

Revista de Ciências da

SAÚDE

NOVA ESPERANÇA



**Faculdades de
Enfermagem e
Medicina Nova
E s p e r a n ç a**

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

ISSN 2317-7160

João Pessoa-PB	v. 14 n. 1	94 p.	Abr. 2016
----------------	------------	-------	-----------

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

Diretora-Presidente da Entidade

Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-Presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretor da FACENE

Eitel Santiago Silveira

Diretora da FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

Coordenadora do

Curso de Enfermagem - FACENE

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do

Curso de Medicina - FAMENE

Gladys M. Cordeiro da Fonseca

ÓRGÃOS DE APOIO ADMINISTRATIVO

Secretaria Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene

Rosa Rita da Conceição Marques

Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas

Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

Liliane Soares da Silva Moraes - CRB 15/487

Revista de Ciências da Saúde

Nova Esperança - Semestral

Editora

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

CAPA

Iverson Iorio

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v.14 n. 1. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, 2016. (Edição Especial Especialização)

v.: il.;

Semestral

ISSN 2317-7160

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU - 61(05)

CONSELHO EDITORIAL

- Alessandra Sousa Braz C. de Andrade - UFPB
- André Sales Barreto - UFS-SE
- Cintia Bezerra Almeida Costa - UFPB
- Clélia Albino Simpson - UFRN
- Cristianne da Silva Alexandre - UFPB
- Fátima Raquel Rosado Moraes - UFRN
- Francisco Arnaldo Nunes de Miranda - UFRN
- Homero Perazzo Barbosa - FACENE/FAMENE
- Iara de Moraes Xavier - UnB-DF
- Iolanda Bezerra da Costa Santos - UFPB
- Jackson Roberto G. S. Almeida - UNIVASF-PE
- José Augusto Peres - UnP-RN
- Josean Fachine Tavares - UFPB
- Karen Krystine Gonçalves de Brito - UFPB
- Katy Lísias Gondim Dias - FAMENE-PB
- Kelli Faustino do Nascimento - Sapiens
- Leonardo Rigoldi Bonjardim - UFS-SE
- Luiz Eduardo Imbelloni - FUFARME
- Liana Clébia Soares Lima de Moraes - UFPB
- Marcos Antônio Jerônimo Costa - FACENE-PB
- Marcos Antônio Nóbrega de Sousa - UFERSA-RN
- Maria de Fátima Oliveira dos Santos - PMJP-PB
- Maria Júlia Guimarães de O. Soares - UFPB
- Marta Miriam Lopes Costa - UFPB
- Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino - UFPB
- Micheline de Azevedo Lima - UFPB
- Mônica Souza de Miranda Henriques - FAMENE
- Regina Célia de Oliveira - UP-PE
- Rinaldo Henrique Aguiar da Silva - Famema-SP
- Roque Marcos Savioli - INCOR/FMUSP-SP
- Rosana Carla do Nascimento Givigi - UFS-SE
- Simone Carneiro Maldonado - UFPB
- Smalyanna Sgren da Costa Andrade - UFPB

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

ISSN 2317-7160

Av. Frei Galvão, 12

Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil

CEP: 58.067-695 - Telefone: (83) 2106-4790

Site: www.facene.com.br/revista

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança é possui Qualis B4 para Medicina e B5 para Enfermagem.

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

1. CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) USADOS NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR, 4-14

(Josivânia Alves Dias, Paulo Emanuel Silva, Salmana Rianne Pereira Alves, Cláudia Germana Virgínio de Souto)

2. PERFIL DAS VÍTIMAS FATAIS POR ARMA DE FOGO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, 15-26

(José de Freitas Bezerra Júnior, Gerson da Silva Ribeiro, Cláudia Germana Virgínio de Souto, Nereide de Andrade Virgínio)

ARTIGOS DE REVISÃO

3. CONTRIBUIÇÕES DE ATIVIDADES GRUPAIS PARA MULHERES GRÁVIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA, 27-36

(Morganna Guedes Batista, Cintia Bezerra Almeida Costa, Nereide de Andrade Virgínio, Cláudia Germana Virgínio de Souto)

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA, 37-46

(Michelle Trigueiro Silva, Juliana Almeida Marques Lubenow, Danielle Aurília Ferreira Macêdo, Nereide de Andrade Virgínio)

5. A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO PARTO NATURAL HUMANIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA, 47-58

(Neusa Ferreira de Campos, Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino, Nereide de Andrade Virgínio, Cláudia Germana Virgínio de Souto)

6. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONHECIMENTO SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS EM PUÉRPERAS, 59-66

(Eraldo da Costa Tolentino, Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino, Cláudia Germana Virgínio de Souto)

7. REPERCUSSÃO DO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS DURANTE A GESTAÇÃO, 67-72

(Cintya Millena de Oliveira Rodrigues, Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino, Cláudia Germana Virgínio de Souto, Nereide de Andrade Virgínio)

8. CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR ENFERMEIROS NA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO, 73-78

(Ana Flávia Soares dos Santos França, Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino, Cláudia Germana Virgínio de Souto, Nereide de Andrade Virgínio)

9. SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, 79-86

(Arelly Barbosa do Nascimento Silva, Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino, Cláudia Germana Virgínio de Souto, Nereide de Andrade Virgínio)

10. CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS, 87-94

(Kelly Cristina Bragante Silva, Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino, Cláudia Germana Virgínio de Souto, Nereide de Andrade Virgínio)

CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) USADOS NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Josivânia Alves Dias¹
Paulo Emanuel Silva²
Salmana Rianne Pereira Alves³
Cláudia Germana Virgínio de Souto⁴

RESUMO

A enfermagem é uma profissão voltada para promover a proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças, sendo, portanto, o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a importância do uso dos EPIs (equipamento de proteção individual) de suma importância, já que proporciona a sua proteção enquanto futuros profissionais, no intuito de não adquirirem patologias. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado na Faculdade de Medicina e Enfermagem Nova Esperança da cidade de João Pessoa, na Paraíba. A amostra foi composta com 15 acadêmicos, mediante assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). A coleta foi realizada após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, CAAE: 48872915.9.0000.5179, e realizada através da aplicação de um questionário estruturado, com questões que contemplaram o interesse da pesquisa, no mês de outubro de 2015. Diante dos resultados encontrados, percebe-se, que a maior parte dos entrevistados tem o conhecimento do que é EPI, e que todos sabem da importância da utilização dos mesmos. Os participantes da pesquisa relatam que os EPIs estão disponíveis no local de estágio, porém, dos 15 entrevistados, 03 utilizam às vezes. Dessa forma, vê-se a necessidade de intensificar ainda mais as palestras e treinamentos sobre o uso do EPIs, com o objetivo de conscientizar os acadêmicos de enfermagem para que possam se capacitar da melhor forma, tomando como sua a responsabilidade da promoção da saúde em seu ambiente de estágio, além de identificar para suas práticas a real importância de se usar os EPIs.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem. Equipamentos de proteção. Conhecimento de risco. Prevenção de Acidentes.

¹ Enfermeira. Discente da Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência. E-mail: jvania25@hotmail.com.

² Enfermeiro. Mestre em Ciências das Religiões. Especialista em Administração em Serviço de Saúde e Enfermagem. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Orientador

³ Enfermeira. Docente FACENE. Mestranda Saúde da Família/FACENE.

⁴ Enfermeira. Coordenadora de estágios FACENE. Coordenadora pós-graduação FACENE.

INTRODUÇÃO

A enfermagem constituiu-se como profissão na última metade do século XIX, na Inglaterra, atendendo às necessidades da sociedade, bem como da nova concepção de hospital que se criava. Florence Nightingale liderava o projeto de enfermagem centrado nos hospitais, tendo o elemento disciplinar como fundamento da profissão. O próprio ensino da profissão sistematiza-se, no final do século XIX, com a criação da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, em 1880, e, no início do século XX, da Escola de Enfermagem Anna Nery, vinculada à, então, Universidade do Brasil¹.

Nos dias atuais, a equipe de enfermagem é composta pelo enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, auxiliar de enfermagem e pela parteira, de acordo com a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986². Enquanto trabalhadores da saúde, esta equipe necessita de segurança em seu ambiente. Neste sentido, a segurança do trabalho é a parte do planejamento, organização, controle e execução do trabalho que objetiva reduzir permanentemente as possibilidades de ocorrência de acidentes, ou seja, são medidas técnicas adotadas para a melhoria constante do ambiente de trabalho, proporcionando maior qualidade de vida a todos os empregados³.

Vale ressaltar que a Associação de Prevenção de Acidentes do Trabalho foi fundada no Brasil na década de 1940, quando os problemas causados pelo trabalho começaram a ser estudados. Em 1943, entrou em vigor a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Em 1945, foi criada a Organização Mundial de Saúde – OMS, um órgão de proteção à saúde. Através das Portarias 3.236 e 3.237 do Ministério do Trabalho, tornou-se obrigatória, nas empresas com mais de 100 empregados, centralizados ou não num mesmo local, a existência de um Serviço de Saúde Ocupacional, composto por: Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança, Técnico em Segurança e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho. Em 1978, através da Portaria 3.214 do Ministério do Trabalho, foram estabelecidas 28 Normas Regulamentadoras – NRS⁴.

Atualmente, são 34 Normas Regulamentadoras (NR), que trazem os requisitos mínimos de segurança a serem adotados por todas as empresas, tendo em vista a atividade a ser exercida³.

As normas regulamentadoras tratam de assuntos específicos de saúde e/ou de segurança do trabalho, sendo a NR-4: serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho; a NR-5: comissão interna de prevenção de acidentes; a NR-6: equipamentos de proteção individual – EPI; a NR-7: programa de controle médico de saúde ocupacional; a NR-9: programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA); a NR-15: atividades e operações insalubres; e a NR-32: segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde⁵.

De acordo com o Art.166 da lei 6.514 (lei da Segurança e Medicina do Trabalho), de 22 de dezembro de 1977, a empresa é obrigada a fornecer gratuitamente aos empregados todos os equipamentos de proteção individual adequados ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes e danos à saúde dos empregados³.

Os equipamentos de proteção individual (EPIs) são todos os dispositivos ou produtos de uso individual, utilizados pelo trabalhador, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaça à segurança e à saúde no trabalho³.

Os trabalhadores de enfermagem, no desenvolvimento de suas atividades no ambiente hospitalar, estão susceptíveis à contaminação por agentes biológicos e a

situação de risco por acidente com materiais perfurocortantes. A identificação da importância do uso dos equipamentos de proteção individual por parte desses profissionais é fundamental para a prevenção e para o seu bem-estar físico e psicológico, como também a realização de treinamentos nas instituições de trabalho.

A prevenção de acidentes também é fundamental para um bom funcionamento da instituição, proporcionando a saúde e a segurança do trabalhador. Portanto, é dever da instituição proporcionar segurança para o trabalhador, e é direito do trabalhador exigir condições dignas de trabalho, como garantia de sua saúde. Nesse contexto, a equipe de enfermagem que trabalha em ambientes hospitalares deve fazer uso dos EPIs por estar exposta a situações de risco diariamente.

Diante do tema exposto, surgiram os seguintes questionamentos: como os estudantes de enfermagem veem a importância do uso dos EPIs? Os estudantes de enfermagem usam com frequência os EPIs nos estágios de urgência e emergência? Os estudantes de enfermagem recebem algum tipo de orientação sobre o uso desses equipamentos?

