxa inferior a nacional, no entanto a taxa de mortalidade foi de 6,29/100.000 vínculos, superior a nacional (Aeat, 2017).

Para o enfrentamento das doenças e agravos relacionados ao trabalho, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), estabeleceu um conjunto de princípios, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

Em consonância a essas estratégias, existe o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que de forma regionalizada, tem como atribuição primordial prestar suporte técnico, científico para o pleno funcionamento da rede regional de atenção à saúde do trabalhador no SUS (CEREST, 2017).

Diante disso, o estudo desses agravos relacionados ao trabalho tem se mostrado de importância fundamental no cenário das atividades de vigilância em saúde, pois permite a realização do diagnóstico da ocorrência do evento na população, fornecendo subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de indicar os riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Trata-se de um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (Cavalcante *et al.*, 2014).

A partir deste pressuposto, o objetivo deste estudo foi identificar os agravos relacionados ao trabalho notificados no município de Imperatriz – MA no ano de 2017 e associá-los a variáveis sociodemográficas e acidentárias.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) em um

município da região Nordeste do Brasil, Imperatriz - MA. O município encontra-se localizado no sudoeste do estado, com população estimada de 252.320 habitantes e área territorial 1.368,98 km² (IBGE, 2016), localizado a 626 km da capital São Luís, e é tido como segundo maior centro econômico, populacional, político e cultural do Maranhão.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2018, através das fichas disponibilizadas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que contou com o levantamento de dados secundários das informações acerca dos acidentes de trabalhos no ano de 2017.

Para a coleta de dados foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: fichas de notificações compulsórias de doenças e agravos ocupacionais notificadas no CEREST, que ocorreram no município de Imperatriz/MA no ano de 2017. E foram excluídos da pesquisa as fichas com informações incompletas.

Os dados obtidos foram transcritos para uma planilha no Microsoft Excel® 2016. O processamento dos dados e a análise estatística foram realizados por meio do programa *Statistical Package for the Social Science*®, versão 22.0. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de estatística descritiva (média e desvio padrão) e as qualitativas por meio de proporção e intervalo de confiança 95%. Primeiramente, foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas. Para analisar diferença entre as médias, utilizou-se teste *t-Student* para amostras independentes e, para verificar associação entre as variáveis, foi aplicado o teste Qui quadrado de Pearson e medido seu efeito por meio da razão de chance, considerando nível de significância de $p < 0,05$.

Quanto aos preceitos éticos, foram aplicados todos os procedimentos éticos presentes na resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

No município de Imperatriz/MA, em 2017, foram notificados 371 acidentes de trabalho, sendo, 337(90,8%) Acidentes Graves e 34 (9,2%) Acidentes de Trabalho com Material Biológico.

Quanto ao perfil demográfico dos 371 (100%) participantes do estudo, 289 (77,9%) eram homens, 82 (22,1%) mulheres, a idade variou entre 17 e 70 anos, com média de 34,4 (desvio padrão:11,4), 198 (53,4%) com menos de dez anos de estudo.

Neste estudo, observou-se que os homens tinham maiores chances de sofrerem acidentes graves ($p=0,00$; $RC=16,30$), e que os trabalhadores que estudaram mais de dez anos têm cinco vezes mais chances de ter acidente biológico ($p=0,00$; $RC=5,04$).

Em contrapartida, a chance de acidente grave é menor em empregados registrados ($p=0,03$; $RC=0,40$), em trabalhadores nas instalações do contratante/domicílio ($p=0,00$; $RC=0,07$), em acidentes típicos ($p=0,00$; $RC=0,05$) e acidentes com apenas uma parte do corpo atingida ($p=0,003$; $RC=0,88$). As chances de não emitir Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) são menores em acidentes biológicos ($p=0,00$; $RC=0,02$) (Tabela 1).

Tabela 1. Associação dos fatores sociodemográficos e acidentários com o tipo de agravo notificado relacionados ao trabalho em Imperatriz - MA, 2017.

Variáveis	Tipo de Agravo Notificado		p-value	RC	95%IC
	Acidente grave =337	Acidente Biológico n=34			
	n(%)	n(%)			
Faixa etária					
≤ 34	194 (58)	19 (55,9)	0,85	1,07	0,52 – 2,18
>34	143(42)	15(44,1)			
Sexo					
Masculino	281 (83,4)	8(23,5)	0,00	16,30	7,02 – 37,87
Feminino	56(16,6)	26(76,5)			
Escolaridade					
≤10 anos	191(56,7)	7(20,6)	0,00	5,04	2,13 – 11,91
>10 anos	146(43,3)	27(79,4)			
Unidade de notificação					
HMI/UPA – CEREST	325(96,4)	34(100)	0,26	0,90	0,87 – 0,93
CEREST	12(3,6)	0(0)			
Mês da notificação					
Janeiro à Junho	179(53,1)	13(38,2)	0,09	1,83	0,88 – 3,77
Julho à Dezembro	158(46,9)	21(61,8)			
Situação no mercado de trabalho					
Empregados registrados	206(61,1)	27(79,4)	0,03	0,40	0,17 – 0,96
Emp. Não registrados/autônomos	131(38,9)	7(20,6)			
Tempo de trabalho					
≤ 1 ano	90(26,7)	8(23,5)	0,68	1,18	0,51 – 2,71
>1 ano	247(73,3)	26(76,5)			
Local do acidente					
Instalação do contratante/Domicílio	187(55,5)	34(100)	0,00	0,07	0,01-0,33
Via pública	150(44,5)	0			
Classificação de acidente					
Típico	218(65)	34(100)	0,00	0,05	0,008 – 0,41
Trajeto	119 (35)	0			
Partes do corpo atingidas					
Somente uma parte	265(78,6)	34(100)	0,003	0,88	0,85 – 0,92
Múltiplas partes	72 (21,4)	0			
Emissões da CAT*					
Sim	12(3,6)	19(55,9)	0,00	0,02	0,01 – 0,07
Não/ignorado	325(96,4)	15(44,1)			

Fonte: Fichas de Notificações Compulsórias de Agravos relacionados ao Trabalho do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Imperatriz/MA, 2017. *Legenda: CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho.

Os trabalhadores com idade maior que 34 anos apresentam menor chance de obterem acidentes típicos ($p=0,004$; $RC=0,51$). Porém, há maior chance de acidente típico em

trabalhadores que estudaram menos de dez anos ($p=0,03$; $RC=1,60$), em acidentes com apenas uma parte do corpo atingida ($p=0,00$; $RC=6,65$), bem como em acidente de trajeto no segundo semestre do ano ($p=0,005$; $RC=1,87$) com sete vezes mais chances de não ser emitido CAT ($p=0,001$; $RC=7,62$) (Tabela 2).

Tabela 2. Associação dos fatores sociodemográficos e acidentários com a classificação de acidente de trabalho em Imperatriz – MA, 2017.

Variáveis	Classificação de Acidente		<i>p-value</i>	RC	95%IC
	Típico n=252 n(%)	Trajeto n=119 n(%)			
Faixa etária					
≤ 34	132(52,4)	81(68,1)	0,004	0,51	0,32 – 0,81
>34	120(47,6)	38(31,9)			
Sexo					
Masculino	199(79)	90(75,6)	0,47	1,21	0,72 – 2,02
Feminino	53(21)	29(24,4)			
Escolaridade					
≤10 anos	144(57,1)	54(45,4)	0,03	1,60	1,03 – 2,48
>10 anos	108(42,9)	65(54,6)			
Unidade de notificação					
HMI/UPA – CEREST	241(95,6)	118(99,2)	0,07	0,18	0,02 – 1,45
CEREST	11(4,4)	1(0,8)			
Mês da notificação					
Janeiro à Junho	143(56,7)	49(41,2)	0,005	1,87	1,20 – 2,91
Julho à Dezembro	109(43,3)	70(58,8)			
Situação no mercado de trabalho					
Empregados registrados	151(59,9)	82(58,9)	0,09	0,67	0,42 – 1,07
Emp. Não registrados/autônomos	101(40,1)	37(31,1)			
Tempo de trabalho					
≤ 1 ano	62(24,6)	35(29,4)	0,33	0,78	0,48 – 1,28
>1 ano	190(75,4)	84(70,6)			
Partes do corpo atingidas					
Somente uma parte	228(90,5)	70(58,8)	0,00	6,65	3,81 – 11,60
Múltiplas partes	24(9,5)	49(41,2)			
Emissões da CAT*					
Sim	29(11,5)	2(1,7)	0,001	7,64	1,79 – 32,58
Não/ignorado	223(88,5)	117(98,3)			

Fonte: Fichas de Notificações Compulsórias de Agravos relacionados ao Trabalho do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Imperatriz/MA, 2017.

Em relação à ocupação, entre os profissionais de enfermagem, foram predominantes os acidentes com material biológico 29 (7,8%). Em profissionais de vendas

(vendedores/balconistas/repositores) 57(15,4%), trabalhadores da construção civil 38(10,2%), serv.gerais/serve.de limpeza 30 (10%) e motorista/moto taxista 28 (7,5), os acidentes graves foram mais frequentes (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da ocupação segundo os agravos relacionados ao trabalho em Imperatriz - MA, 2017

Ocupação	Acidente de trabalho grave	Acidente de trabalho biológico	Total	
			N	%
Vendedor/balconista/repositor	57	00	57	15,4
Profissional de Enfermagem	06	23	29	7,8
Pedreiro/ Servente de obras	38	00	38	10,2
Serv. Gerais/ Serv. de Limpeza	30	07	37	10
Motorista/Moto taxista	27	01	28	7,5
Aux. Administrativo	21	00	21	5,7
Mecânico	20	00	20	5,4
Marceneiro/Serralheiro	19	00	19	5,1
Eletricista/Téc. de Instalação	14	00	14	3,8
Atendente/Secretária	10	00	10	2,7
Açougueiro	09	00	09	2,4
Operador de Caixa	07	00	07	1,9
Soldador	05	01	06	1,6
Pintor	08	00	08	2,2
Outros*	66	02	68	18,3
Total	337	34	371	100

Fonte: Fichas de Notificações Compulsórias de Agravos relacionados ao Trabalho do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Imperatriz/MA, 2017. *Outros: Agricultor, Auxiliar de Farmácia, Auxiliar de Higiene Bucal, Auxiliar de Cozinha, Auxiliar de Produção, Auxiliar de Vidraceiro, Auxiliar Penitenciário, Artesão, Cabelereira, Churrasqueiro, Dentista, Doceiro, Estivador, Engenheiro de Sistema, Empregada Doméstica, Fisioterapeuta, Fiscal de lojas, Garçom, Gesseiro, Instrutor de Transito, Médica, Militar, Montador de Móveis, Office Boy, Professor de Karatê, Supervisor de doca, Tapeceiro, Técnico de Prótese, Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico de Refrigeração, Vaqueiro e Vigilante.