Objetivo geral

- Verificar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a importância do uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) na unidade de urgência e emergência hospitalar.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta pesquisa caracteriza-se como sendo do tipo descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Foi realizada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/ FACENE. A escolha do local deve-se ao fato de ser uma faculdade bem conceituada, e possuir a clientela alvo para este estudo.

Sendo assim, a população dessa pesquisa foi composta por todos os alunos de enfermagem da FACENE. A amostra foi composta por 15 alunos que estavam cursando o sétimo período da graduação em enfermagem que aceitaram participar do estudo.

Para seleção da amostra foi utilizado como critério de inclusão: alunos matriculados no sétimo período de Enfermagem (maiores de 18 anos), que estiveram de acordo em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado com questões que contemplaram os interesses da pesquisa.

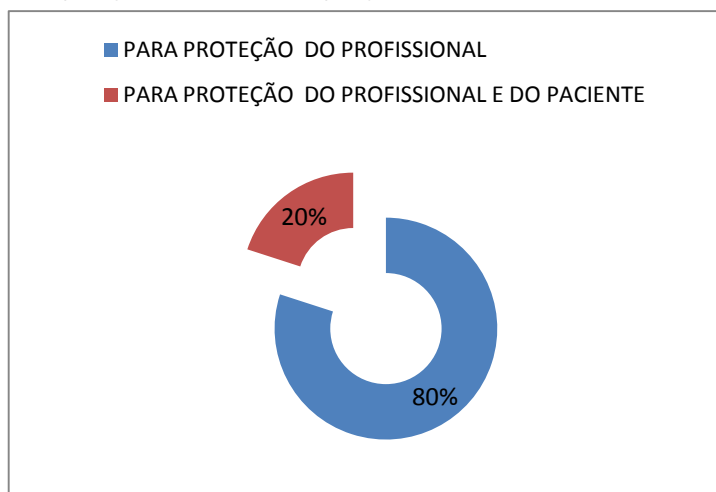
A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança) com o CAAE: 48872915.9.0000.5179.

As entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2015, em dias úteis, nos turnos manhã e noite, com base nos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12 CNS, dos aspectos éticos que trata do envolvimento de seres humanos em pesquisa.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste tópico, estão apresentados e analisados os dados coletados durante a pesquisa e inerentes aos objetivos propostos.

Gráfico 1 - Resposta dos acadêmicos de enfermagem (n = 15) sobre o que é equipamento de proteção individual (EPI). João Pessoa (PB), 2015.



Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

O Gráfico 1 mostra que dos n=15 dos acadêmicos de enfermagem entrevistados, 80% (n=12) responderam que o EPI é para proteção do profissional; 20% (n= 3) responderam que é para proteção do profissional e do paciente.

De acordo com a norma regulamentadora (NR6), equipamento de proteção individual é todo o dispositivo ou produto, de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado a protegê-lo de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e sua saúde no trabalho,⁶. Isso mostra que os participantes da pesquisa estão de acordo com o que diz a NR6, já que a maior parte dos entrevistados (n = 12) usa os EPIs e tem conhecimento correto sobre a finalidade do uso dos mesmos, que é para proteção do profissional.

Em relação à resposta dada por (n = 03) profissionais, os mesmos falam que os EPIs servem para proteção do profissional e do paciente. Temos como exemplo os procedimentos estéreis, em que os EPIs tanto proporcionam a proteção dos pacientes como dos profissionais contra infecção, como é o caso das luvas estéreis que são usadas pelos médicos em procedimentos invasivos, e pela equipe de enfermagem em procedimentos estéreis, como passagem de sonda vesical, servindo como barreira microbiológica de proteção tanto do paciente como do profissional⁷.

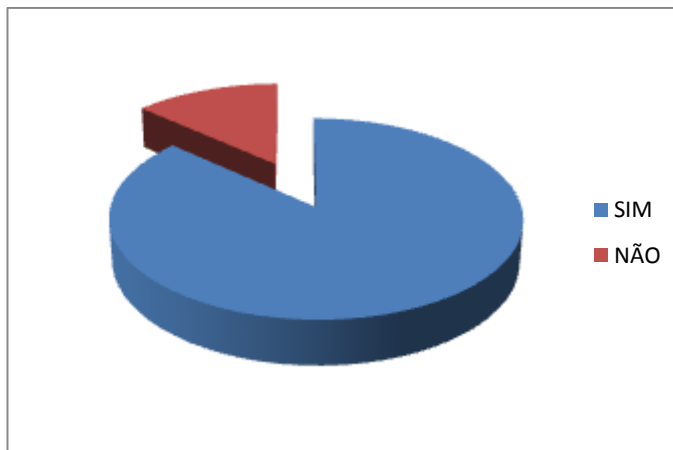
Quando indagados acerca da importância do uso de EPI's, dos n=15 profissionais da equipe de enfermagem entrevistados, todos (100%) acham importante a utilização dos EPIs.

A utilização dos equipamentos de proteção individual é de suma importância para os profissionais da equipe de enfermagem, uma vez que os mesmos estão expostos às doenças durante o manuseio das secreções dos pacientes e dos dejetos humanos, das roupas de cama sujas e de superfícies contaminadas, colocando os profissionais em risco mais elevado de contrair infecção, de se contaminar. Os acidentes com agulhas, scalpes e outros objetos perfurantes contaminados constituem um risco contínuo à segurança dos profissionais⁸.

A equipe de enfermagem vive o tempo todo em contato com o paciente, seja durante a anamnese, realização de acesso periférico, na higienização, curativos, sinais vitais, entre outros, devendo prestar uma assistência de qualidade e

humanizada, sem descuidar da sua proteção, garantindo a sua integridade física e mental.

Gráfico 2 - Resposta dos acadêmicos de enfermagem n = 15 referente à pergunta se costuma usar os EPIs. João Pessoa (PB), 2015.



Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

O Gráfico 3 mostra que dos n=15 profissionais da equipe de enfermagem entrevistados, n=13 (86,66%) responderam que costumam usar os EPIs e n = 02 (13,33%) não costumam usar os EPIs.

O empregador, no que diz respeito à segurança e medicina do trabalho, é obrigado a cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares referentes a prevenir atos inseguros no desempenho do trabalho, mantendo os profissionais informados dos riscos profissionais que possam originar-se no local de trabalho, e os meios para prevenir e limitar tais riscos³.

Cabe ao funcionário cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, usando os EPIs fornecidos pelo empregador, colaborando na aplicação das normas regulamentadoras, submeter-se a exames médicos, sendo considerado ato faltoso dos mesmos a recusa injustificada da observância dessas instruções expedidas pelo empregador, pertinente à medicina e segurança do trabalho, e ao uso dos equipamentos de proteção individual³.

Por ser a equipe de enfermagem composta por profissionais que vivem em constante contato com os pacientes, prestando todas as assistências necessárias para sua recuperação, tais como: anamnese, higienização, punção venosa, administração de medicamentos, deve a mesma utilizar os EPIs necessários para sua proteção; os profissionais que não usam os EPIs estão predispostos a várias doenças.

Tabela 1 - EPIs que os acadêmicos de enfermagem (n = 15) costumam utilizar. João Pessoa (PB), 2015.

EPIs MAIS UTILIZADOS	QUANTIDADES DE ACADÊMICOS QUE UTILIZAM		QUANTIDADES DE ACADÊMICOS QUE NÃO UTILIZAM	
	QUANTIDADES	%	QUANTIDADES DE	%
TOUCAS	08	53,33	07	46,67
MÁSCARAS	12	80	03	20
ÓCULOS	07	46,66	08	53,34
AVENTAL DESCARTÁVEL	06	40	09	60
LUVAS	13	86,66	02	13,34

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

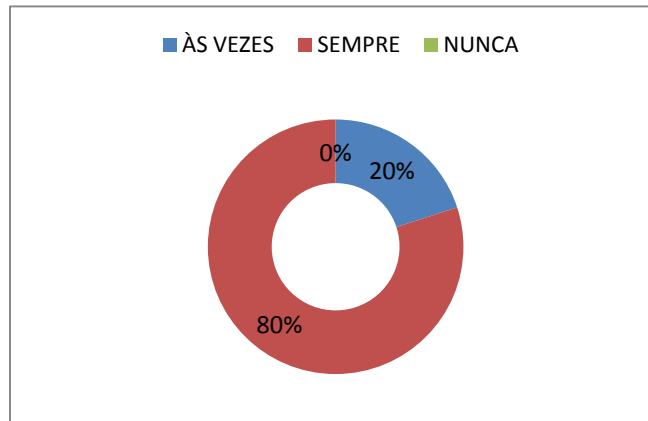
Com relação aos EPIs que os profissionais costumam utilizar, os mais citados foram: luvas, correspondente a 86,66%; máscaras, 80%; touca, 53,33%; óculos, 46,66%; avental descartável, 40%; óculos.

No atendimento do paciente, deve ser seguida a precaução padrão, independente da suspeita ou não de infecção. Faz parte da precaução padrão: higienizar as mãos antes e após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções; utilizar luvas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas, devendo calçá-la, imediatamente, antes do contato com o paciente e retirá-la logo após o uso, higienizando as mãos em seguida; utilizar óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreção, para proteção da mucosa de olho, boca, nariz, roupa e superfícies corporais⁹.

Os profissionais da saúde têm o conhecimento da importância do uso dos EPIs, porém não costumam usar todos durante a realização dos procedimentos. Nesta pesquisa, verificou-se que os EPIs mais utilizados foram as máscaras, que é um EPI universal, ou seja, tornou-se uma rotina utilizá-la. Os profissionais que não utilizam as máscaras justificam o não uso pelo fato de sentirem dificuldade em respirar.

Observou-se, ainda, que a maioria utiliza luvas, toucas, avental descartável e óculos durante a realização dos procedimentos; os que não utilizam luvas, justificam que não as usam durante a punção venosa, pois alegam que perdem a sensibilidade, dificultando a realização do procedimento. Os que não usavam as toucas relatam que esquentam o couro cabeludo. Os que não utilizam o avental descartável, justificam o não uso devido a utilizarem fardas no hospital e que no final do plantão as tiram, achando desnecessária a utilização do mesmo. Os que não utilizam os óculos alegam que, durante os procedimentos, os mesmos embaçam, dificultando a visualização. A minoria utiliza sapatos fechados, embora não gostem, pois como a jornada de trabalho de 24 horas, muitas vezes indo para outro emprego, afirmam não suportarem a utilização dos mesmos.

Gráfico 4 - Resposta dos acadêmicos de enfermagem (n = 15) sobre a frequência na utilização dos EPIs durante a realização dos procedimentos. João Pessoa (PB), 2015.



Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

O Gráfico 4 mostra que dos n=15 profissionais da equipe de enfermagem entrevistados, n=12 (80%) sempre utilizam os EPIs e n= 03 (20%) utilizam, às vezes, e nenhum entrevistado relatou que nunca usa os EPIs.

O profissional da equipe de enfermagem tem a responsabilidade com relação a sua própria segurança e à segurança dos seus pacientes, prestando um atendimento eficaz aos pacientes e protegendo-se do contato com microrganismos transmitidos pelo sangue, secreção corpórea, materiais contaminados, fazendo uso dos EPIs⁸.

O profissional da equipe de enfermagem tem que adquirir o hábito, ou melhor, a consciência de sempre utilizar os EPIs, na sua rotina diária de trabalho, independente do que irá fazer, para que ele esteja sempre protegido dos riscos aos quais são vulneráveis. Nesta pesquisa, os profissionais mostraram que estão de acordo com o uso dos EPIs, evidenciando que estão conscientes da sua proteção.

Tabela 3 - Resposta dos acadêmicos de enfermagem n = 15 com relação aos EPIs disponíveis no local de estágio. João Pessoa (PB), 2015.

EPIS DISPONÍVEIS	DISPONÍVEL	%	NÃO DISPONÍVEL	%
TOUCAS	13	86,66	2	13,34
MÁSCARAS	14	93,33	1	6,67
ÓCULOS	04	26	11	74
AVENTAIS	03	20	12	80
DESCARTÁVEIS				
LUVAS	15	100	0	67,65

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

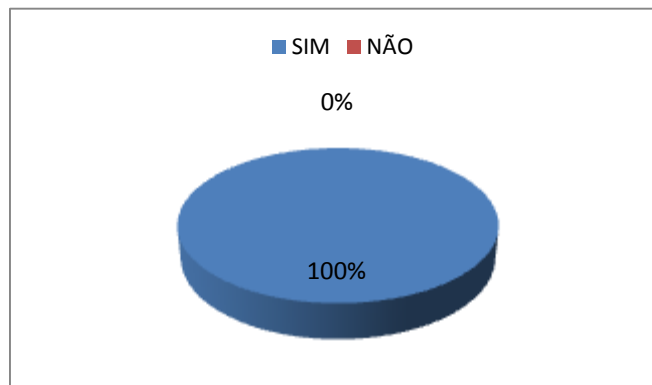
A Tabela 3 mostra que dos n=15 entrevistados dos acadêmicos de enfermagem, todos responderam que têm luvas disponíveis, ou seja, (100%); n = 14 (93,33%) que têm máscaras; n = 13 (86,66) que têm toucas; n = 04 (26%) que têm óculos; e n = 03 (20%) que têm avental descartável.

De acordo com a NR32, os postos de trabalho deverão fornecer os equipamentos de proteção individual (EPI), descartáveis ou não, em número suficiente, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição¹⁰

Todos os trabalhadores, de acordo com a NR 32, com possibilidade de exposição a agentes biológicos, devem utilizar vestimenta (como aventais, jalecos, entre outros) de trabalho adequado e em condições de conforto, sendo os mesmos fornecidos sem ônus para o empregado, não podendo os empregados deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais.

O profissional de enfermagem, que ao chegar ao setor de trabalho e não tiver os EPIs os quais necessita, para executar a sua função, deve comunicar ao responsável pelo setor para que seja feita a reposição dos mesmos, pois o profissional não é obrigado a realizar o procedimento de enfermagem sem que seja garantida a sua proteção.

Gráfico 5 - Se os acadêmicos de enfermagem n = 15 receberam alguma orientação ou treinamento quanto à importância e ao uso adequado do EPI. João Pessoa (PB), 2015.



Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

O Gráfico 5 demonstra que, dos n = 15 acadêmicos de enfermagem entrevistados, n = 15 (100%) ou seja, todos responderam que sim.

Os membros do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT atuam na implantação de medidas de prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, juntamente com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, apoiando-a, treinando-a e atendendo-a, promovendo a realização de atividade de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente, esclarecendo e conscientizando os empregados sobre acidente do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando em favor da prevenção, analisando e registrando em documento específico todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional. Dessa forma, estão trabalhando preventivamente para neutralizar ou eliminar riscos ambientais por meio da recomendação de medidas de segurança que visam melhorar as condições de trabalho³.

Juntamente com o SESMT, a CIPA determina anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT), a qual deverá abordar temas relacionados aos riscos do processo de trabalho e às medidas de prevenção e campanhas de prevenção da AIDS. Em geral, as empresas realizam palestras, cursos ou torneios e gincanas sobre o tema saúde e segurança no trabalho⁵.

Nesta pesquisa, observou-se que todos n=15 (100%) entrevistados, relataram que recebem orientações ou treinamentos. Essas orientações e treinamentos são de extrema importância, pois despertam o interesse dos empregados pela prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais e, ao mesmo tempo, estimula-os, permanentemente, a adotar comportamento preventivo durante o trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma profissão voltada para a arte do cuidar, trabalhando na prevenção de doenças, na promoção e recuperação da saúde, estando os profissionais da equipe de enfermagem em contato constante com os pacientes, ficando, assim, susceptíveis de adquirir patologias provenientes dos mesmos.

Os equipamentos de proteção individual (EPIs) são dispositivos de uso individual, que têm a finalidade de proteger os profissionais durante a realização dos procedimentos, sendo de responsabilidade da instituição o fornecimento dos mesmos e em quantidade suficiente, de acordo com os riscos a que os profissionais estão expostos. É obrigação dos profissionais cumprirem as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho e as ordens de serviço dadas pelo empregador, usando os equipamentos de proteção individual fornecidos e submetendo-se aos exames médicos previstos nas normas regulamentadoras.

Os EPIs são indispensáveis para que os profissionais possam realizar suas atividades diárias, garantindo a sua proteção, evitando a aquisição de patologias provenientes dos pacientes. No presente estudo, o objetivo da pesquisa foi alcançado mediante as respostas da equipe de enfermagem ao questionário.

Os equipamentos de proteção individual (EPIs) são de extrema importância para que os profissionais proporcionem a sua proteção e, ao mesmo tempo, prestem um atendimento de qualidade e humanizado ao paciente, pois a utilização correta dos EPIs não previne somente as infecções, como promove a saúde.

Diante dos resultados encontrados, percebe-se, que a maior parte dos entrevistados tem o conhecimento do que é EPI, e que todos sabem da importância da utilização dos mesmos. Os participantes da pesquisa relatam que os EPIs estão disponíveis no local de estágio, porém, ainda assim alguns utilizam às vezes. Dessa forma, vê-se a necessidade de intensificar ainda mais as palestras e treinamentos sobre o uso do EPIs, com o objetivo de conscientizar e buscar motivação e comprometimento dos acadêmicos de enfermagem para que possam se capacitar da melhor forma, tomando como sua a responsabilidade da promoção da saúde em seu ambiente de estágio, além de identificar para suas práticas a real importância de se usar os EPIs.

NURSING STUDENTS OF KNOWLEDGE ABOUT THE EQUIPMENT PERSONAL PROTECTION (PPE) USED IN EMERGENCY UNIT AND EMERGENCY HOSPITAL

ABSTRACT

Nursing is a profession focused on promoting the protection, promotion and restoration of health, well like a disease prevention, being, therefore the knowledge of nursing students about the importance of using PPE (personal protective equipment), very important, since proportions your protection while future professional in intuition of no obtain pathologies. If tell of a descriptive and exploratory study with quantitative abordage, achieved in the medicine and nursing faculty Nova Esperança of city of João Pessoa, in the Paraíba. The specimen was composed with 15 academics, by means with signing of FCCT (free cleared consent term). The collect was achieved after approbation of project by committee of ethical in research of Facene, CAAE: 48872915.90000.5179 and achieved across of applying of a structural questionnaire, with questions that contemplated the interest of research. In month of October of 2015. Before of met results, if perceive, that the majority of interviewedes have the knowledge of that it is PPE and that all know of importance of utilization the sames. The participants of research say that the PPES are availables in the place of stage, for, of 15 interviewedes, 03 use sometimes. This form, if see the necessity to intensify still more the talkings and trainings about the use of PPs, with the objective to educate the academics of nursing to that can qualify of best form, takeing like you're the responsibility of promotion of health in your room of stage, besides to intensify for your practices the real importance to use the PPES.

Key-words: Nursing Education. Protective equipment. Risk knowledge. Accidents prevention.

REFERÊNCIAS

1. Padilha MI, Borenstein MS, Santos I, organizadores. Enfermagem: história de uma profissão. São Caetano do Sul, SP: Difusão; 2011.
2. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen-311/2007. [acesso em: 07 nov. 2012] Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html.
3. Araújo WT. Trabalho: manual de segurança do trabalho. São Paulo: Difusão Cultural do Livro; 2010.
4. Haag GS, Lopes MJM, Schuck JS, organizadores. A enfermagem e a saúde dos trabalhadores. 2. ed. Goânia, GO: AB; 2001.
5. Ribeiro MCS. Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. 2 ed. São Paulo: Martinari; 2012.
6. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. N6- Equipamento de proteção individual. [acesso em: 01 abr. 2013] Disponível em:

[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388130953C1EFB/NR-06%20\(atualizada\)%202011.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388130953C1EFB/NR-06%20(atualizada)%202011.pdf).

7. Lacerda AR. Controle de infecção em centro cirúrgico: Fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.

8. Segurança e controle de infecção. Tradução de Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Raichmann & Afonso; 2000.

9. ANVISA. Agência nacional de vigilância sanitária. Curso básico de controle de infecção hospitalar. 2000. [acesso em: 09 out. 2012] Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/7840045/Controle-de-InfecCAo-Hospitalar-Manual-Anvisa>.

10. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. N6- Equipamento de proteção individual. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388130953C1EFB/NR-06%20\(atualizada\)%202011.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388130953C1EFB/NR-06%20(atualizada)%202011.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2013.

Recebido em: 13.11.15 Aceito em: 04.03.16
--

PERFIL DAS VÍTIMAS FATAIS POR ARMA DE FOGO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

José de Freitas Bezerra Júnior¹
Gerson da Silva Ribeiro²
Nereide de Andrade Virgínio³
Cláudia Germana Virgínio de Souto⁴

RESUMO

Diante da escalada violência em nosso país, a qual vem afetando diretamente a vida dos brasileiros, a Paraíba vem ganhando destaque no cenário nacional frente à violência tão constante na vida dos paraibanos. Esta pesquisa objetiva traçar o perfil dessas vítimas que vem aumentando dia após dia. Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva com abordagem quantitativa. A coleta foi realizada no mês de abril de 2010 e foi formalizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE sob o protocolo nº 55/10 e foi realizada com base na Resolução CNS 466/2012. A pesquisa foi realizada na Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal da Paraíba. A amostra da pesquisa compõe de 100 prontuários das vítimas fatais por armas de fogo atendidas durante o ano de 2009. Os resultados revelam que a grande maioria das vítimas fatais por armas de fogo (95,0%), no município de João Pessoa são do gênero masculino; 69,05% das vítimas fatais estão na faixa entre 18 e 35 anos; 57,0% das vítimas são solteiras; 43,0% das vítimas pertencentes a este estudo foram atingidas na cabeça, enquanto que 30,0% foram atingidas no tórax; a hemorragia (53) e a lesão cerebral (44) aparecem com maior incidência, sendo importante lembrar que a hemorragia é consequência praticamente de todas as demais causas; 62,0% da população desta pesquisa são egressas da cidade de João Pessoa e 38,0% são egressas das demais cidades que compõem a Região Metropolitana de João Pessoa; o bairro do Cristo Redentor com 10,0%, foi o bairro que registrou o maior número de homicídios por arma de fogo e na Região Metropolitana, Bayeux, foi a cidade que se destacou com alto índice de homicídio com 12,0%. Os dados apresentados indicam que índices de violência são extremamente elevados e apresentam uma tendência de crescimento em toda a população.