DISCUSSÃO

Acidente de trabalho grave

Acidente de trabalho grave é aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante; que pode ter consequências nefastas ou fatais. O total de Acidentes graves encontrados nesse estudo foram de 337 (CEREST, 2015). Neste estudo, observamos que os acidentes graves foram predominantes em homens em idade produtiva.

Estudos epidemiológicos sobre notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho evidenciaram que os acidentes graves acometem em grande parte homens jovens, principalmente em atividades que requerem um maior esforço físico, tornando-as mais perigosas, tais como: atividades industriais, construção civil, transporte e agricultura. Fato que reflete os riscos inerentes ao exercício profissional e ao descumprimento às normas de saúde e segurança do trabalho por esse público (Cavalcante *et al.*, 2014; Franz; Cargin, 2018; Gonçalves, 2012).

Em relação à escolaridade, 56,7% das vítimas de acidentes graves possuíam menos de 10 anos de estudo. Vale ressaltar a importância de serem promovidas ações educativas permanentes, a respeito da temática da prevenção de riscos de acidentes de trabalhos, assim como reconhecimento dos riscos e a não banalização desses acidentes, por meio dos profissionais e dos empregadores (CEREST, 2017).

Os dados também apontam que os empregados registrados têm menos chances de ter acidentes graves, o que difere do estudo feito em Uberaba, que apresentou maior índice de acidentes graves aos trabalhadores com vínculo empregatício. Nesta realidade, pode-se incluir a possibilidade de subnotificação dos acidentes entre os trabalhadores que não possuem registro, pois os mesmos não têm direitos aos benefícios que os registrados têm, banalizando assim a importância da notificação (Trajano, 2018).

Observou-se que nos acidentes graves, as chances de apenas uma parte do corpo ser atingida são menores. De acordo com Trajano (2018), as partes mais atingidas do corpo são as mãos, membros superiores e inferiores. O que corroborou com o estudo de Campos e Gurgel (2016), em que os autores observaram que as principais partes do corpo atingidas nos acidentes foram as mãos e membros superior e inferior.

Tal fator pode ser justificado, uma vez que as partes do corpo afetadas apresentam relação com as partes mais expostas durante a execução da atividade desenvolvida pelo trabalhador, sendo assim, são as mais vulneráveis a acidentes; como no caso das mãos e membros inferiores de trabalhadores rurais, cabeça e mãos no caso de pedreiros, mãos em carpinteiros e membro superior em cozinheiros (Franz; Cargin, 2018).

Os acidentes graves foram mais frequentes nas seguintes ocupações, profissionais de vendas (vendedores/balconistas/repositores) 57, trabalhadores da construção civil 38, serv. gerais/serv. de limpeza 30 e motorista/mototaxista 28. Corroborando com o estudo de Nogueira e Silva (2017) o qual revela que as notificações de acidente grave ocorreram em maior quantidade nos ramos de atividade do comércio e serviços, provavelmente por apresentarem

maior número de trabalhadores com registro em carteira, categoria inserida no mercado formal e com grande representatividade dos sindicatos de classe.

De acordo com Novaes e Ribeiro (2015) a indústria da construção civil se destaca por apresentar elevados índices de acidentes de trabalho. Sendo que no conjunto de todas as ocupações, foi superada apenas pelo comércio varejista e serviços prestados.

Scussiato *et al.* (2013) reforça que entre os trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho graves, predominaram os da construção civil, das funções transversais, da agropecuária e da indústria extrativa, solidificando os achados no presente estudo.

Identificamos que em 96% dos acidentes de trabalho graves não houveram emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Campos e Gurgel encontraram resultados semelhantes, onde 77% dos acidentes de trabalho graves também não tiveram emissão da CAT, isso se dá pela alta ocorrência desses acidentes graves em setores de trabalho informal, o que impossibilita a emissão da mesma.

Acidente de trajeto e típico

Dentre os acidentes de trabalho relatados, aqueles classificados como típicos sobressaíram sobre os de trajeto, 68%. Corroborando com o estudo de Rios *et al.* (2015) realizado na Bahia com 434 trabalhadores onde se teve como resultado 82,1% de acidentes típicos entre estes. Ao analisarmos a classificação observamos que os acidentes de trajeto foram predominantes em indivíduos com idade inferior a 34 anos.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), os acidentes de trajeto atingiram 1,9 milhões de trabalhadores brasileiros em 2013, em sua maioria eram homens com idade até 39 anos, e com nível de instrução médio e superior incompleto. Foi a primeira vez que a PNS introduziu um módulo sobre acidentes e violências com informações detalhadas sobre acidentes de trabalho, inclusive os de trajeto que possibilitou monitorar todos os trabalhadores e não apenas aqueles inseridos no mercado formal (Malta *et al.*, 2017).

Estudo de Andrade e Santos (2018) evidencia que os acidentes de trânsito contribuem para um elevado índice de acidente de trabalho de trajeto devido às precárias condições viárias, manutenção inadequada dos automóveis e uma deficiente fiscalização do trânsito.

Cavalcante *et al* (2014), em estudo sobre os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho ocorridos e registrados no período de 1970 a 2009 no Brasil, observou que os acidentes

de trajeto apresentaram aumento exponencial a cada ano, saltando de 14.502 casos, em 1970, para 89.445, em 2009; enquanto o acidente típico apresentou uma diminuição de 1.199.672 em 1970 para 421.141 em 2009. Contudo a letalidade em relação ao total de agravos dobrou durante o período analisado, caracterizando que os acidentes a despeito da mudança de cenário continuam vitimando os trabalhadores no Brasil.

Dessa forma, compreende-se que a maior frequência dos acidentes de trajeto, possivelmente, está ligada à utilização de motocicletas no deslocamento da residência para o trabalho e vice-versa. Reforçando esse panorama, segundo o Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), houve um crescimento ao longo dos anos na frota de motocicletas, em relação aos outros meios de locomoção (Souto *et al.*, 2016).

Acidente de trabalho com material biológico

Observamos que 96% dos acidentes com material biológico acometeram os profissionais de enfermagem. Uma pesquisa realizada na cidade de Sobral no período de 2007 a 2014, revela o predomínio no número de casos de acidentes biológicos, entre os profissionais de enfermagem, visto que, se configura uma categoria historicamente vulnerável a esse tipo de acidente, justamente pelas especificidades de um processo de trabalho de cuidado ininterrupto e contínuo, portanto sob maior exposição (Oliveira, 2015).

A partir disso, destaca-se que entre os fatores de risco que predis põem à ocorrência dos AT nos profissionais de saúde encontram-se os agentes biológicos, que em meio aos possíveis AT decorrentes da assistência à saúde, os ferimentos com agulhas e demais materiais perfurocortantes são extremamente perigosos por serem capazes de transmitir mais de 20 patógenos (Ribeiro *et al.*, 2010).

Sendo assim, Cavalcante *et al* (2014) ressalta que o elevado número de casos de acidentes biológicos com desfecho ignorado ou desconhecido demonstra, além da incompletude dos dados, perda de acompanhamento do profissional, fator que foi evidente nesta pesquisa.

Quanto à escolaridade, ocorreu predominância nos acidentes biológicos com os profissionais que estudaram mais de dez anos, corroborando com um estudo realizado em Mato Grosso do Sul, no qual se destaca maior escolaridade nos acidentes biológicos. Isso sugere que mesmo com o número mínimo de anos de estudo há necessidade de uma melhor capacitação desses profissionais por meio de educação permanente para que seja alcançado o nível técnico exigido, reduzindo assim o número de acidentes entre esses trabalhadores (Carvalho *et al*, 2018).

Em associação estatística, identificamos que os acidentes de trabalho com material biológico tiveram menor chance de não ter a emissão da CAT. De acordo com um estudo em Uberaba apenas 5,1% dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho com material biológico, relataram não ter registrado a ocorrência por

intermédio da CAT (Trajano, 2018).

Entretanto, no Brasil em 2007, 50% dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico emitiram CAT, um percentual ainda preocupante. Diante disso, torna-se evidente a necessidade de educação continuada para todos os profissionais que executam o preenchimento e investigação das notificações e emissão de CAT para que ocorra uma adequada atuação da vigilância em saúde do trabalhador. Dessa forma, compreende-se que a CAT é de grande importância do ponto de vista, previdenciário, trabalhista, social e epidemiológico (Cordeiro *et al.*, 2016). Diante disso, observa-se que o acidente de trabalho com exposição a material biológico acomete profissionais de diferentes ocupações, e todos devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), bem como deve ser emitida a CAT para fortalecer estas informações e contribuir para medidas e políticas públicas eficientes e eficazes (Cordeiro *et al.*, 2016).

Considerando o perfil de agravos encontrado, o estudo deve impulsionar e direcionar as políticas públicas de saúde do trabalhador, tanto nos CERESTs como nos serviços de Pronto Atendimento para realização de ações de saúde especializadas e instruídas a acolher casos de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, incentivando a emissão da CAT para fins previdenciários e estatísticos.

CONCLUSÃO

Foi evidenciado que os trabalhadores mais vulneráveis aos acidentes são homens jovens e em relação aos acidentes de trabalho com materiais biológicos, constatou-se que os profissionais mais expostos foram os da equipe de enfermagem.

É indispensável a criação de medidas preventivas que integrem esses grupos com finalidade de reduzir os riscos a que esses trabalhadores estão expostos, ressaltamos ainda a importância da necessidade de melhorias na educação permanente para esses profissionais, a fim de se mudar essa realidade estatística.

O pequeno número de notificações realizadas no município e a má qualidade do preenchimento das fichas, nos dispõem poucas informações sobre o perfil de agravos no

município, sendo assim necessário estudos mais amplos para melhor compreender essas ocorrências.

Entender a significância e a complexidade que envolvem a ocorrência de doenças e agravos relacionadas ao trabalho por meio do estudo de seu perfil, permitirá o desenvolvimento de ações concretas e contextualizadas junto a essa clientela, com fortes implicações na execução de medidas de promoção e prevenção em saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

AEAT: Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: 2017 / Ministério da Fazenda ... [et al.]. vol. 1 (2009), Brasília: MF, 2017. 996 p.

ANDRADE, Wanessa Scavello & SANTOS, Kionna Oliveira Bernades. Intervenções hospitalares por acidente relacionadas ao trabalho notificadas na Bahia. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, vol. 8, ed. 2, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria GM/MS nº1.823, de 23 de agosto de 2012, publicada no D.O.U em 24 de agosto de 2012.

BRASIL. Lei 8213 de 24 de julho de 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.html.

CARVALHO, Dayra Cabral de; et al. Acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de um hospital do Centro-Oeste brasileiro. **Revista Anna Nery** vol. 22, ed. 1, 2018.

CAVALCANTE, A. A. C. et al. Perfil dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Rio Grande do Norte, 2007 a 2009. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, vol. 23, n. 4, pag:741-752, 2014.

CAMPOS, Adriana Guerra & GURGEL, Aline de Monte. Acidentes de trabalhos graves e atividades produtivas nas regiões administrativas de Saúde em Pernambuco: Uma análise a partir da identificação de aglomerados produtivos locais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 41, n.15, 2016.

CEREST – Centro de referência em saúde do trabalhador. Estado do Maranhão. Prefeitura municipal de Imperatriz. Secretaria municipal de saúde/sus. Capacitação da rede sentinela em saúde do trabalhador, 2017.

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Diretoria de Vigilância em Saúde. **Rede de atenção integral à saúde do**

trabalhador da microrregião de Campo Grande – MS. 2015. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/cerest/wpcontent/uploads/sites/43/2017/05/20160315150006.pdf>.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro *et al.* Acidentes de trabalho com exposição à material biológico: Descrição dos casos na Bahia. **Revista Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p.50-56, 2016.

FRANZ, Eloise Cristiane & CARGIN, Marcia Casaril dos Santos. Análise dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador. **Cogitare Enfermagem**, v 23, n. 1, 2018.

GONÇALVES, KR. **Análise Espacial dos acidentes de trabalho assentados no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) em uma capital brasileira.** Dissertação [Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

MALTA, Deborah Carvalho, et al. Acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 22, n.1, 2017.

NOVAES, Dennis Gonçalves & RIBEIRO, Larissa Alencar Oliveira. Perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves notificados do ano de 2011 a novembro de 2014 no município de Araguatins-TO, Brasil. **Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 2, n. 2, p.06-17, dez. 2015.

NOGUEIRA, Jania Marcondes & SILVA, Silma Maria de. Perfil dos acidentes de trabalho ocorridos na região leste da cidade de São Paulo. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas**. Santa Casa São Paulo, vl. 62, n. 2, pag: 59-62, 2017.

OLIVEIRA, Elizarbio Carneiro; et al. Análise epidemiológica de acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre profissionais de enfermagem. **Sanare**, Sobral, V.14, n.01, p.27-32, jan./jun. – 2015.

RENAST Online. **Informe de Saúde do Trabalhador: Notificações de agravos relacionados ao trabalho de 2007 a 2014.** Brasília. 2016. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/informe-saude-trabalhador-notificacoes-agravos-relacionados-trabalho-2007-2014>. Acesso em: 11/01/2019.

RIOS, Marcela Andrade; et al. Fatores associados a acidentes de trabalho envolvendo trabalhadores informais do comércio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vl. 31, n. 6, pag:1199-1212, 2015.

RIBEIRO, Polyana da Costa; RIBEIRO, Ana Cláudia da Costa; LIMA JÚNIOR, Francisco de Paula Barroso. Perfil dos acidentes de trabalho em um hospital de Teresina, PI. **Cogitare Enferm**, Teresina, v. 1, n. 15, p.110-116, jan. 2010.

SCUSSIATO, Louise Aracema et al. Perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves no Estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 4, n. 22, p.621-630, dez. 2013.

SOUTO, Caroline Cordeiro; et al. Perfil das vítimas de acidentes de transporte terrestre relacionados ao trabalho em unidades de saúde sentinelas de Pernambuco, 2012 – 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 25, n.2, pag:351-361, 2016.

TAKALA, Jukka et al. Global estimates of the burden of injury and illness at work in 2012. **Journal of Occupation and Environmental Hygiene**, vol. 11, n. 5, pag: 326-337, 2014.
Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15459624.2013.863131>.

SATISFAÇÃO PESSOAL DE GESTANTES QUANTO À PRÁTICA SEXUAL

Wanatha Jhenifer Sousa Ribeiro – Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher e Ginecologia Obstétrica pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico.

Ana Clara Gonsaga Silva – Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Francisca Aline Arrais Sampaio Santos - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

Adriana Gomes Nogueira Ferreira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

José Freire de Carvalho Junior - Pedagogo. Mestre pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Professor do Município de Imperatriz.

Roberta de Araújo e Silva - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão. Docente Adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

INTRODUÇÃO

A relação sexual conceitua-se na fisiologia humana, a qual não há restrição somente com a genitália, mas sim com a totalidade corporal, assim corroborando com a qualidade de vida dos indivíduos (Carteiro *et al.*, 2016).

Dessa forma podem-se identificar os aspectos correspondentes ao desempenho sexual, dentre eles estão: excitação, bel-prazer, orgasmo, lubrificação, interesse, satisfação, dor, segurança e disposição sexual, sendo resultado de complexas interações entre os fatores biopsicossociais. Já o ato sexual, (vaginal, oral, anal e masturbação) provoca satisfação e prazer aos envolvidos (Pereira *et al.*, 2018).

Outrora a mulher possuía um papel irrelevante na sociedade, proveniente das ideologias machistas quanto ao gênero, os quais se conceituam que a mulher deve manter obediência ao cônjuge e atos sexuais exclusivamente para fins reprodutivos. No entanto, a partir da década de 1960, após a descoberta da pílula anticoncepcional, o sexo feminino adquiriu valor e domínio sobre si, tomando decisões em relação ao período gestacional (Silva, 2014).

De acordo com os autores Medeiros *et al* (2013), afirmam que a gestação é um período de amplas alterações fisiológicas, emocionais e também sexual vivenciadas pelo casal. Por esse motivo, é de grande importância a adaptação, pelo fato de que há um aumento do abdome e mamas, náuseas e vômitos, ganho de peso, entre outros, que podem ocasionar favorecimento ou gravidade quanto aos transtornos emocionais antecipados.

Todavia há diversos fatores que podem influenciar a reação de cada mulher, em relação às transformações tais como: faixa etária, quantidade de gestações, o ensino, grupo

familiar, religiosidade, o ambiente social de convivência da gestante, como a acessibilidade ao sistema de saúde e o período do pré-natal (Leite *et al.*, 2014).

O período gravídico possui particularidades e desafios a cada semestre, sendo hormonal ou sentimental. Entretanto, na maioria dos casos, estes sentimentos estão relacionados ao medo, ansiedade, dúvida e tabus em que o casal traz, os quais podem influenciar diretamente ao período gestacional (Schaffer, 2016).

Diante disso, o primeiro trimestre encontra-se o surgimento de dúvidas sobre a veracidade da gravidez, além dos sentimentos de alegria, insegurança, irrealidade e, em outras situações o interrompimento da gestação. No segundo, incorporação da mulher como gestante e o terceiro, por conta do aumento da ansiedade e alteração na rotina após a vinda do bebê, pensada nas questões relacionadas à sexualidade, cuidados ao bebê e interações sociais (Leite *et al.*, 2014).

A disfunção sexual possui múltiplas causas, dentre elas estão: fisiologia da mulher, amamentação e menopausa. Tendo em vista que a gestante pode apresentar uma série de dificuldades sexuais como: difícil orgasmo, dor na relação, desejo e excitação sexual diminuídos, ocasionando problemas no convívio da sexualidade do casal. Assim, estas disfunções geram interferência direta ou indiretamente no desempenho sexual na maioria das gestantes em níveis e maneiras distintas (Carteiro *et al.*, 2016).

Diante do exposto, a abordagem da sexualidade no período gravídico e principalmente no puerpério tem sido abandonada pelo serviço de saúde, pois a assistência estar voltada feto e/ou ao recém-nascido, mas as necessidades em relação ao período adaptativo da mulher não são atendidas, por falta de informações e orientações sobre as mudanças que ocorrem nesta fase da vida. É fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para auxiliar não só a mulher, mas o casal, em cada momento e na retomada da intimidade, possibilitando uma melhor qualidade da atividade sexual no puerpério (Vettorazzi *et al.*, 2012).

Portanto, é importante a participação do enfermeiro no período do pré-natal, a fim de promover uma boa assistência as gestantes e companheiros e assim prevenir possíveis disfunções sexuais ao longo da gestação. Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo identificar aspectos relacionados à satisfação pessoal de gestantes quanto à prática sexual.

MÉTODO

Estudo transversal, desenvolvido com 51 gestantes, que se encontrava em atendimento em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para seleção da amostra foram determinados os seguintes critérios de inclusão: estar gestante em qualquer período gestacional, realizando acompanhamento de pré-natal, com idade maior ou igual a 18 anos. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: não possuir cadastro de acompanhamento nas unidades pesquisadas e apresentar nível de consciência diminuído ou algum tipo de deficiência cognitiva grave que impossibilitasse a participação ativa na entrevista.

A coleta dos dados foi realizada no período de junho a outubro de 2018. Primeiramente, houve um convite de forma verbal às gestantes que estavam em acompanhamento no momento da pesquisa, bem como, o convite realizado pelo agente de saúde e enfermeiro às gestantes contatadas por intermédio dos prontuários.

A seleção das participantes ocorreu a partir da busca em prontuários e posteriormente realizando o contato mediado pelo agente comunitário de saúde ou enfermeiro das unidades, e também por meio de busca ativa na própria unidade, na qual o pesquisador permaneceu na unidade três vezes por semana nos turnos matutino/vespertino e abordaram diretamente ao público alvo que compareceu a unidade para realizarem algum tipo de acompanhamento.

As informações foram coletadas com o auxílio de um questionário estruturado, com perguntas e respostas objetivas, visando avaliar o grau de conhecimento e satisfação das gestantes acerca da satisfação sexual. Este instrumento foi dividido em três partes: a primeira, com dados sociodemográfico; a segunda, sobre a satisfação sexual; e a terceira, sobre as práticas sexuais.

As respostas às questões foram apresentadas utilizando a Escala de Linkert adaptada, seguindo os critérios de avaliação da escala na análise de jogos sugeridos por Aguiar et al. (2011), a variar entre os seguintes níveis: 1) sempre; 2) frequentemente; 3) às vezes; 4) raramente; 5) nunca. Assim, foi considerado: sempre, significa que realiza ou concorda em todas às vezes; frequentemente, significa que realiza ou concorda em muitas vezes; às vezes, significa que o realiza ou concorda em algumas vezes; raramente, significa que o realiza ou concorda de tempos em tempos; nunca, significa que nem por uma vez a gestante realizou ou concorda com a afirmação proposta.

As UBS juntas faziam uma média mensal de 141 acompanhamentos de mulheres no ciclo gestacional, para este cálculo foi considerada a média aritmética dos registros de

atendimento mensal das UBS dos últimos três meses, correspondendo ao intervalo de confiança de 90% e a margem de erro de 10%.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística dos dados foi realizada no programa IBM SPSS 24 (IBM SPSS Statistics, 2016).