Palavras-chave: Homicídio. Ferimentos por Arma de fogo. Violência Social.

¹ Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Enfermeiro do Governo do Estado da Paraíba. End.: Rua Portuário Anésio Gomes da Silva, 38. Tel.: (83) 98839-2716. E-mail: juninho87junior@hotmail.com.

² Graduado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Santa Emília de Rodat. Licenciado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Santa Emília de Rodat. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. Professor Assistente IV da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Atuação docente nas áreas de História da Enfermagem, Ética, Bioética e Legislação de Enfermagem e Estágio Supervisionado em Prática de Ensino de Enfermagem.

³ Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora Geral do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

⁴ Enfermeira. Coordenadora de Estágios do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

INTRODUÇÃO

A violência tornou-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo responsável por grande número de mortes, de adoecimentos e de sequelas na população. Cada vez mais temos vivenciado em nosso cotidiano situações de violências, como tentativa de assalto, agressão física ou a invasão diária de cenas violentas por meio dos telejornais. Entretanto, apesar da situação epidêmica de mortes violentas, ainda desconhecemos a verdadeira magnitude e gravidade deste problema, o que torna um grande desafio para o setor saúde identificar e intervir sobre ele. Dentre estes desafios destaca-se a prevenção das violências doméstica e no trabalho, do tráfico de pessoas, dos maus tratos físicos e sexuais, e vários outros.¹

Entre os jovens, o crescimento da mortalidade por Armas de Fogo (AF) foi mais intenso ainda. Se no conjunto da população os números cresceram 387% ao longo do período, entre os jovens esse crescimento foi de 463,6%. Também os homicídios entre jovens cresceram de forma mais representativa: na população como um todo foi de 556,6%, mas entre os jovens o aumento foi de 655,6%.² Os óbitos por arma de fogo dividem-se em acidental, homicídio, suicídio, intenção não determinada.³

Os 12 maiores conflitos que geraram 81,4% do total de mortes diretas, vitimaram 169.574 pessoas nos 4 anos contabilizados. Nesses mesmos 4 anos, 208.349 pessoas morreram no total dos 62 conflitos. No Brasil, país sem disputas territoriais, movimentos emancipatórios, guerras civis, enfrentamentos religiosos, raciais ou étnicos, morreram mais pessoas (192.804) vítimas de homicídio que nos 12 maiores conflitos armados no mundo. Mais ainda, esse número de homicídios se encontra bem perto das mortes no total dos 62 conflitos armados registrados nesse relatório. E esses números não podem ser atribuídos às dimensões continentais do Brasil. Países com número de habitantes semelhante ao do Brasil, como Paquistão, com 185 mi habitantes, têm números e taxas bem menores que os nossos. E sem falar da Índia, que possui 1.214 mi de habitantes e taxas de homicídio inferiores às do Brasil.⁴

Alguns estudos mostram que, depois dos Estados Unidos, o Brasil é o segundo maior produtor de armas leves no Ocidente. Conseqüentemente, também possuímos um dos maiores índices de homicídios por armas de fogo do mundo, perdendo apenas para a Venezuela segundo alguns comparativos mais recentes.⁵

Duas em cada três pessoas mortas nos países das Américas são assassinadas com armas de fogo. No Brasil, o índice é ainda maior, com 70% das mortes. Segundo estudo Global sobre o Homicídio 2013, divulgado pelo Escritório sobre Drogas e Crime das Nações Unidas (UNODC), as armas de fogo foram utilizadas em 41% dos 437 mil homicídios no mundo em 2012. A facilidade de acesso e a grande circulação de armas de fogo no país destacam o Brasil nessa tendência que se tornou marca da violência homicida.⁶

As violências e os acidentes são passíveis de prevenção, apesar de facilmente se pensar o contrário. Primeiro, por resignação passiva, entende-se que são como fatos da vida. São vistos como eventos imprevisíveis e, portanto, impossíveis de serem prevenidos. Segundo, porque estão cada vez mais frequentes e banalizados, e o que é comum muitas vezes não é visto como prioridade. A disparidade entre a magnitude deste problema e a pouca resposta dada a ele faz com que se entenda que os acidentes e as violências são de fato um problema, mas que não é possível preveni-los ou controlá-los. Por outro lado, vários exemplos

apontam que a prevenção é uma estratégia eficiente: nos Estados Unidos, o órgão governamental de administração e segurança de trânsito (National Highway Transportation Safety Administration) e as indústrias automobilísticas implementaram medidas de segurança que salvaram centenas de milhares de vidas. Através da proposta de saúde pública, lesões e mortes por arma de fogo são tão passíveis de prevenção quanto qualquer outro acidente e violência. A violência armada não é um fato inevitável dos tempos modernos. Podemos preveni-la.⁷

Atualmente, as causas externas correspondem à terceira causa de óbito na população brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e câncer. Constituem, ademais, a primeira causa de óbito na faixa etária de 1 a 44 anos, em ambos os sexos, e a primeira causa na faixa etária de 5-49 anos entre homens. Entende-se por causas externas as ocorrências e circunstâncias ambientais como causa de lesões ou, ainda, acidentes e violência.⁸

Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública divulgados pelo jornal “O Globo” mostram que a violência custa ao Brasil o equivalente a 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB). Reportagem publicada recentemente revela que, em 2013, o montante despendido em decorrência da escalada da criminalidade chegou a 258 bilhões de reais - a maior parte, 114 bilhões de reais, resultou da perda de capital humano.⁹

Quatro estudos publicados no final de 2010 a partir de uma parceria entre o Ministério da Justiça (MJ), a Subcomissão de Armas do Congresso Nacional e a ONG Viva Rio, mostraram a triste realidade de que cerca de 16 milhões de armas de fogo circulam hoje no Brasil, sendo 8,4 milhões legais (52,4%) e 7,6 milhões ilegais (47,6%), segundo o Sistema Nacional de Armas (SINARM), até setembro de 2010. Os dados apresentados constataam que aproximadamente 87% dessas armas estão em poder da sociedade civil e apenas 13% em poder do Estado. O estudo afirmou também que o Brasil é campeão mundial em números absolutos de mortes por armas de fogo e que normalmente esses crimes estão vinculados com armas ilegais. Porém, cerca de 30% das armas apreendidas em situação ilegal foram legalmente compradas, fator que explicita a fácil transferência de armas legais para o crime organizado.¹⁰

Além de mortes, lesões, sequelas e sofrimento para indivíduos e famílias, as agressões por arma de fogo também geram impacto econômico na saúde. Em 2014, os custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) com as 22.586 internações causadas por lesões produzidas por armas de fogo somaram quase R\$44 milhões. Esse valor era de R\$19 milhões em 2004, isto é, em dez anos, os custos mais que dobraram. O tempo médio de internações no SUS é de aproximadamente sete dias. As internações por lesões produzidas por armas de fogo são em grande parte letais e apresentam alto custo. O levantamento foi feito utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde, lembrando que o sistema considera apenas os recursos utilizados pela esfera pública e que se referem às internações no SUS, em hospitais públicos ou conveniados, ou seja, não estão incluídos gastos realizados com internações em estabelecimentos de saúde da rede privada. Além disso, não estão sendo considerados os custos com tratamento e reabilitação das vítimas de agressões por armas de fogo.¹¹

A Paraíba, que em seu histórico sempre apareceu entre os estados com baixos índices no contexto nacional – entre 10 e 15 homicídios em 100 mil habitantes e no ano 2000 encontrava-se no 20º lugar – ingressou, nesta última década, numa forte escalada de violência que levou o estado, em 2010, a figurar entre os seis mais violentos do Brasil.¹²

A cidade de João Pessoa foi classificada como a 2ª capital brasileira onde mais se matam jovens entre 15 e 29 anos por arma de fogo no Brasil, ficando apenas atrás da cidade de Maceió, capital de Alagoas. Conforme o Mapa da Violência 2015 - Mortes Matadas por Armas de Fogo, publicado recentemente, a capital paraibana registrou uma taxa de 165,8 mortes por grupo de 100 mil jovens no ano de 2012. A taxa nacional ficou em 72,5 no mesmo período, ainda de acordo com o estudo. Em números absolutos, foram registrados 346 homicídios de jovens por armas de fogo em 2012, em João Pessoa. No comparativo com os dados levantados pelo mapa ao longo da década, a capital paraibana registrou um aumento de 140,8% no índice, passando de 68,9 mortes por armas de fogo por 100 mil jovens em 2002 para 165,8 em 2012. Este foi o sexto maior crescimento das capitais do Brasil no período avaliado. Apesar do aumento, na relação entre 2011 e 2012, João Pessoa foi uma das dez capitais brasileiras que conseguiram registrar queda, com uma redução de 8,9%, a primeira registrada em dez anos.¹³

Diante da realidade da nossa região e do cenário alarmante sobre a violência que já está virando cotidiano e ocupando grande espaço nos meios de comunicação no Estado da Paraíba, observei a necessidade de realizar uma pesquisa levada para área da violência, que também vem a ser um problema de Saúde Pública, diminuindo assim a qualidade de vida de nossa população. Espero com essa pesquisa, identificar o perfil das vítimas fatais por arma de fogo, e esperando de nossas autoridades, na área de segurança pública, uma resposta imediata para esse problema que vem se alastrando não só na Paraíba, como em todo Brasil.

Com o Objetivo Geral de traçar sócio demográfico das vítimas fatais por armas de fogo no município de João Pessoa durante o ano de 2009; identificando o tipo de arma de fogo, bem como o local de ferimento das vítimas fatais, averiguando a causa mortis dessas e levantando o número dessas vítimas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa é do tipo documental retrospectiva com abordagem quantitativa, realizada na Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal da Paraíba (GEMOL), situada no bairro do Cristo Redentor, no município de João Pessoa – PB, durante o mês de abril de 2010.

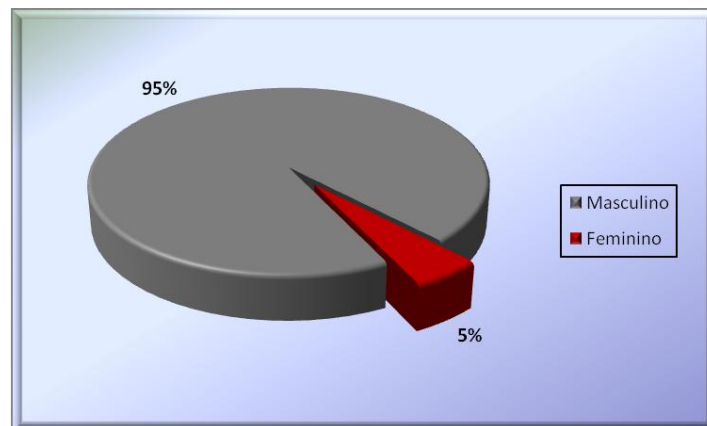
A população da foi constituída de prontuários de todas as vítimas fatais de arma de fogo atendidas na instituição escolhida como cenário da pesquisa, egressas da região metropolitana, e a amostra foi composta por 100 prontuários das vítimas fatais por arma de fogo, atendidas durante o ano de 2009.