Para avaliar possíveis associações entre satisfação da gestante em relação às variáveis sociodemográficas, econômicas e de vida sexual, foram utilizados testes de exato de Fisher. Este é alternativa ao teste Qui-quadrado, quando as condições para seu uso são violadas (Callegari-Jacques, 2003), como é o caso dos dados presentes neste estudo.

Estimou-se ainda, regressões logísticas a fim de obter razões de chance (RC) também conhecidas como *odds ratio* (OR), considerando o intervalo de confiança de 95%. Todos os testes foram realizados a 5% de significância.

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMA com aprovação do parecer de número 3.023.466.

RESULTADOS

Participaram do estudo 51 mulheres no período gestacional, a idade variou de 18 a 37 anos, com média de idade de 24,2 anos (desvio padrão de 4,5), 65% eram casadas ou em união estável, 72,5% estudaram mais de dez anos, 68,6% eram pardas ou negras, 74,5% estudam ou trabalham fora de casa, quanto à religião 88,2% das mulheres declararam-se católicas (tabela1).

Tabela 1. Fatores sociodemográficos em relação à satisfação sexual das gestantes em Imperatriz – MA, 2018, (n=51).

	SATISFAÇÃO SEXUAL						
	Sim		Não		<i>p</i> -valor*	Odds ratio	IC 95%
	N	%	N	%			
Faixa Etária							
≤ 30 anos	42	91,3	4	8,7	0,10	0,14	0,02 – 1,12
>30 anos	3	60,0	2	40,0			
Etnia							
Branca/ Amarela	16	100,0	0	0,0	0,16	**	
Parda/ Negra	29	68,6	6	31,4			
Escolaridade							
≤ 10 anos	11	78,6	3	21,4	0,32	3,09	0,54 – 17,59
>10 anos	34	72,5	3	27,5			
Religião							
Católica	40	88,2	5	11,8	0,55	0,63	0,06 – 6,49
Protestante	5	83,3	1	16,7			
Estado Civil							
Casada/União Estável	28	65	5	35	0,41	3,04	0,33 – 28,23
Solteira/ Separada/Viúva	17	94,4	1	16,7			
Ocupação							
Trabalha/Estuda	33	74,5	5	25,5	0,89	1,82	0,19 – 17,19
Não trabalha	12	92,3	1	7,7			

Fonte: próprio autor (2019).

*Teste Exato de Fisher. **Calculado apenas para associações sem valores zerados.

Observou-se que 84,3% das gestantes relataram estarem sexualmente ativas, 69% encontravam-se no primeiro ou segundo trimestre da gestação, 84,3% afirmaram que a gestação não foi planejada. Quanto ao grau de orientação, 96% consideram importante receber orientação sobre sexualidade neste período, 57% tiveram dúvidas sobre sexualidade na gravidez e 84,3% não receberam nenhuma informação a respeito. Em relação ao desejo sexual evidenciou-se que, 57% relataram indisposição para manterem atividade sexual, 88,2% notaram mudanças negativas na disposição sexual do parceiro durante a gravidez, 56,8% relataram frequência das atividades sexuais diminuídas após a gestação e 63% relataram insatisfação para atividades sexuais (tabela 2).

Identificou-se que as gestantes sexualmente ativas tiveram maiores chances de estarem satisfeitas sexualmente ($p=0,04$; RC: 0,13). Foi evidenciado associação entre as gestantes que tiveram dúvidas sobre sexualidade e insatisfação sexual ($p=0,03$). Gestantes que se sentiram insatisfeitas após a atividade sexual tem maiores chances de estarem sexualmente insatisfeitas ($p=0,02$; RC:11,07) (tabela 2).

Tabela 2. Associação de fatores sobre orientação recebida e desejo sexual com a satisfação sexual das gestantes em Imperatriz – MA, 2018

	SATISFAÇÃO SEXUAL						
	Sim		Não		<i>p</i> - valor*	Odds ratio	IC 95%
	N	%	N	%			
Você está sexualmente ativa							
Sim	40	84,3	3	15,7	0,04	0,13	0,02-0,80
Não	5	62,5	3	37,5			
Sua Gestação foi planejada							
Sim	8	100	0	0,0	0,57	**	
Não	6	15,7	37	84,3			
Em qual trimestre você está							
Primeiro/Segundo	31	69	4	29	0,98	0,90	0,15 – 5,52
Terceiro	14	87,5	2	12,5			
Considera importante receber Orientações sobre sexualidade							
Sim	44	96	5	4	0,22	0,11	0,01 – 2,11
Não	1	50,0	1	50,0			
Durante o seu pré-natal você recebeu alguma orientação a respeito da sexualidade e atividade sexual							
Sim	6	15,7	43	84,3	0,98	**	
Não	0	0,0	2	100,0			
Você tem dúvidas sobre sexualidade na gravidez							
Sim	23	57	6	43	0,03	**	
Não	0	0,0	2	100			
Você sentia disposição/ desejo antes da gestação							
Sim	40	88,9	5	11,1	0,55	1,60	0,15 – 16,61
Não	5	83,3	1	16,7			
Você sente disposição/ desejo durante a gestação							
Sim	5	43	24	57	0,22	4,38	0,47 – 40,50
Não	1	4,5	21	95,5			
Sente mudanças negativas na disposição/desejo do parceiro?							
Sim	42	88,2	5	10,8	0,40	2,80	0,24 – 32,31
Não	3	75,0	1	25,0			
Você se sente satisfeita após ao ato sexual							
Sim	5	26,3	14	73,7	0,02	11,07	1,18 – 103,78
Não	1	37	31	63			
Durante a gestação a frequência de atividades sexuais diminuiu?							
Sim	23	56,8	6	43,2	0,03	**	
Não	22	100,0	0	0,0			
Em qual trimestre você está							
Primeiro/Segundo	31	69	4	29	0,98	0,90	0,15 – 5,52

Fonte: próprio autor (2019). *Teste Exato de Fisher. **Calculado apenas para associações sem valores zerados.

Em relação às práticas e atividades sexuais, 61% das gestantes realizaram práticas preliminares antes das atividades sexuais, 78,4% realizaram automasturbação, 60,7% das gestantes não eram masturbadas pelo parceiro, 55% masturbaram o parceiro, 80,3% não realizaram masturbação mútua, 55% não receberam sexo oral, 65% realizaram sexo oral no parceiro, 97% realizaram sexo vaginal, 92,1% não realizaram sexo anal e 96% não foram estimuladas através de vibradores/objetos (tabela 3).

Foi possível identificar a associação entre mulheres que não receberam e realizaram sexo oral com a satisfação sexual ($p=0,03$); ($p=0,001$) (tabela 3).

Tabela 3. Fatores das práticas e atividades sexuais em relação à satisfação sexual das gestantes em Imperatriz – MA, 2018, (n=51). (Continua)

	SATISFAÇÃO SEXUAL						
	Sim		Não		<i>p</i> -valor*	Odds ratio	IC 95%
	N	%	N	%			
Durante as atividades sexuais vocês realizam práticas preliminares							
Sim	16	80,0	4	20,0	0,20	3,63	0,60 – 22,01
Não	29	61	2	39			
Automasturbação							
Sim	34	78,4	6	21,6	0,32	**	
Não	11	100,0	0	0,0			
Recebe masturbação do parceiro							
Sim	6	39,3	25	60,7	0,07	**	
Não	0	0,0	20	100,0			
Masturba o parceiro							
Sim	18	78,3	5	21,7	0,08	1 7,50	0,81 – 69,3
Não	27	55	1	45			
Praticam masturbação mutua							
Sim	6	19,7	37	80,3		**	
Não	0	0,0	23	100,0			
Recebe sexo oral							
Sim	6	45	22	55	0,03	**	
Não	0	0,0	23	100,0			
Realiza sexo oral							
Sim	12	65	6	35	0,001	**	
Não	33	100,0	0	0,0			
Sexo vaginal							
Sim	44	97	5	3	0,22	**	
Não	1	50,0	1	50,0			
Sexo anal							
Sim	6	7,9	41	92,1	0,98	**	
Não	0	0,0	4	100,0			
Estimulação com vibrador/ objetos							
Sim	6	4	43	96	0,98	**	
Não	6	7,9	41	92,1			

Fonte: Próprio autor (2019). *Teste Exato de Fisher. **Calculado apenas para associações sem valores zerados.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que as mulheres avaliadas em sua maioria eram jovens com uma média de idade de 24,2 anos (desvio padrão de 4,5), possuíam mais de 10 anos de estudo, declaravam-se pardas ou negras, afirmavam o catolicismo como religião, eram casadas ou possuíam união estável e trabalhavam e/ou estudavam.

De acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2010), a escolaridade é um dos condicionantes do comportamento da fecundidade feminina. Entre as mulheres com menos de 7 anos de estudo, o grupo de 20 a 24 anos correspondia a 37% do total da fecundidade; já entre as mulheres com 8 anos ou mais de estudo, as idades de 20 a 24 anos (25,0%) e 25 a 29 anos (24,8%) juntas compõem quase metade da fecundidade total. Estes resultados se opõem aos achados na literatura.

Neste interim, enfatiza-se a relação dos determinantes sociodemográficos com o nível de instrução, quanto mais acessibilidade à educação e adesão ao mercado de trabalho, mais se evidencia o empoderamento das mulheres em suas ações, incluindo o planejamento da maternidade e da quantidade de filhos. (Fiorin *et al.*, 2014).

Neste contexto, outro determinante é o estado civil, o resultado obtido neste estudo, afirma que a maioria das participantes eram casadas ou em união estável, o que corrobora com o IBGE (2010) em que as uniões consensuais tiveram aumento, tendo em vista as novas reformulações da composição familiar. Vale ressaltar ainda, que o estado civil pode estar correlacionado com a crença e/ou religião, que pode contribuir para o desejo de constituir a estrutura familiar (Carteiro, 2016).

Além dos aspectos sociais e culturais que envolvem e influenciam a maternidade, este também é um período marcado por alterações físicas e psicológicas na vida da mulher que podem repercutir em alterações no seu estilo de vida, no autocuidado, nas atividades de vida diária, nas relações sociais e familiares, nas relações de trabalho ou estudo, dentre outros aspectos, como a vivência da sua sexualidade, por serem, em geral, mais sensíveis e afetáveis pela transformação da autoimagem corporal (Coutinho *et al.*, 2014).

A respeito da prática sexual no período gravídico, destaca-se os diversos estigmas sociais movidos, quase sempre, pela deficiência de informação sobre a temática e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos. Pode-se supor que a junção destes motivos, podem acarretar em bloqueios e disfunções sexuais, frequentemente relatados neste ciclo, que pode estar presente entre 40 e 70% das mulheres em algumas culturas (Kohler *et al.*, 2017).

Os aspectos emocionais que envolvem a gestação, não se limitam apenas a mulher gestante, sendo extensíveis ao parceiro, pois envolvem as novas configurações sociais, a qualidade da relação do casal, variações de humor e receptividade ao ato sexual (Kohler *et al.*, 2017).

Por este motivo, a interação conjugal é fundamental, para que ocorra o aumento da satisfação sexual por meio da autoestima elevada, relaxamento e trocas de carícias facilitando os estímulos hormonais e autonômicos das gestantes (Silva, 2017; Carteiro, 2016).

Neste estudo a maioria das gestantes entrevistadas relatou insatisfação sexual, o que corroborou com o estudo de Holanda, *et al.* (2014), realizado com mulheres puérperas que retomaram a vida sexual ativa após o parto, evidenciado que os aspectos encontrados são extensíveis no ciclo gravídico-puerperal, boa parte dessas mulheres podem vivenciar um bloqueio total ou parcial da resposta sexual relacionada ao desejo, a excitação e ao orgasmo, decorrente de fatores biopsicossociais e culturais.

A partir dos resultados encontrados, observou-se a associação de fatores sobre o desejo sexual com a satisfação sexual das gestantes. Evidenciou-se que a maioria das mulheres sexualmente ativas estava no 1º ou 2º trimestre de gestação, com gestação não planejada, referiram que a disposição para a atividade sexual e o desejo sexual estavam diminuídos no período gestacional, inclusive elas perceberam essas alterações no parceiro, o que contribuiu para uma diminuição da frequência das atividades sexuais e para a insatisfação sexual. Este achado é corroborado por outros estudos que evidenciaram diferentes alterações na libido de gestantes ao longo dos trimestres gestacionais (Rocha *et al.*, 2014, Neto, 2014).

Bonfim e Melo (2014) relatam que boa parte das gestantes apresenta uma diminuição das atividades sexuais no primeiro trimestre, possivelmente decorrente em virtude de sonolência, fadiga, cansaço, náuseas e medo de prejudicar o desenvolvimento do embrião. No segundo trimestre da gestação ocorre um aumento do desejo sexual, devido à estabilidade da gestação e a curiosidade de explorar o corpo em modificação. No terceiro trimestre de gestação é comum uma diminuição na atividade sexual novamente.

Em relação ao conhecimento sobre sexualidade e atividade sexual, notou-se associação deste fator com a satisfação sexual das gestantes. Evidenciou-se que estas consideravam importantes receber orientação acerca da sexualidade e atividade sexual, pois possuíam diversas dúvidas sobre essa temática durante o período gestacional, no entanto, poucas mulheres receberam alguma orientação profissional durante o acompanhamento pré-natal.

A este respeito, os achados evidenciados vão de encontro a pesquisa realizada por Rocha *et al.* (2014) em que o maior quantitativo das gestantes relatou ter preocupação sobre a sexualidade, sendo que os medos mais frequentemente mencionados foram: medo de machucar o bebê, medo de perder o parceiro no percurso da gravidez ou não o agradar sexualmente e indisposição para o ato sexual e conseqüentemente diminuição da frequência das atividades sexuais. Observa-se que as preocupações mencionadas não são fatores determinantes para inibir o interesse da gestante em manter atividades sexuais nesse período.

O conhecimento por partes das gestantes em relação à sexualidade neste período mostrou-se insatisfatório. Neste estudo, elas relataram não terem recebido orientações acerca da sexualidade. Estes dados corroboram com o estudo de Bonfim; Melo (2014), em que as mulheres participantes do estudo nunca tiveram a oportunidade de conversar sobre sexualidade na gravidez com um profissional de saúde. Dessa forma, entende-se que a atenção do pré-natal se mostra deficiente na abordagem da sexualidade no período gestacional, e que os profissionais de saúde mantêm uma visão de assistência padronizada proveniente inicialmente da educação tradicional que não estimula os profissionais para discutir a sexualidade neste período importante, na qual os mesmos se atentam apenas para as mudanças fisiológicas.

No acompanhamento e assistência ao casal grávido é importante desmistificar os tabus impostos pela sociedade e minimizar os medos do casal. Diante desse contexto é fundamental a atuação dos profissionais da saúde na orientação, educação e acompanhamento desses casais. Ressalta-se nessa atuação o enfermeiro, que possui o componente educativo fortemente enraizado em sua prática de trabalho, além de ter no pré-natal uma ferramenta favorável para detectar, prevenir e tratar agravos à saúde que podem aparecer no decorrer da gestação. É possível ainda, orientar o casal quanto à manutenção e a satisfação sexual no ciclo gestacional (Neto, 2014).

Todavia, como a maioria das gestantes não receberam orientações por meio de profissionais, o acesso à informação sobre a temática é facilmente adquirido por meio da internet e pelos relatos vivenciados por amigos, assim ocorrendo conhecimentos precários, enaltecendo a falta de profissionais de saúde que invistam neste tema (Carteiro, 2016).

Sobre isto, acredita-se que embora estas gestantes sinta a carência de informação, esporadicamente conseguem oportunidades de expor as suas indagações com os profissionais de saúde. Outro dado importante diz respeito à diminuição da frequência sexual na gestação o que pode levar a problemas conjugais e até mesmo separações. Destaca-se, assim, a relevância

da iniciativa por parte destes profissionais em prover conhecimento as gestantes e parceiros sobre a sexualidade durante a gravidez, mesmo que não tenha sido questionado (Schaffer, 2016).

Neste contexto, os dados do IBGE (2010), afirmam que as mudanças no período gravídico acarretam deficiências ao casal em relação à satisfação sexual, por este motivo há uma necessidade de obter orientação acerca do assunto, em busca de compreensão das alterações vivenciadas e cumplicidade afetiva, assim promovendo melhoria na saúde sexual e qualidade de vida.

No que diz respeito às práticas e as atividades sexuais das gestantes, a maioria das mulheres afirmaram praticar atos preliminares durante a relação sexual, resultado que se assemelha ao encontrado por Neto (2014) ao realizar um estudo sobre a sexualidade na gestação, o qual avaliou antes e durante os 3 trimestres de gravidez se eram realizadas práticas preliminares, tendo como grande maioria a variável sempre.

As preliminares são de grande relevância para a intimidade e excitação sexual do casal, uma vez que o exercício da sexualidade ultrapassa o ato genital, contendo carícias e erotismo. Neto (2014) enfatiza que a manutenção da sexualidade na gravidez é prazerosa, possibilitando criar formas sexuais adaptativas para melhorar o bem-estar neste período. Tais afirmações corroboram com este estudo onde pode-se notar que maior parte das gestantes afirmou usufruir dessas práticas durante os atos sexuais.

Muitas mulheres passam por diversos desconfortos durante a gravidez, dentre eles a insônia, fadiga, enjoos, tonturas, aumento de peso, além do receio de machucar o bebê, o que pode levar ao medo do casal para a prática sexual. Em razão dessas mudanças que podem afetar a relação sexual, o casal passa a substituir pela prática da masturbação, carícias e outros meios, no intuito da satisfação sexual (Silva, 2016).

Bezerra, *et al*, (2015) ao abordar a temática em um estudo sobre a comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual, nas respostas das mulheres afirmou-se que não houve alteração no seu prazer sexual durante a gravidez, porém ocorrendo uma diminuição do desejo e excitação sexual. O que pode ter influências pelo seu complexo de sentimentos, enquanto gestantes. Pois, as mulheres ao longo do período gravídico, ficam vulneráveis aos domínios de seu ambiente sociocultural, sobre acolher que em seu corpo há a geração do filho e também que esse corpo gestacional deseja e pode manter relações sexuais.

Com relação à prática sexual a maioria absoluta das gestantes afirmaram realizar o sexo vaginal, estando este resultado em consonância com estudo realizado a respeito da

sexualidade na gestação, onde 72,72% praticaram o ato sexual vaginal no 3º trimestre da gravidez (Neto, 2014).

Pereira et. al, (2018) refere que boa parte das pesquisas não determinam variáveis voltadas à descrição das práticas e posições sexuais ou quando expostas não foram relatadas detalhadamente para possível estudos de sua influência na função sexual na gravidez. Este é um assunto que já tem evoluído bastante, no entanto, ainda demanda da necessidade das pesquisas para ampliar o conhecimento e onde poderão contribuir para intervenções que melhorem a respeito da sexualidade na gestação (Bomfim; Melo, 2014).

A principal limitação encontrada durante essa pesquisa está relacionada à ausência de estudos atuais que descrevem os aspectos comparativos no que se referem aos tipos de práticas sexuais na gestação. Desse modo, essa pesquisa serve para abrangência do tema e ponto de partida para novas investigações sobre o assunto.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a insatisfação sexual no período gestacional, se faz presente na maioria das 51 gestantes participantes deste estudo. Deve-se enfatizar que vários aspectos podem contribuir para estes achados, dentre eles, destaca-se as dúvidas que permeiam esse ciclo gravídico e a falta de orientação profissional de saúde.

O presente trabalho evidencia a importância da informação sobre sexualidade pelos profissionais de saúde e, em especial, os enfermeiros. A abordagem sobre a temática, faz se necessário para esclarecer todas as mudanças e alterações sofridas, enfatizando as percepções do corpo, o prazer e o aspecto emocional. Salienta-se ainda, a inserção do parceiro para que ele também entenda e possa sanar as suas dúvidas, considerando a harmonia conjugal fator que predispõe aos índices de satisfação.

Acredita-se que os resultados obtidos neste estudo possam contribuir para ação do enfermeiro diante dessas situações, para que tenham maior segurança na elaboração do plano de cuidados com a gestante, com foco para uma visão holística dessa mulher, minimizando, assim, as complicações e proporcionando uma melhora na qualidade de vida. Visto a relevância do assunto, ressaltamos a limitação de estudos atuais sobre o tema.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Ingrid Fonsêca Damasceno et al. Comparison of quality of life in women with sexual dysfunction. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, p. 266-271, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005254>.

BONFIM, I.Q.M.; MELO, B.C.F. Comparative Study of Sexual Function in Women During the Pregnancy. **UNOPAR Científica Ciências Bioligas e da Saúde**. v.16, n.4, p.277-82, 2014.

BRASIL. Rede nacional da primeira infância (RNPI). **Cartilha primeira infância e gravidez na adolescência. Secretaria executiva - Biênio 2013/14: Instituto da infância – IFAN. Secretaria da saúde do estado do Ceará.**

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Artmed Editora, 2009.

CARTEIRO, Dora Maria Honorato; SOUSA, Lisete Maria Ribeiro de; CALDEIRA, Sílvia Maria Alves. Clinical indicators of sexual dysfunction in pregnant women: integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 165-173, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690122i>.