O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro com questões relacionadas aos dados de identificação das vítimas fatais por arma de fogo e dados concernentes a temática, vítimas por arma de fogo.

A pesquisa foi realizada levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata do envolvimento com seres humanos em pesquisa¹⁴, e como também o que rege a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem¹⁵

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não foi utilizado por trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

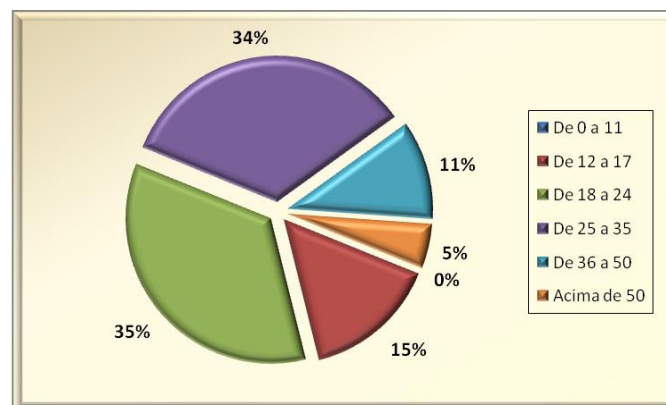


Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Gráfico 1 – Vítimas pesquisados, segundo o gênero (n=100). João Pessoa/Região Metropolitana-PB, abr./2010.

Os dados do Gráfico 1 revelam que a grande maioria das vítimas fatais por armas de fogo (95%), no município de João Pessoa, são do gênero masculino, corroborando com os dados encontrados em todas as outras pesquisas, tanto a nível nacional como estadual.

Embora os homens apresentem maior risco de morrer por homicídio¹⁶ demonstram existir, no país, uma tendência de crescimento desta causa de óbito na população feminina, entre 1980 e 1988, a taxa de mortalidade cresceu 44% na população total, sendo que, no mesmo período, o crescimento foi de 47% para homens e 28% para mulheres.



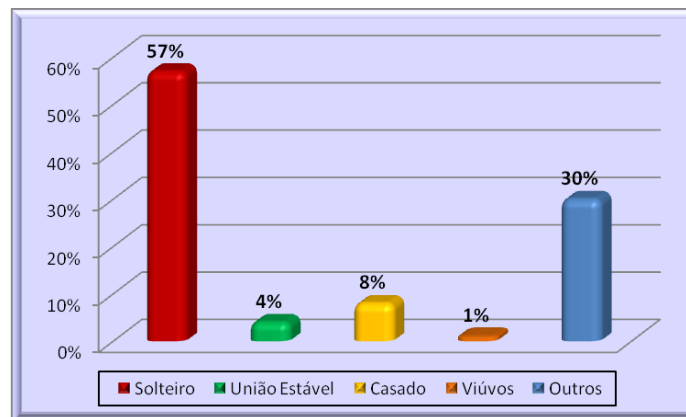
Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Gráfico 2 – Vítimas pesquisados, segundo a faixa etária (n=100). João Pessoa/Região Metropolitana-PB, abr./2010.

Através dos dados do Gráfico 2, podemos perceber que a grande maioria dos homicídios praticados por armas de fogo, na cidade de João Pessoa e região metropolitana, ocorre na faixa etária compreendida entre 18 e 35 anos (69,0%), dito grupo, considerado muito jovem e inserida na população economicamente ativa.

A magnitude deste problema pode ser percebida através de um estudo realizado pela UNESCO. Os homicídios foram responsáveis por 39% das mortes por causas externas na população de 15 a 24 anos, e por 4,7%, quando considerada a população total do País.¹⁷ Em estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito

Santo e Pernambuco, a proporção de mortes por homicídio foi superior a 50%, o que significa que na população jovem, considerando todas as causas externas de morte, mais da metade foi atribuída a homicídios. No período entre 1991 e 2000, a taxa de mortalidade por homicídio aumentou 48% na população jovem (15 a 24 anos), enquanto na população total o crescimento foi de 29,4%. Nos estados do Rio de Janeiro e Pernambuco, a taxa de mortalidade por homicídio na população jovem foi superior a 100/100 mil habitantes no ano 2000.¹⁶

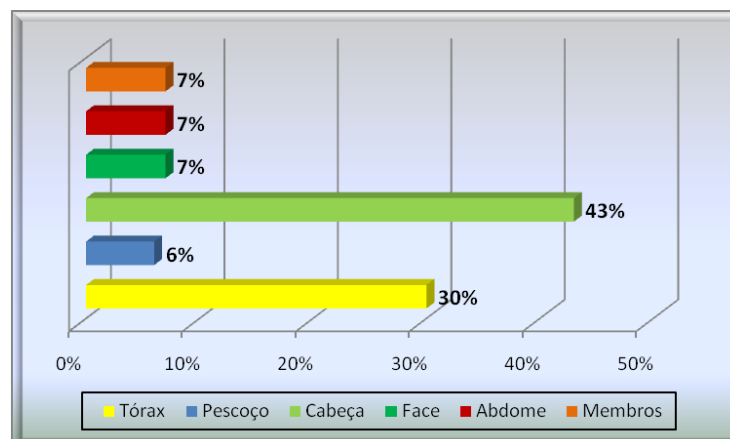


Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Gráfico 3 – Vítimas pesquisadas, segundo o estado civil (n=100). João Pessoa/Região Metropolitana-PB, abr./2010.

Através dos dados do Gráfico 3, constata-se que a maioria das vítimas é solteira (57,0%), como descrevem outros estudos realizados nas diversas regiões do Brasil, que também identificam estas vítimas como jovens, do gênero masculino e solteiros.

Em estudo¹⁸ realizado, na cidade de Florianópolis, 72,9% das vítimas fatais por armas de fogo eram solteiras, 21,4% casadas, 4,3% divorciadas e 1,4% viúvos, o que pode ser relacionado ao fato dos cidadãos solteiros frequentarem mais bares e casas noturnas, também associado a utilização do álcool e drogas, estando mais susceptíveis a brigas e possíveis agressões.



Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Gráfico 4 – Vítimas pesquisadas, segundo o local do ferimento (n=100). João Pessoa/Região Metropolitana-PB, abr./2010.

Os dados do Gráfico 4 nos revelam que (43,0%) das vítimas pertencentes a este estudo, foram atingidas na cabeça, enquanto que (30,0%) foram atingidos no tórax, sendo estes os dados mais significativos.

A natureza e a gravidade das lesões a partir de disparos de armas de fogo dependem das características do projétil, dos obstáculos intermediários à arma e ao corpo alvejado, e da sequência e natureza de tecidos encontrados ao longo da trajetória do projétil.¹⁹

O abdome é o local mais atingido nas vítimas fatais por armas de fogo, seguido do tórax e cabeça.¹⁸

CAUSAS DE MORTE	FREQUÊNCIA
Ferimento	30
Hemorragia	53
Ferimento penetrante do crânio	48
Ferimento penetrante do abdome	10
Lesão cerebral	44
Lesão cardíaca e vascular	27
Ferimento transfixante do tórax	22
Ferimento transfixante do abdome	04
Ferimento transfixante do crânio	22
Fratura da base do crânio	07
Ferimento transfixante da face	03
Ferimento penetrante do pescoço	06
Lesão visceral	31
Ferimento penetrante da face	02
TOTAL	309

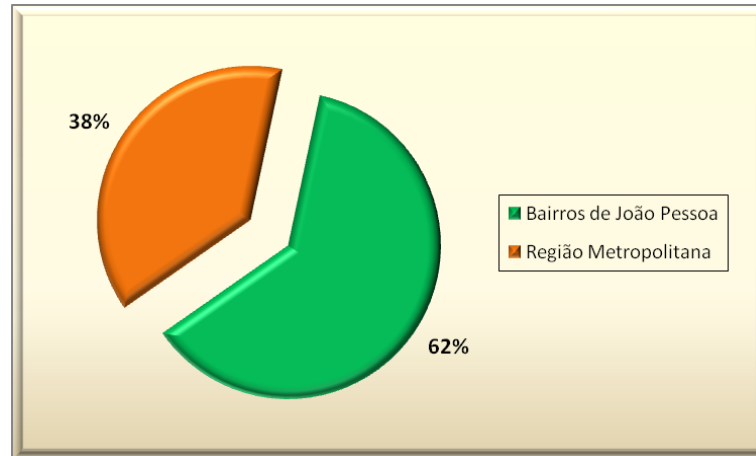
Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Quadro 1 – Vítimas pesquisadas, segundo a causa mortis (n=309). João Pessoa/Região Metropolitana-PB, abr./2010.

Quando investigado os prontuários das vítimas fatais por armas de fogo no município de João Pessoa, os dados constantes do quadro 01 revelam que a hemorragia (53) e a lesão cerebral (44) aparecem com maior incidência.

As principais lesões encontradas nas vítimas fatais por armas de fogo estão diretamente relacionadas ao mecanismo de trauma ou tipo de ocorrência que sofreram. Em outro estudo²⁰ não foi diferente: nas agressões, houve predomínio de ferimentos penetrantes 48, e transfixantes 22, ambos em crânio. Os mesmos autores encontraram resultados semelhantes em estudo realizado em Catanduva, com predomínio de lesões de cabeça em agressões, concordando com os resultados do trabalho dos mesmos.

É importante lembrar que a hemorragia é consequência praticamente de todas demais causas.



Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Gráfico 5 – Vítimas pesquisadas, segundo a procedência (n=100). João Pessoa/Região Metropolitana-PB, abr./2010.

A maioria das vítimas fatais por arma de fogo (62,0%), atendidas na instituição escolhida como cenário da pesquisa, são egressas da cidade de João Pessoa, enquanto que apenas (38,0%) são egressas das demais cidades que compõem a Região Metropolitana de João Pessoa. Estudos têm comprovado que quanto maior o desenvolvimento local, maior será a violência e conseqüente o número de homicídios.

No Brasil, a violência é um dos principais problemas de saúde pública. É mais expressiva nas capitais e grandes cidades, predominantemente nos grupos da população mais jovem, do sexo masculino, residentes em áreas da periferia e com baixa escolaridade.²¹

BAIRROS DE JOÃO PESSOA	FREQUÊNCIA	%
Mandacaru	06	6
Mangabeira	06	6
Altiplano	01	1
Roger	01	1
Padre Zé	03	3
José Américo	03	3
São José	03	3
Funcionários	01	1
Cristo Redentor	10	10
Torre	01	1
Bairro dos Estados	02	2
Valentina	03	3
Varadouro	03	3
Bancários	01	1
Ilha do Bispo	01	1
Rangel	02	2
Alto do Mateus	04	4
Bairros dos Novais	02	2
13 de Maio	02	2
Pedro Gondim	02	2
Três Lagoas	01	1
Ernani Sátiro	01	1
Bairro dos Ipês	01	1

Bairro das Indústrias	01	1
Jaguaribe	01	1
REGIÃO METROPOLITANA	QUANTIDADE	%
Cabedelo	09	9
Bayeux	12	12
Santa Rita	08	8
Pilãozinho	01	1
Mamaguape	01	1
Conde	01	1
Pedras de Fogo	01	1
Riachão do Poço	01	1
Pilar	01	1
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Tabela 1 – Vítimas pesquisadas, segundo a procedência (n=100). João Pessoa/Região Metropolitana-PB, abr./2010.