COUTINHO, E. D. C. et al. Mudanças no Estilo de Vida Provocadas pela Gravidez e Parto. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [S.L], v. 2, n. 1, jan. 2014.
FIORIN, Pascale Chechi; OLIVEIRA, Clarissa Tochetto De; DIAS, Ana Cristina Garcia. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, [S.L], v. 15, n. 1, p. 25-35, jan./jun. 2014.

HOLANDA, Juliana Bento de Lima *et al.* Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 573-578, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400093>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **"Brasileiras engravidam menos e cada vez mais tarde"**. Brasil.2010.

IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.

KÖHLER, Bruna da Silva Martins et al. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. **ConScientiae Saúde**, v. 16, n. 3, p. 360-366, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92953906007>.

LEITE, Mirlane Gondim et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de Gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>.

MEDEIROS, M. S. et al. Sexualidade na gravidez: vivências de gestantes. *R. Interd.* v.6, n.4, p.34-43, out.nov.dez. 2013.

NETO, Ferreira, VIANA, Marcos André. Sexualidade na gestação: comportamento dos casais e atuação do profissional de saúde. 50 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2014. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/9305>.

VIEIRA PEREIRA, Emanuely et al. FUNCTION, PRACTICES AND SEXUAL POSITIONS OF PREGNANT WOMEN. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a231225p772-780-2018>.

ROCHA, M.G.F. et al. Living Female Sexuality in the Pregnancy Cycle. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.18, n.3, p. 209-218. 2014.

SCHÄFFER, Gabriela Laura. Sexualidade na gestação: uma perspectiva de atenção integral à saúde da mulher. 2016. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/17339>.

SILVA, Andreza Morais da. **Influência da qualidade de vida sobre a função sexual de mulheres grávidas**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/35958>.

SILVA, Luiza Valentino da et al. Sexualidade das mulheres durante a gestação: uma revisão da literatura. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172941>

SILVA, Roberta de Araujo. Tecnologia educativa sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular: construção e validação. 2017. [Tese] Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/30346>

VETTORAZZI, Janete et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 32, n. 4,(2012), p. 473-479**, 2012. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10183/159223>

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA GERAL

Gleicielly Maria Silva Sousa - Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência e Emergência.

Ana Beatriz Frota Lima Rodrigues - Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e UTI.

Alexandre Resende Silva - Acadêmico em enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Gleiciane Kelen Lima - Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Karine de Castro Bezerra - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade Maciço Baturité.

Francisco Mayron Moraes Soares - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Igor Cordeiro Mendes – Enfermeiro. Mestre e Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

INTRODUÇÃO

Cirurgia ou operação vem do latim *chirurgiae* que significa trabalho manual. Ocorre quando o cirurgião realiza uma intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente para diagnosticar ou tratar doenças ou traumatismo, ou para melhorar a funcionalidade ou aparência de parte do corpo, com objetivo de aliviar ou corrigir um problema físico do paciente (Guido; Goulart, 2014). Atualmente, o número de pessoas que se submetem a cirurgia, seja para tratamento de doença ou mesmo com objetivo estético, tem crescido significativamente. Em 2015, o Brasil registrou 1.224.300 cirurgias plásticas, ocupando o segundo lugar no ranking, ficando atrás somente dos Estados Unidos da América (EUA) (Isaps, 2015).

Devido a esse elevado índice de realização de cirurgias, o sistema de saúde está criando cada vez mais subsídios para realização de cirurgias no serviço público. Em Fortaleza, por exemplo, para pacientes que precisam de uma cirurgia geral eletiva e que podem aguardar pelo serviço, existe uma Central Integrada de Regulação (CIR). Este sistema permite que o usuário realize seu cadastro, por meio do fornecimento de dados pessoais. No ato do cadastro é gerada uma senha para acesso ao sistema e acompanhamento dos dados e procedimentos em aguardo, além de verificar o cadastro e andamento da fila (Fortaleza, 2017).

Como o nível de complexidade dos indivíduos que necessitam realizar procedimentos cirúrgicos é diverso, o sistema prioriza os procedimentos mais urgentes, realizando de acordo com a classificação das cirurgias: primeira classificação é da finalidade cirúrgica, objetivo de realizar determinada cirurgia; segunda, do grau de urgência e prioridade daquela cirurgia; terceira, do porte, que está relacionado muitas vezes ao tempo necessário para realizar o procedimento cirúrgico e a necessidade de transfusão sanguínea; e quarta, do

potencial de contaminação do procedimento. Ainda, sobre a finalidade, as cirurgias podem ser classificadas como: exploratória, curativa, reconstrutora ou paliativa (Sampaio; Gonçalves; Júnior, 2016).

No contexto das cirurgias, existem várias especialidades. A cirurgia geral, que é uma das especialidades médicas, consiste na realização de procedimentos cirúrgicos tais como, cirurgia abdominal: por exemplo, hérnioplastias (correção de hérnias), colecistectomia (retirada da vesícula biliar), apendicectomia (correção de doenças diverticular do cólon) e, cirurgias por traumas, sejam elas abdominais, dentre outras (Guido; Goulart, 2014).

A enfermagem, voltada à assistência cirúrgica, tem como objetivo o cuidado dispensado ao paciente e sua família nos períodos, pré-operatório (antes da realização da cirurgia), intraoperatório (durante o procedimento cirúrgico), e pós-operatório (após a cirurgia), ou seja, prover cuidados de enfermagem nesses três períodos, respectivamente. Tem o papel de prestar assistência dentro destes diversos campos, no que diz respeito ao cuidado, orientação e preparação do paciente para qualquer procedimento cirúrgico, tendo que estar atento à segurança do paciente, visto que, por ser um procedimento invasivo, torna o indivíduo vulnerável a ocorrência de diversas complicações (Borges, 2014).

As principais complicações inerentes relacionadas ao procedimento cirúrgico, vão desde cefaleia (dor de cabeça), a embolia pulmonar, quando um coágulo obstrui uma artéria pulmonar, levando ao risco de morte. Uma das maiores preocupações, que exigem cuidados da enfermagem, referem-se à prevenção de infecção, estando este cuidado vinculado à equipe cirúrgica, com o objetivo de evitar complicações pós-cirúrgicas (Reis, 2014). De acordo com a Portaria n. 2.616/1998 (Brasil, 1998), infecção hospitalar é “[...] aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

A assistência de enfermagem para o paciente e familiares no perioperatório, prioriza diminuir os riscos e possíveis complicações principalmente nos procedimentos anestésico-cirúrgico, que o paciente irá se submeter, como também, ao controle de infecções antes e após a realização do procedimento cirúrgico, buscando promover uma segurança integral deste paciente e garantir subsídios para que o procedimento aconteça. Tal situação exige a formação de enfermeiros com competências específicas na dimensão da organização de unidades de cirurgias e assistência sistematizada de enfermagem. Assim, o enfermeiro tem papel importante nestes períodos, com objetivo de dar assistência, formulando medidas e técnicas judiciosas, que previnam riscos ou problemas futuros ao paciente (Guido; Goulart, 2014).

O presente estudo objetiva avaliar a assistência de enfermagem no período perioperatório de cirurgia Geral, bem como analisar em prontuários o seguimento dos profissionais de enfermagem quanto às diretrizes e aos protocolos preconizados pelo MS para realização de procedimento cirúrgico de cirurgias Geral, além de avaliar por meio do próprio usuário, a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem no perioperatório e identificar o grau de satisfação dos usuários do sistema público de saúde que são submetidos a procedimentos de cirurgia geral.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritiva e quantitativa. A pesquisa transversal pode ser de incidência e prevalência. A de incidência investiga determinada doença em grupos de casos novos. É dinâmica, pois oscila ao decorrer do tempo e em diferentes espaços. A de prevalência estuda casos antigos e novos de uma nosologia num determinado local e tempo; é estática e, essencialmente, transversal (Bordalo, 2006).

Além disso, foi realizada análise de dados em prontuário, consistindo em pesquisa de caráter documental. A pesquisa documental é semelhante à bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc. (Gil, 2008).

Local e período de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital do interior do Ceará, após a aprovação do comitê de ética, localizado no município de Itapipoca-CE, vinculado a grandes redes de hospitais. Consiste no hospital pólo da 6ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) do Estado do Ceará, atendendo à população de Itapipoca (município em que se localiza) e mais seis municípios: Miraíma, Amontada, Tururu, Uruburetama, Trairi e Umirim, em um total superior a 300.000 habitantes. A referida instituição atende as necessidades da comunidade nas especialidades básicas de clínica geral, pediatria, cirúrgica e gineco-obstetrícia, sendo cenário propícia para a realização deste estudo.

População e amostra

Foram incluídos pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos gerais e analisados os prontuários destes respectivos pacientes. O estudo foi desenvolvido com pacientes que estavam no pós-operatório de cirurgias geral e, que estavam internados no hospital. Ocorrem em média 130 cirurgias gerais mensais no referido hospital.

Baseado nesta informação, foi realizado um cálculo amostral de população finita, sendo aplicado um nível de confiança de 95%, uma probabilidade de ocorrer o evento em 50% e um erro amostral de 5%, totalizando assim uma amostra de 100 participantes. Referente cálculo foi realizado mediante fórmula para população finita a seguir:

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde: n - amostra calculada; N – população; Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p - verdadeira probabilidade do evento; e - erro amostral.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a abril de 2023. A pesquisa foi realizada na clínica cirúrgica, de um hospital pólo de segundo porte. Foi utilizado um formulário elaborado pelo próprio pesquisador, que avaliou os dados de identificação sociodemográfica e clínicas dos pacientes. O pesquisador entrevistou os pacientes e preencheu o formulário. Além disso, foram coletados dados que apontam a satisfação dos pacientes em relação ao processo de cirurgia. Com o objetivo de avaliar e identificar se a unidade de saúde segue o que preconiza o Ministério da Saúde em relação ao processo de cirurgia segura. Foi aplicado um questionário, sendo as informações obtidas por meio de prontuário do paciente.

Na primeira etapa realizou-se um levantamento nos prontuários dos pacientes internados na clínica cirúrgica da unidade, que se encaixaram no processo de cirurgia geral. Feito isto, identificou-se os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos. Na segunda etapa, estes prontuários pré-selecionados, contemplaram os dados necessários para preenchimento dos instrumentos de coleta daquele paciente que posteriormente foi abordado.

Análise e apresentação de dados

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados no programa Excel e analisados com auxílio do programa EpiInfo versão 7.0. Sendo utilizada estatística descritiva e calculadas média, desvio padrão e frequência absoluta e relativas para as variáveis nominais e numéricas. A apresentação dos achados ocorreu por meio de tabelas, e análise foi pautada na literatura pertinente ao tema.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Faculdade Uninta Itapipoca, por meio da Plataforma Brasil, obteve parecer favorável sob o CAAE: 59903421.3.0000.8133. Os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o anonimato das participantes, segundo as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos.