A Tabela 1 nos mostra com maior precisão os bairros de João Pessoa e as cidades que compõem a Região Metropolitana, onde ocorreram os homicídios.

Em João Pessoa, o bairro do Cristo Redentor, foi o bairro que registrou o maior número de homicídios por arma de fogo (10,0%), seguido por Mangabeira e Mandacaru (6,0%), apesar de que recentemente toda a imprensa paraibana tem divulgado que é no bairro de Mandacaru onde atualmente ocorre o maior número de homicídios, na sua grande maioria, ligado ao uso e tráfico de entorpecentes.

Na região Metropolitana, a cidade de Bayeux foi a que se destacou com alto índice de homicídio (12,0%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência urbana, sem dúvida, é um dos temas mais discutidos na sociedade atual, pois atinge todas as classes sociais e faz centena de vítimas diariamente. Não é fácil conceituar violência, pois o termo possui inúmeros significados, mas não há como desvincular sua idéia de ato criminoso.

A prevenção e o controle da violência devem abordar o problema enfocando desde questões no plano coletivo, tais como a proliferação de armas de fogo, vinculada ao crescimento da atividade criminal, a expansão do narcotráfico e a situação aguda das desigualdades sociais, até questões de ordem individual, como as relações e interações dos jovens com seu ambiente, em nível de família, escola e sociedade. Urge que se coloquem em prática estratégias específicas e programas de intervenção de diferentes naturezas, envolvendo a diversidade destes aspectos, para conter esta desastrosa epidemia.

O estudo revelou que é fundamental a discussão em torno da violência, principalmente as causadas por arma de fogo, haja vista o crescente número de ferimentos dessa natureza.

Evidencia-se que não só o município de João Pessoa-PB como o país precisa de políticas em prol do crescimento econômico, diminuição da exclusão social, incentivo à educação e profissionalização e contra a violência como uma prática constante, visando combatê-la e evitar que continue ocupando o primeiro lugar em causa de morte entre a população jovem do Brasil.

Após a análise discussão dos dados, chegamos às seguintes conclusões: a grande maioria das vítimas é do gênero masculino, com idade entre 18 e 35 anos, solteiros, tendo sofrido perfurações por projéteis de arma de fogo na cabeça e tórax, tendo causa morte hemorragia e lesão cerebral. A maioria residia na cidade de João Pessoa, egressos principalmente dos bairros do Cristo Redentor, Mangabeira e Mandacaru, já os egressos da Região Metropolitana são da vizinha cidade de Bayeux.

A associação da violência com o consumo de drogas lícitas e ilícitas urge estudos mais aprofundados, trilhados em uma abordagem compreensiva, para que possam ser delineadas estratégias que possibilitem a clarificação da complexidade que está atrelada a esse tema.

Os dados apresentados indicam que a mortalidade por arma de fogo constitui-se em um grave problema no Brasil, cujos índices são extremamente elevados e apresentam uma tendência de crescimento em toda a população.

PROFILE OF VICTIMS FOR FATAL FIREARM IN JOÃO PESSOA COUNTY

ABSTRACT

In the face of escalating violence in our country, which is directly affecting the lives of Brazilians, Paraíba is gaining prominence on the national scene opposite the violence so constant in the lives of Paraíba. This research aims to define the profile of these victims is increasing day by day. It is a retrospective documentary research with a quantitative approach. Data collection was conducted in me April 2010 and was formalized after approval of the project by the Ethics and Research Committee of FACENE / FAMENE under the Protocol No 55/10 and was based in Resolution CNS 466/2012. The survey was conducted in the Executive Management of Medicine and Dentistry of Paraíba legal. The survey sample consists of 100 records of people killed by firearms met during the year 2009. The results show that the vast majority of people killed by firearms (95.0%), in João Pessoa city are male; 69.05% of fatalities are in the range between 18 and 35 years; 57.0% of the victims are single; 43.0% of victims belonging to this study were hit in the head, while 30.0% were hit in the chest; hemorrhage (53) and brain injury (44) appear with higher incidence, it is important to remember that bleeding is a result virtually all other causes; 62.0% of the population of this research are graduates of the city of João Pessoa and 38.0% are graduates of other cities that make up the metropolitan region of João Pessoa; Cristo Redentor of the neighborhood with 10.0%, was the neighborhood that recorded the highest number of homicides by firearms and the Metropolitan Region, Bayeux, was the city that stood out with high homicide rate with 12.0%. The data indicate that levels of violence are extremely high and show an upward trend in the whole population.

Key-words: Murder. Firearm injuries . Social violence.

REFERÊNCIAS

1. Toledo LM, organizador. Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2013.

2. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: mortes matadas por arma de fogo. Brasília, DF: Juventude Viva; 2015.
3. Redução de homicídios no Brasil. [acesso em: 11 nov. 2015] Disponível em: <http://pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/brazil/documents/rh.pdf>.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: mortes matadas por arma de fogo. CEBELA; 2013.
5. CNM - Confederação Nacional de Municípios. Estudos técnicos. Homicídios por armas de fogo no Brasil: taxas e número de vítimas antes e depois da lei do desarmamento. Brasília-DF; 2010.
6. Brasil e países americanos lideram mortes por armas de fogo, diz Onu. [acesso em: 23 jul. 2015]; Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2014/04/12/brasil-e-paises-americanos-lideram-mortes-por-arma-de-fogo-diz-onu.htm>.
7. Phebo L. Impacto da arma de fogo na saúde da população no Brasil. In: Brasil: As armas e as vítimas. Editado por R. C. Fernandes. [acesso em: 23 out. 2015] Disponível em: http://.desarme.org/publique/media/vitimas_armas_impacto_saude.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. Coordenação de Vigilância, Prevenção e Controle de Violências e Acidentes. Nota Técnica. Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência. Brasília-DF; 2006.
9. Custo da violência no Brasil. [acesso em: 23 jul. 2015] Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/custo-da-violencia-no-brasil-ja-chega-a-54-do-pib/>.
10. Incidência da violência armada no Brasil: Atualização das taxas e números de homicídios cometidos com armas de fogo contra homens e mulheres até 2009. [acesso em: 23 out. 2015] Disponível em: http://www.gazetadopovo.com.br/amazon/s3/violencia_CNM.pdf.
11. Mortes causadas por armas de fogo no Brasil. [acesso em: 20 jul. 2015] Disponível em: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-a-cultura-da-paz/noticias/mortes-causadas-por-armas-de-fogo-no-brasil>.
12. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: Os novos padrões da violência homicida no Brasil: Paraíba. Instituto Sangari; 2012.
13. João Pessoa é a 2º capital com mais mortes de jovens por armas de fogo. [acesso em: 28 jul. 2015] Disponível em: <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2015/05/joao-pessoa-e-2-capital-com-mais-mortes-de-jovens-por-arma-de-fogo.html>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
15. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311 de 09 de fevereiro de 2007. Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [acesso em: 31 out. 2015] Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>.
16. Peres MFT, Santos PC, Gonçalves EB. Violência por armas de fogo no Brasil: relatório nacional. São Paulo: Universidade de São Paulo, Núcleo de Estudos da Violência; 2004.
17. Waiselfisz JJ. Mortes matadas por arma de fogo no Brasil. Brasília, DF: Unesco, 2005.
18. Mello Júnior SC. Perfil epidemiológico das vítimas de ferimento por arma de fogo atendidas no hospital Florianópolis. Florianópolis. 2004. 37f. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
19. Agressões por arma de fogo: Caracterização dos pacientes. [acesso em: 17 fev. 2010] Disponível em: http://www.sarah.br/paginas/prevencao/po/PDF2009-09/02_08_paf.pdf.
20. Batista SEA, Bacconi JG, Silva RAP, Gualda KPF, Vianna Júnior RJA. Análise comparativa entre o mecanismo de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva. São Paulo: Rev. Col. Bras. Cir. 2006;33(1).
21. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 1999;4(1):7-32.

Recebido em: 20.11.15 Aceito em: 29.03.16
--

CONTRIBUIÇÕES DE ATIVIDADES GRUPAIS PARA MULHERES GRÁVIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Morganna Guedes Batista¹
Cintia Bezerra Almeida Costa²
Nereide de Andrade Virgínio³
Cláudia Germana Virgínio de Souto⁴

RESUMO

O parto e gravidez são considerados eventos fisiológicos na vida da maioria das mulheres. Neste momento acontecem alterações físicas e emocionais, fazendo com que sejam priorizados cuidados por parte dos profissionais de saúde e da família. O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura. Buscou-se *on-line* utilizou estudos indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde e Base de Dados de Enfermagem. O levantamento de dados foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2014 utilizando quatro descritores: “gestantes”, “grupos”, “enfermagem” e “educação em saúde”. O estudo foi constituído por doze artigos que versaram sobre a temática atividades grupais para mulheres grávidas. Por meio da análise dos doze artigos, verificou-se que 09 estudos (75%) foram selecionados a partir de base de dados LILACS e que 03 publicações (25%) na base BDEnf. Quanto aos periódicos, destacaram-se importantes revistas nacionais, entre as quais merecem evidência a Ciência & Saúde Coletiva, Revista Saúde Pública e Revista Brasileira de Enfermagem. As publicações citadas tiveram como objetivo principal relatar a experiência da atividade grupal como processo de educação em saúde e intervenção no pré-natal (83%) embora (17%) algumas delas explicitaram a importância do trabalho interdisciplinar com esta população alvo. Acerca das metodologias utilizadas, observamos que 09 (76%) tiveram como abordagem metodológica o relato de experiência, 02 publicações teve como método a pesquisa descritiva, porém uma de caráter qualitativo (8%) e outra, quantitativo (8%); apenas 01 (8%) publicação abordou a pesquisa documental retrospectiva. Ao término do estudo, podemos dizer as atividades grupais com gestantes mostram quanto são efetivas para mulheres e/ou pais e famílias. O grupo contribui para a prática do ensino na área da saúde, considerando-se que o trabalho com grupos permite a produção de conhecimento no que concerne à área de saúde da mulher.

Palavras-chave: Gestante. Educação em Saúde. Prática de Grupo.

¹ Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE-PB. Residente de Enfermagem em Saúde da Mulher com ênfase em Obstetrícia (IMIP/SES-PE). E-mail: morganna_guedes@hotmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Colaboradora do “Projeto de Gestantes: perspectivas para uma gestação, parto e puerpério saudáveis- 2013”.

³ Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora Geral do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

⁴ Enfermeira. Coordenadora de Estágios do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

INTRODUÇÃO

Todo o processo da maternidade tem seu início muito antes da concepção, que ocorre a partir das primeiras relações e identificações da mulher, que perpassa pela atividade lúdica infantil, adolescência, desejo de ter um filho e gravidez propriamente dita¹.

O parto e a gravidez são considerados eventos fisiológicos na vida da maioria das mulheres. Neste momento acontecem alterações físicas e emocionais, fazendo com que sejam priorizados cuidados por parte dos profissionais de saúde e da família, que prestam assistência pré-natal, justificando a atenção redobrada nesta ocasião².

Nas últimas décadas, tem-se priorizado que o enfoque da assistência deva ser dado por meio de programas multidisciplinares, caracterizados pelos métodos educativos. Nesta perspectiva, deve haver uma constante troca entre o saber científico e o saber popular, onde ambos ensinam e aprendem, numa educação baseada no diálogo. Esta prática ajuda na busca da compreensão das raízes dos problemas de saúde da população e procura soluções para estes³.