O Termo de anuência foi assinado pelo Responsável Legal pelo hospital, onde ele teve conhecimento da pesquisa que seria realizada. A assinatura do devido responsável proporcionou o respaldo de que o pesquisador poderia realizar a pesquisa com o público desejado, e ele obteve o conhecimento do público abordado no trabalho.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecido o direito de participação, e desistência quando desejar. Durante a leitura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o pesquisador se colocou à disposição para responder a todos os questionamentos que surgissem e garantiu o anonimato das informações concedidas.

O termo de consentimento pós-esclarecido foi emitido em duas vias na qual consta as assinaturas dos pesquisadores e dos participantes do estudo, servindo de documento para qualquer questionamento relativo aos aspectos éticos. Deixar-se-á claro, que as informações serão mantidas em sigilo, pois os participantes seriam identificados pela letra P referente a “paciente” e o número cardinal referente à ordem de aplicação do formulário, ou seja, P1, P2, P3 etc. e após 5 (cinco) anos estes questionários serão incinerados e os dados deletados de forma permanente.

Em virtude da necessidade do acesso aos prontuários dos pacientes que realizaram procedimento de cirurgia geral, bem como registros e anotações dos profissionais de saúde envolvidos no processo da cirurgia dos pacientes atendidos nesta unidade de saúde, a ser

pesquisada, há a exigência em obter autorização do(s) responsável (is) da mesma assegurando todos os aspectos éticos. Com esta autorização o objeto deste estudo é de total responsabilidade do pesquisador-orientador de acordo com o exposto e esclarecido no termo de “Fiel Depositário”.

RESULTADOS

Participaram do estudo 100 pacientes submetidos a procedimento de cirurgia geral. Na tabela 1, apresentam-se as características sociodemográficas dos pacientes que realizaram procedimento de cirurgia geral e foram entrevistados no pós-operatório, na unidade da clínica cirúrgica de um hospital localizado em um município do interior do Ceará. Entre os participantes, 52,0% eram do sexo feminino e 48,0% do sexo masculino. A idade média foi de 50,23 anos (DP: $\pm 18,72$ anos), variando de 09 a 91 anos.

Tabela 1 – Resultados de dados sociodemográficos de pacientes submetidos a procedimento de cirurgia geral de um hospital localizado em um município do interior do Ceará, 2023.

Variáveis	n=100	%
Sexo		
Masculino	48	48,0
Feminino	52	52,0
Faixa etária		
≤ 18 anos	4	4,0
19-49 anos	46	46,0
≥ 50 anos	50	50,0
Nível de instrução		
Não frequentou escola	15	15,0
Ens. fundamental completo	54	54,0
Demais	31	31,0
Raça/cor		
Branca	43	43,0
Não branca	57	57,0
Religião		
Católica	72	72,0
Não católica	28	28,0
Renda mensal pessoal		
Até 1 salário-mínimo	65	65,0
Demais situações ($>$ que 1 salário-mínimo)	5	5,0
Não tem renda	30	30,0
Estado civil		
Com companheiro	66	66,0
Não tem companheiro	34	34,0
Tem filhos		

Sim	76	76,0
Não	24	24,0

Fonte: Autor, 2023.

Quanto à faixa etária destes pacientes, foi possível observar que 50,0% dos participantes tinham idade igual ou superior a 50 anos e 54,0% possuíam ensino médio completo. Os que apresentavam renda mensal pessoal de até um salário-mínimo representaram 65,0% dos casos, sendo que 66,0% dos pacientes tinham um companheiro e 76,0% possuíam filhos.

A tabela 2 evidencia os tipos de cirurgias que foram realizadas nos pacientes, indicando informações pessoais relacionado à percepção destes pacientes em relação à assistência de enfermagem prestado a eles antes, durante e após o procedimento cirúrgico.

Há um destaque para o número de cirurgias de herniorrafia realizadas na unidade, representando 19,0% do total dos dez tipos de cirurgias citadas. Quando questionados sobre quando souberam que o tratamento seria cirúrgico, depreendeu-se um número de 53,0% que responderam que foi por meio de consultas médicas ou de enfermagem e 21,0% só procuraram o serviço de saúde para a realização do procedimento cirúrgico quando surgiram os sinais e sintomas da doença.

Tabela 2 – Tipos de cirurgias realizadas e informações pessoais dos pacientes no pós-operatório de cirurgia geral de um hospital pólo, de segundo porte, localizado em um município do interior do Ceará, 2023.

Variáveis	n=100	%
Tipo de cirurgia		
Herniorrafia	19	19,0
Histectomia	16	16,0
Amputação	11	11,0
Colecistectomia	7	7,0
Apendicectomia	12	12,0
Exérese de TU	7	7,0
Laparotomia exploradora	3	3,0
Limpeza cirúrgica	17	17,0
Drenagem de abscesso	5	5,0
Ooforectomia	3	3,0
Quando soube que seria necessário realizar a cirurgia		
Quando começou a sentir dores	20	20,0
Aparecimento dos sintomas da doença	21	21,0
Realização de exames periódicos de rotina	6	6,0
Consulta médica ou de enfermagem	53	53,0

Deste o início deste processo, até agora, sentiu-se desconfortável em algum momento ou situação		
No início do processo, antes da cirurgia	35	35,0
No momento da cirurgia	18	18,0
Após o procedimento cirúrgico	26	26,0
Outro	20	20,0
A equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiro), lhe passou segurança durante este processo?		
Se identificaram por nome e função	10	10,0
Foram atenciosos durante o processo	47	47,0
Tiraram-lhes alguma dúvida gerada	38	38,0
Outro	5	5,0
Em uma escala de 0 à 10, que nota você daria a equipe de enfermagem em relação ao acolhimento e acompanhamento durante todo este processo?		
0	0	0,0
1	0	0,0
2	0	0,0
3	0	0,0
4	1	1,0
5	2	2,0
6	4	4,0
7	10	10,0
8	17	17,0
9	38	38,0
10	28	28,0

Fonte: Autor, 2023.

Sobre desconforto durante o processo de realização cirúrgico, percebeu-se que 35,0% dos pacientes relataram a presença dessa sintomatologia no início do processo, antes mesmo da realização da cirurgia e 26,0% após a realização da cirurgia. Em relação a uma escala de zero a dez, destinada a avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao acolhimento e acompanhamento dispensado pela equipe de enfermagem, notou-se que nenhum dos participantes estabeleceu uma nota inferior a três, havendo um predomínio de avaliações positivas com 66% dos pacientes indicando nota igual ou superior a nove.

A tabela 3 e 4 apresentam informações sobre o cumprimento ou não do checklist de cirurgia segura, protocolo preconizado pelo ministério da saúde, que tem objetivo de garantir o processo de cirurgia segura ao paciente. A instituição de saúde a qual foi realizada este estudo, não cumpre de maneira integral este protocolo, e, sim parcialmente. Ao investigar informações

nos prontuários dos pacientes, que são necessárias e importantes no processo da cirurgia e seus registros, foram identificados alguns dos tópicos que o protocolo aborda.

Tabela 3 – Informações do checklist de cirurgia segura realizado no pré-operatório de pacientes de um hospital pólo, de segundo porte, localizado em um município do interior do Ceará, 2023.

Variáveis	n=100	%
A instituição de saúde se baseia no <u>checklist de cirurgia segura</u> para realizar procedimento de cirurgia geral?		
Sim	0	0,0
Não	100	100,0
Confirmação sobre o paciente: identidade, procedimento a ser realizado, termo de consentimento?		
Sim	86	86,0
Não	14	14,0
Realização de tricotomia?		
Domicílio	13	13,0
Centro cirúrgico	28	28,0
Não indicado	59	59,0
Confirmada presença de histórico de alergias?		
Sim	69	69,0
Não	31	31,0
Confirmado risco de perda sanguínea > que 500 ml (7kg/criança)?		
Sim	18	18,0
Não	82	82,0
Confirmado se exames de imagens estão disponíveis?		
Sim	73	73,0
Não	27	27,0

Fonte: Autor, 2023.

A respeito da confirmação do paciente, sua identidade, indicação do procedimento cirúrgico a ser realizado e os termos pré-operatórios, constavam em 86,0% dos casos como realizado. Em relação à realização da tricotomia 59,0% destes não tinham indicação de realizar, enquanto 28,0% que tinham indicação da realização da tricotomia foram feitas no domicílio. Sobre investigação de histórico de alergias, evidenciou-se registros em 69,0% destes pacientes e 18,0% possuíam registro de risco de perda sanguínea maior que 500 ml durante o procedimento. Sobre registro de confirmação de exames de imagens disponíveis, foi verificado em 73,0% destes pacientes.

Tabela 4 – Informações do checklist de cirurgia segura realizado no intraoperatório de pacientes de um hospital pólo, de segundo porte, localizado em um município do interior do Ceará, 2023.

Variáveis	n=100	%
Há antecipação de eventos críticos, ou preocupações específicas por parte dos cirurgiões e anestesista?		
Sim	62	62,0
Não	38	38,0
Antibiótico profilático administrado nos últimos 60 minutos?		
Sim	71	71,0
Não	29	29,0
Anota-se o horário do início e término da cirurgia, incisão cirúrgica?		
Sim	94	94,0
Não	6	6,0
Contagem de instrumentos, compressas, gases e agulhas, antes de iniciar e no final do procedimento cirúrgico?		
Sim	89	89,0
Não	11	11,0

Fonte: Autor, 2023.

A tabela 5 representa a SAEP em sua quarta e última etapa. Aplicada na unidade do centro cirúrgico, na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). O estudo mostra em relação a avaliação que deve ser feita pela equipe de enfermagem quanto ao nível de consciência do paciente, este foi insuficiente em 8,0% dos casos. Sobre avaliar diurese presente, secreções, drenos e curativos, identificou-se em 89,0% dos pacientes a presença desse registro, e as verificações dos sinais vitais ocorreu apenas uma vez em 54,0% dos pacientes.

Tabela 5 – Informações da SAEP realizado na Sala de Recuperação Pós-Anestésica do centro cirúrgico geral em pacientes no pós-operatório de cirurgia geral de um hospital regional localizado em um município do interior do Ceará, 2023.

Variáveis	n=100	%
Avaliado quanto ao nível de consciência do paciente?		
Sim	92	92,0
Não	8	8,0
Avaliado quanto a diurese presente, secreções de drenos e curativos?		
Sim	89	89,0
Não	11	11,0
As verificações e anotações dos sinais vitais do paciente são realizadas de 15/15 minutos nas 1ª horas, d 30/30 minutos na 2ª hora e posteriormente de 1 em 1 hora?		

Sim	1	1,0
Não	24	24,0
Somente verificado 1 vez	54	54,0
Somente verificado 2 vezes	21	21,0

Fonte: Autor, 2023.