A construção de programas de promoção e prevenção voltados para a gestante é fundamental para uma gestação tranquila e saudável, pois as mulheres ficam mais cientes das modificações que se apresentam ao longo da gestação, estando mais preparadas física e emocionalmente para o trabalho de parto e para os cuidados no puerpério⁴.

Evidentemente, os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel, sendo capazes de reconhecer momentos críticos e intervir com seu conhecimento; o que pode ser decisivo no bem estar da mulher e do seu bebê.

A realidade dos serviços de saúde, nem sempre corresponde às necessidades de saúde e expectativas sentidas pelas mulheres durante a gestação, pelo fato de, muitas vezes, não dispor de profissionais habilitados a realizar educação em saúde no período gestacional².

Neste sentido, as ações educativas com grupos de gestantes torna-se uma estratégia que permite conhecer o universo das mulheres grávidas, especialmente o modo como elas lidam com o processo da gravidez⁵

Considerando a importância das práticas educativas voltadas às gestantes, questiona-se: De que modo os grupos de gestantes têm contribuído para gestação, parto e pós-parto?

Para responder ao questionamento, este estudo de revisão teve como objetivos: investigar a realização de práticas educativas voltadas para gestantes na perspectiva de grupo, identificar as contribuições que os grupos de gestantes têm ofertado e verificar se há desafios para realização desse modelo de prática educativa.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura seguindo as etapas: formulação do problema, levantamento de dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas importantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um

determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudo⁶.

Para a busca *on-line*, utilizou-se os estudos indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), procurando manter o mesmo padrão de busca entre as mesmas.

Os critérios para inclusão das publicações foram: artigos na íntegra que retratem a temática referente a atividades grupais com gestantes, com enfoque nas práticas educativas, estudos realizados e publicados, escritos com idioma em português, disponíveis gratuitamente e realizados com seres humanos. Foram excluídos da amostra os artigos no formato de resumos, os repetidos nas bases de dados, artigos com idioma diferente do selecionado por se tratar de uma análise da literatura restrita ao contexto de práticas voltadas a realidade nacional. Mediante a aplicação dos critérios, a amostra foi constituída por um total de 12 artigos.

O levantamento de dados foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2014, utilizando quatro descritores: “gestantes”, “grupos”, “enfermagem” e “educação em saúde”. Após elencar e organizar as informações num banco de dados operacionalizadas a partir de planilha do *Microsoft Office Excel 2007*, de forma que estes se apresentassem com fácil acesso e manejo, iniciou-se a análise, mediante comparação com o referencial teórico adotado e apresentação de conclusões, apontando de que forma as atividades grupais tem contribuído na melhoria da assistência à saúde das gestantes.

Foi elaborado um formulário o qual contemplou os dados relevantes e informações e registro contemplando os seguintes itens: título da publicação, autor, periódico, ano, objetivo do estudo, metodologia do estudo, meios, métodos e técnicas utilizadas para a realização das práticas educativas e dificuldades para o desenvolvimento dessas práticas educativas. Os dados obtidos foram agrupados e apresentados em quadros, de modo que possibilitasse uma melhor visualização dos estudos inseridos na revisão integrativa.

O referido estudo não apresentou a necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa, conforme a Resolução nº466/12 já que os dados estão disponíveis para livre-acesso, não se tratando, portanto, de documentos que requeiram sigilo ético⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi constituído por doze artigos que versaram, sobre a temática, atividades grupais para mulheres grávidas, conforme caracterização explicitada na tabela 1, a seguir. Por meio da análise dos doze artigos, verificou-se que 09 estudos (75%) foram selecionados a partir de base de dados LILACS e que 03 publicações (25%) na base BDEnf.

Em relação ao número de publicações, observou-se uma grande variedade, publicações de 2004 até 2013, os anos de 2006, 2010, 2011 e 2012 tiveram 02 (17%) publicações em cada ano. O restante apresentou um quantitativo de 01 (8%) artigo para cada ano.

Quanto aos periódicos, destacaram-se importantes revistas nacionais, entre as quais merecem evidência a Ciência & Saúde Coletiva, Revista Saúde Pública e Revista Brasileira de Enfermagem.

Tabela 1 - Caracterização dos artigos segundo título, autores, base de dados, ano e local (N=12). João Pessoa, 2014.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	BASE	ANO
Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da universidade federal do mato Grosso	DUARTE SJH; BORGES AP; ARRUDA GL	BDEFN	2011
Metodologia de atenção à gestante e família: relato de experiência com Grupo operativo	VAN DER SAN ICP; CAMPOS IFA; DREHER DZ; RIOS KR.	BDEFN	2011
Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes	HOGA LAK; REBERTE LM.	LILACS	2006
Programa bebê saudável: compreendendo o processo de trabalho interdisciplinar na implementação das ações educativas	MATIAS DMG; BEZERRA IMP.	LILACS	2013
Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes	FALCONE VM; MÄDER CVN; NASCIMENTO CFL; SANTOS JMM; NÓBREGA FJ.	LILACS	2005
A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada	SANTOS MMAS; SAUNDERS C; BAIÃO MR.	LILACS	2012
Processo educativo com gestantes e casais grávidos: Possibilidade para transformação e reflexão da realidade	ZAMPIERI MFM; GREGÓRIO VRP; CUSTÓDIO ZAO; REGIS MI; BRASIL C.	LILACS	2010
A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal	HOGA LAK; REBERTE LM.	LILACS	2010
O grupo Maternar... Uma experiência com mulheres gestantes e com estudantes da área de saúde – UFBA	ANAMÉLIA LINS E SILVA FRANCO	LILACS	2012
O processo de cuidar participante Com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva	DELFINO MRF; PATRÍCIO ZM; MARTINS AS; SILVÉRIO MR.	LILACS	2004
Curso para gestantes: ação educativa na perspectiva da co-responsabilidade	ROLIM MO; MOREIRA TM; VIANA GRO;	BDEFN	2006
Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico	SANTOS MRC; ZELLERKRAUT H; OLIVEIRA LR;	LILACS	2008

As publicações citadas tiveram como objetivo principal relatar a experiência da atividade grupal como processo de educação em saúde e intervenção no pré-natal (83%), embora (17%) algumas delas explicitaram a importância do trabalho interdisciplinar com esta população alvo.

Acerca das metodologias utilizadas, observamos que 09 (76%) tiveram como abordagem metodológica o relato de experiência, 02 publicações tiveram como método a pesquisa descritiva, porém uma de caráter qualitativo (8%) e outra, quantitativo (8%); apenas 01 (8%) publicação abordou a pesquisa documental retrospectiva.

A seguir, no Quadro 1, podemos observar que o meio de prática educativa mais utilizada foi a oficina com 100% referidos nas publicações, porém, 01 (10%) trouxe um dado incrível, além das palestras e oficinas, eles realizam visitas domiciliares na casa das gestantes para melhorar a adesão às práticas.

Todo ser humano está inserido na sociedade por natureza, em função dos seus relacionamentos⁸. A interação entre os membros de um grupo é o fenômeno que centraliza a atividade de qualquer agrupamento humano⁹.

Os seres humanos nascem e pertencem a um primeiro grupo, que é a família nuclear; depois, passam a estabelecer outros grupos, como o da escola, trabalho, círculo social, entre outros. Sendo assim, para a caracterização de um grupo é necessário que os integrantes estejam reunidos em torno de um interesse em comum; é preciso que haja alguma forma de interação afetiva entre os membros do grupo, portanto, que seja estabelecido algum tipo de vínculo entre os integrantes⁸.

O grupo de gestantes é um meio de promover a educação em saúde, com o objetivo de preparar a mulher e o companheiro para o processo gestacional, que têm, então, a oportunidade de se autoconhecerem, expressando o que sentem e sanando suas dúvidas relativas ao momento que estão vivenciando⁵.

As práticas educativas devem possibilitar aos indivíduos a aquisição de habilidades para a tomada de decisões na busca de uma melhor qualidade de vida. É dentro dessas concepções de educação em saúde que se credita ao profissional de saúde o papel de facilitador¹⁰.

Os métodos utilizados nas abordagens educativas citados nas publicações foram de formas variadas, mas os jogos e brincadeiras (100%), recursos audiovisuais (92%) e aulas expositivas/práticas (83%) foram de maior incidência.

O processo educativo em relação à promoção da saúde dá-se em âmbito individual ou grupal¹¹. A participação em atividades grupais com pessoas que vivenciam o mesmo processo favorece a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal, por meio de trocas de experiências que lhe são comuns nesse espaço onde tanto as gestantes como seus companheiros podem expor suas dúvidas, medos e anseios¹².

Ao ouvirem o relato das experiências e preocupações, conscientizam-se dos fatos que estão ocorrendo com eles naquele momento e concomitantemente recebem informações científicas sobre o fenômeno gestacional^{13,14}.

Quadro 1 - Meios, métodos/técnicas utilizados nas práticas educativas (N=12). João Pessoa, 2014.

VARIÁVEIS		Nº	%
Meios*	Palestras	11	92
	Visitas domiciliares	01	10
	Oficinas	12	100
Métodos/Técnicas*	Álbum Seriado	04	33
	Recursos Audiovisuais	11	92
	Jogos/Brincadeiras	12	100
	Curso costura	01	10
	Técnicas corporais	03	25
	Aulas expositivas/práticas	10	83
	Sessão Fotográfica	01	10
Local das práticas educativas	Hospitais/Maternidades	05	41
	Universidades	04	32
	Centros de atenção a Saúde	01	10
	Unidades de Saúde da Família	02	17

* Múltipla escolha

Nesse grupo, o profissional de saúde atua como um facilitador, tendo como principal tarefa proporcionar aos participantes, por meio do uso de técnicas específicas, um ambiente de diálogo autêntico, em que os participantes possam socializar suas dúvidas, contribuindo, assim, para a combinação dos fatores dizer, refletir e receber informações científicas^{15,16,17,18}.

O facilitador deverá preocupar-se em transmitir as informações de forma clara e objetiva e não com termos técnicos que fogem à compreensão da maior parte das pessoas¹⁹.

Esse profissional tem uma grande responsabilidade, pois trabalha com seres humanos que vivenciam um período muito sensível de suas vidas e precisam estar aptos para lidar com os mais variados sentimentos que se exteriorizam, lembrando que ouvir e compreender as pessoas, muitas vezes, têm mais importância do que outras formas de tratamento²⁰.

Para que o grupo de gestantes abranja todas as necessidades da mulher e de seu companheiro, é necessária a atuação de equipe multiprofissional que possa trazer contribuições das diversas áreas de conhecimentos, possibilitando a educação de forma integral²¹.

O profissional que pretende prestar uma assistência humanizada e preparar o casal deve procurar trabalhar sem medo de lidar com o afeto, orientar a gestante para ficar atenta ao seu corpo e deixar que o casal desempenhe o papel de personagens principais deste processo²².

Como podemos observar no Quadro 2, as contribuições do grupo foram ditas de forma quase que unânime, porém, em diferentes eixos.

Quadro 2 - Contribuições e/ou dificuldades das atividades grupais voltadas à atenção pré-natal, parto e puerpério.