DISCUSSÃO

Sobre o perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados nesse estudo, foi identificado que há uma proporção similar entre os participantes quanto a idade e sexo, sendo 48% do sexo feminino e 52% do sexo masculino, sendo que 50% têm idade igual ou superior a 50 anos. Um estudo publicado por Sampaio e Ribeiro (2012), realizado em uma unidade de cirurgia ambulatorial, no município do Rio de Janeiro mostrou semelhanças, tendo como referência um percentual de 60% em relação a pacientes do sexo masculino que também realizam estes tipos de cirurgias.

Sobre o perfil destes pacientes em questões religiosas, 72% são descritos como católicos, e, 76% tinham filhos. A mesma similitude se apresenta em um estudo desenvolvido no estado do Piauí com o objetivo de analisar o conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao tema cirurgia segura, que demonstrou um percentual de 69% a pacientes que eram de religião católica e 73% que tinham filhos (Silva et al, 2017).

Em relação ao tipo de procedimento realizado, notou-se que o maior número se deu nas cirurgias de herniorrafias, com 19% em relação aos 10 tipos de procedimentos cirúrgicos registrados. Na pesquisa realizada por Sampaio et al (2012), dentre os procedimentos de cirurgia geral realizados, obteve-se maior número de herniorrafias, com resultado de 59%, entre os 15 tipos de procedimentos cirúrgicos registrados.

Sobre algum tipo de desconforto causado ao paciente durante o processo operatório, 35% responderam que foi no pré-operatório o momento de maior queixa dessas sensações, no início, antes mesmo de realizar a cirurgia, e, 26% responderam que foi após o procedimento cirúrgico, ou seja, no pós-operatório. De acordo com Silva et al (2017), os pacientes tendem a se sentir desconfortável no pré-operatório, pela angústia e tensão ao ser noticiado sobre a necessidade de ser operado (a), e, medo pela possibilidade de reação aos medicamentos anestésicos.

A respeito do item que questiona os participantes sobre a segurança que a equipe passou durante o processo de cirurgia, 47% dos participantes, responderam que a equipe de

enfermagem foi atenciosa, e 38% responderam que a equipe lhes esclareceu dúvidas geradas durante o processo de cirurgia. Sobre a atribuição de uma nota de zero a dez pelo paciente à equipe de enfermagem, considerando que, zero seria pouca ou nenhuma satisfação e dez o máximo de satisfação por parte dos pacientes para com a equipe de enfermagem, 66% destes deram nota superior a nove.

Portanto, a maior responsável pela aplicação das diretrizes e dos protocolos se deve à equipe de enfermagem, que, tem assumido um papel protagonista nas salas de cirurgia, ao fazer valer as determinações em favor da segurança do paciente. Inclusive, diversas das medidas propostas pelo MS, principalmente o empoderamento da enfermagem para que ela possa ter clareza da magnitude desse processo, principalmente na condução da pausa cirúrgica que se realiza para aplicação de uma fase do protocolo de cirurgia segura (Silva et al, 2017).

Um estudo realizado envolvendo um grupo de enfermeiros, mostrou que a qualidade da assistência de enfermagem prestada no período perioperatório e, principalmente no intraoperatório, interfere diretamente nos resultados do procedimento cirúrgico realizado. Assim, a equipe tem a incumbência de se responsabilizar por todos os atos executados durante este processo, tendo como subsídios as ferramentas metodológicas para realização e prática de uma boa assistência ao paciente, podendo promover a este, um procedimento cirúrgico com segurança e qualidade, e, posteriormente uma boa recuperação no seu pós-operatório (Ribeiro et al., 2017).

Nesse estudo, ao avaliar quanto ao nível de consciência do paciente, foi identificado em 92,0% dos registros analisados, e as verificações e anotações dos sinais vitais do paciente, que devem ser realizadas de 15/15 minutos nas 1ª horas, de 30/30 minutos na 2ª hora e, posteriormente de 1 em 1 hora, obtiveram resultado de 76,0%, e, a avaliação quanto a diurese presente, secreções de drenos e curativos, foi identificado em 89% dos prontuários.

De acordo com Moraes et al (2003), o período de recuperação pós-anestésica caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorrespiratória no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tono simpático naquele que recebeu anestesia regional. Neste período o paciente é considerado crítico, razão pela qual deve existir a assistência de enfermagem documentada, o que garantirá segurança e cuidados específicos que se implementados podem impedir a ocorrência de complicações, ou então, podem revertê-las, quando estas se instalarem.

Portanto, com o uso dos instrumentos de registro, o enfermeiro tem a possibilidade de reduzir drasticamente a ocorrência de efeitos adversos, facilitando o seu trabalho e

diminuindo os riscos ao paciente e os custos hospitalares. Para o paciente, o uso do checklist constitui a grande possibilidade de que o mesmo passará por um procedimento cirúrgico seguro, e voltará a ter saúde e qualidade de vida. Entretanto, algumas literaturas apontam, ainda, a falta de tempo e a sobrecarga de atividades como os principais desafios à implementação e execução dos protocolos (Freitas et al., 2014).

Assim, é de suma importância o cumprimento dos protocolos do MS para o processo de cirurgia segura. Todavia, as dificuldades aumentam quando a administração das unidades de saúde não compreende a importância da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente cirúrgico durante o período perioperatório, proporcionando um desvio da sua função assistencial para um papel somente gerencial. Estudos apontam que seguir o checklist fez com que os óbitos diminuíssem de 1,5% para 0,8%; as complicações pós-cirúrgicas, de 11% para 7%; com significativa diminuição nas taxas de infecção hospitalar, o que, consequentemente, diminui o tempo e os custos das internações de pacientes submetidos às cirurgias (Ribeiro et al., 2017).

CONCLUSÃO

Este estudo aporta informações sobre os processos cirúrgicos e avaliação da assistência de enfermagem empregada e dispensada aos pacientes. Assunto, até então, pouco explorado na literatura científica em geral, principalmente no contexto dos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina. Seu aprofundamento permitiu a identificação de problemas e fatores associados ao cumprimento de protocolos preconizados pelo MS, e avaliação da assistência de enfermagem no período perioperatório de cirurgia geral, resultando em informações úteis para viabilizar a incorporação abrangente dessas tecnologias e alcançar os bons resultados no quesito segurança do paciente, tema almejado pela campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, da OMS.

Participaram do estudo 100 pacientes que realizaram procedimento de cirurgia geral e foram entrevistados no pós-operatório, na unidade da clínica cirúrgica de um hospital localizado em um município do interior do Ceará. Entre os participantes, 52,0% eram do sexo feminino e 48,0% do sexo masculino. Pode-se identificar a predominância na realização de cirurgias de herniorrafia (correção de hérnia), em relação às demais citadas no estudo. A maioria dos sujeitos da pesquisa reconheceu a assistência de enfermagem com qualidade e satisfatória, referente à atenção, e cuidados prestados durante os processos cirúrgicos. A análise nos

prontuários avaliou e identificou os lapsos no seguimento em relação ao cumprimento das diretrizes e protocolos preconizados pelo MS.

O estudo teve como limitações a diminuição do número de cirurgias geral previstas para o período proposto da coleta de dados, estes correlacionados a fatores administrativos internos da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Assim, conclui-se que as práticas da assistência ao paciente, e, o cumprimento de medidas promovendo o cuidado, só pode ser melhorado, alteradas e/ou enriquecidas quando se realiza a inspeção e avaliação do serviço. É necessário verificar, fiscalizar a execução destas práticas para alcançar uma assistência de qualidade; entretanto, não é um processo fácil para o enfermeiro e sua equipe, requerendo que os profissionais tenham iniciativa e pró-atividade para superar os obstáculos evidenciados, tendo em vista que a prática em saúde no centro cirúrgico demanda estudos de intervenção para que os conceitos já desenvolvidos possam ser validados e executados no cotidiano da assistência.

REFERÊNCIAS

Borges, A. P. B. Incidência de infecção do sítio cirúrgico e fatores de risco associados na clínica cirúrgica de pequenos animais. **Arq. Bras. Med. Vet. Zootec.**, v. 66, n. 3, p. 737-744, 2014.

Bordalo, A. A. Editorial. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**. v. 20, n. 4. Outubro-dezembro, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466.2012. Brasília: CNS, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União: Brasília, 1998.

Fortaleza. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Usuários com necessidade de cirurgia ortopédica devem atualizar dados**. 2017. Disponível em <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/usuarios-com-necessidade-de-cirurgia-ortopedica-devem-atualizar-dados>>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

Freitas, M.R. et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 30. n. 1. p. 137-148. jan, 2014.

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Guido, L. A. et al. Cuidado de enfermagem perioperatório: Revisão integrativa de literatura. **Fundam. Care, Online**, v. 6, n. 4, p. 1601-1609, 2014.

Isaps. Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica e Estética. **Global statistics**. 2015. Disponível em < <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>>. Acesso em 25 de outubro de 2017.

Ministério da Saúde. **Protocolo para cirurgia Segura**. Brasília, 2013.

Moraes, L. O. et al. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 37, n. 4, p.34-42, 2003.

Reis, U. O. P. Controle da infecção hospitalar no centro cirúrgico: Revisão integrativa. **Rer. Baiana de Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 303-310, 2014.

Ribeiro, E. et al. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Rev. SOBECC**. São Paulo. v. 22, n. 4, p. 201-207. out.-dez. 2017.

SALES, F.S. et al. A relevância do enfermeiro no protocolo de cirurgia segura salva vidas: revisão da literatura. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 42, n. 2, p.64-72, 2015.

Sampaio, C. E. P.; Gonçalves, R. A.; Júnior, H. C. S. Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem. **Care Online**, v. 8, n. 3, p. 4813-4820, 2016.

Sampaio, C.E.P. Ribeiro, D.A. Perfil cirúrgico e fatores determinantes das suspensões de cirurgias gerais ambulatoriais: contribuições para assistência de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**. v. 4. n. 2. p. 2938-47. abr./jun. 2012.

Silva, F.A.A. et al. Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo. **Rev Enferm UFPI**; v. 6. n. 2. p. 23-29. abr-jun. 2017.

Realizado o Depósito legal na Biblioteca Nacional conforme a Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TÍTULO: PRÁTICAS DO CUIDADO SEGURO E TECNOLOGIAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE.

ORGANIZAÇÃO: Francisco Mayron Morais Soares.

PROJETO GRÁFICO E CAPA: Adriano Félix dos Santos Junior.

FORMATO: 210 x 297 mm.

PÁGINAS: 442p.

TIPOGRAFIA: Times New Roman.

EDIÇÃO: Digital.



GESPATE

Grupo de Pesquisa em Segurança do
Paciente, Práticas e Tecnologias em
Enfermagem e Saúde