Variáveis		Nº	%
Contribuições*	Conscientização dos participantes	10	83
	Importância dos pais no processo	04	33
	Reflexão na qualidade de vida e/ou conjugal	08	67
	Dúvidas, crenças e mitos esclarecidos	11	92
	Tornaram-se casais grávidos mais seguros	09	75
	Aprendizagem acerca dos direitos cidadão	04	33
	Construção do pensamento crítico e reflexivo	05	42
	Reflexão sobre práticas de profissionais	04	33
	Construção de acadêmicos humanizados	04	33
	Fortalecimento da autonomia da mulher	03	25
	Diminuição de transtornos afetivos	02	17
	Socialização de saberes	12	100
	Importância da interdisciplinaridade	05	42
	Alívio do cansaço e estresse	02	17
Dificuldades	Baixa adesão de pais e/ou parceiros participantes	02	17
	Não houveram citações quanto as dificuldades	10	83

* Múltipla escolha

No grupo de gestante, é importante que se ampliem os conhecimentos da mulher e de seu acompanhante, possibilitando-lhes oportunidade de se cuidarem do bebê, mostrando as várias posições do parto, locais para realizá-lo, as várias correntes sobre os temas solicitados, o que permitirá realização de escolhas conscientes; não se deve induzi-las, pois o grupo não tem como finalidade fornecer receitas prontas de como cuidar de si e do bebê²².

Somente refletindo sobre o que sentem, em relação ao fato de serem mães e pais, e recebendo apoio dos profissionais, é que estes reforçarão a sua autoconfiança e segurança, serão capazes de enfrentar essas tarefas, contornando, com bom-senso, as dificuldades encontradas²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término do estudo, podemos dizer as atividades grupais com gestantes servem de subsídio teórico-metodológico para as equipes de saúde e respectivos programas nas suas atividades, possibilitando a utilização de práticas de promoção da saúde integral individual-coletiva, especialmente, como subsídio de avaliação cotidiana das ações de saúde visto que as publicações mostram quanto são efetivas essas atividades grupais com gestantes.

O grupo contribui para a prática do ensino na área da saúde, considerando-se que o trabalho com grupos permite a produção de conhecimento no que concerne à área de saúde da mulher.

Recomendamos que se desenvolvam outros estudos baseados na proposta participante com o envolvimento da equipe interdisciplinar em saúde no processo, visando à produção de novos conhecimentos e às múltiplas dimensões e conexões que se expressam mediante essa integração.

É importante refletir que nos programas de saúde, como o Programa de Saúde da Família, sejam implantados trabalhos com grupos e visitas domiciliares voltados para a avaliação constante das repercussões, bem como dos métodos utilizados.

CONTRIBUTIONS OF ACTIVITIES GROUP CLASSES FOR PREGNANT WOMEN: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Childbirth and pregnancy are considered physiological events in the lives of most women. At this time the physical and emotional changes occur, making care is prioritized by health professionals and family. The study consists of an integrative literature review. We attempted to on-line we used studies indexed in the databases of the Virtual Health Library: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences and Nursing Database. The survey was conducted in October and November 2014 using four descriptors: "pregnant women", "groups", "nursing" and "health education". The study was composed of twelve articles that dealt with the theme group activities for pregnant women. Through analysis of the twelve articles, it was found that 09 studies (75%) were selected from the database LILACS and 03 publications (25%) at the base BDEnf. As for periodicals, the highlights major national magazines, including highlights deserve Science & Public Health, Public Health Magazine and Brazilian Journal of Nursing. Publications cited mainly aimed at describing the group activity as an educational process in health and intervention in prenatal care (83%) while (17%) some of them explained the importance of interdisciplinary work with this target population. About the methods used, we found that 09 (76%) had a methodological approach to reporting experience, 02 publications had as descriptive research method, though one qualitative character (8%) and other quantitative (8%); only 01 (8%) publications addressed the retrospective documentary research. At the end of the study, we can say the group activities show how pregnant women are effective for women and / or parents and families. The group contributes to the practice of teaching in the area of health, considering that group work allows the production of knowledge regarding the area of women's health.

Key-words: Pregnant. Health Education. Group Practice.

REFERÊNCIAS

1. Barros SM. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca; 2009.
2. Branden PS. Enfermagem Materno-infantil. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2000.
3. Delfino MRR, et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. [periódico na internet] Santa Catarina Jun. 2004. [acesso em 14 nov. 2014]; 9(4): [número de páginas aproximado 11 p.]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0774.pdf>.
4. Van der San ICP; Campos IFA; Dreher DZ; Rios KR. Metodologia de atenção à gestante e família: relato de experiência com Grupo operativo. *R. Enferm. UFSM*. Rio Grande do Sul 2011. [acesso em 14 nov. 2014]; 1(3): [número de páginas aproximado 8 p.]. Disponível

em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2918/2400>

5. Duarte SJH, Borges AP, Arruda GL. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da universidade federal do mato Grosso. *R. Enferm. Cent. O. Min.* [periódico na internet] Minas Gerais Abr. 2011. [acesso em 14 nov. 2014]; 1(2): [número de páginas aproximado 5 p.]. Disponível

em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/13>.

6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão C M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – enferm.* [periódico na internet] Florianópolis Dec. 2008. [acesso em 14 nov. 2014]; 15(2): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018

7. Moura, ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev Saúde Pública.* [periódico na internet] Fortaleza Jun. 2005. [acesso em: 14 nov. 2014]; 39(5): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500015.

8. Zimerman DE. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. [vínculo periódico na internet] São Paulo Dec. 2007. [acesso em 14 nov. 2014]; 4(4): [número de páginas aproximado 15 p.]. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2101.pdf>

9. Osório LC. Como supervisionamos em grupoterapia. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.

10. Hoga LAK; Reberte LM. Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. *Rev. bras. enferm.* Brasília Mai. 2006. [acesso em 14 nov. 2014]; 3(1): [número de páginas aproximado 5 p.]. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a11v59n3.pdf>.

11. Atias DMG; Bezerra, IMP. Programa bebê saudável: compreendendo o processo de trabalho interdisciplinar na implementação das ações educativas. *Medicina.* Ribeirão Set. 2013. [acesso em 14 nov. 2014]; 46(3): [número de páginas aproximado 7 p.]. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69149/71602>.

13. Falcone, VM; Mäder CVN; Nascimento CFL; Santos JMM; Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo Mar. 2005. [acesso em 14 nov. 2014]; 39(4): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>.

14. Antos, MMAS; Saunders C; Baiao MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Ciênc. saúde coletiva.* Jul. 2012 [acesso em 14 nov. 2014];

17(3): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a25.pdf>.

15. Zampieri, MFM; Gregório VRP; Custódio ZAO; Regis MI; Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto contexto - enferm.* Santa Catarina Jun 2010. [acesso em 14 nov. 2014]; 19(4): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/15.pdf>.

16. Hoga LAK; Reberte LM. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. *Cienc. enferm.* Dec. 2010. [acesso em 14 nov. 2014]; 16(1): [número de páginas aproximado 9 p.]. Disponível em:
http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_12.pdf.

17. Franco ALS. O grupo Maternar... uma experiência com mulheres gestantes e com estudantes da área de saúde - UFBA. *Aletheia* Jan. 2012. [acesso em 14 nov. 2014]; 37(1): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a16.pdf>.

18. Delfino MRR; Patricio ZM; Martins AS; SILVERIO MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciênc. saúde coletiva.* Santa Catarina 2004. [acesso em 14 nov. 2014]; 9(4): [número de páginas aproximado 9 p.]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a26v9n4.pdf>

19. Rolim M; Moreira TMM; Viana GRO. Curso para gestantes: ação educativa na perspectiva da co-responsabilide. *Online Brazilian Journal of Nursing.* Niterói Dec. 2006. [acesso em 14 nov. 2014]; 5(3): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/595/140>

20. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.* 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

21. Santos MRC, Zellerkraut H, Oliveira LR. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. *Mundo Saúde.* 2008. [acesso em 14 nov. 2014]; 32(4): [número de páginas aproximado 9 p.]. Disponível em:
http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/02_Curso_baixa.pdf

Recebido em: 19.11.14 Aceito em: 04.03.16
--

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Michelle Trigueiro Silva¹
Juliana Almeida Marques Lubenow²
Danielle Aurília Ferreira Macêdo³
Nereide de Andrade Virgínio⁴

RESUMO

Este estudo tem como objetivo averiguar a produção científica nacional sobre a assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no período dos últimos dez anos. O levantamento do corpus literário foi através de fontes que abordassem a temática pertinente, realizado através de uma busca eletrônica nas bases de dados *Scielo* e *LILACS*, os descritores utilizados nesta busca foram: “morte encefálica, doação dirigida de tecido, cuidados de enfermagem”. Para alcançar o objetivo proposto deste estudo, inicialmente foram selecionados os artigos a partir dos descritores e feita leitura minuciosa de cada um deles. Os resultados do estudo estão organizados de acordo com os eixos temáticos: Análise Fisiopatológica da Morte Encefálica, Aspectos éticos e legais no que tange à retirada de órgãos e tecidos, O Papel fundamental da equipe de enfermagem na assistência ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Destarte, conclui-se que a assistência de enfermagem é de fundamental relevância neste processo, onde o enfermeiro deve conhecer os aspectos fisiológicos decorrentes da morte encefálica em todos os sistemas orgânicos, para implementar uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Morte encefálica. Doação dirigida de tecido. Cuidados de enfermagem.

¹ Enfermeira, Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: micheletrigueiro@hotmail.com.

² Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (2011). Especialista em Terapia Intensiva pela NOVAFAPI (2009). Graduada em Enfermagem pela PUC-Campinas (2008). Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Enfermeira Intensivista da UTI Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB, HULW.

³ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Mestrado em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, ULHT, Portugal. Docente na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

⁴ Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade Federal da Paraíba (2003), Especializações em Metodologia do Ensino Superior (2008), em Educação Profissional na Área de Saúde/Enfermagem-PROFAE (2004) e em Enfermagem do Trabalho (1979). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

INTRODUÇÃO

O conceito de morte não é isolado, não obstante as funções cardíacas e pulmonares sejam reconhecidas há séculos como primordiais para a sobrevivência. Com o avanço da ciência, das manobras de ressuscitação e de suporte vital, a atividade cerebral veio definir a vida e a morte do indivíduo, vinculando, assim, a morte a critérios neurológicos, evoluindo para o que conhecemos atualmente como Morte Encefálica (ME).¹

Entretanto, este conceito esteve vinculado à ausência de batimentos cardíacos ou movimentos respiratórios espontâneos. Ao longo do tempo, esse conceito sofreu modificações, uma vez que, atualmente, torna-se possível manter as funções vitais do ser humano, por longos períodos, mesmo sem o funcionamento do encéfalo.²

Historicamente, a primeira concepção de Morte Encefálica (ME) foi desenvolvida em 1959, por um grupo de neurologistas franceses, pela condição clínica em que se encontra o encéfalo morto em um corpo vivo, denominada na época de coma dépassé.³ O indivíduo em morte encefálica é acentuado como um ser que apresenta parada total e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mas que mantém, temporária e artificialmente, a função cardiorrespiratória.⁴

No que tange a transplantes de órgãos, cumpre assinalar que os programas de transplante tiveram seu início no final dos anos de 1940, quase que simultaneamente, em Paris, Londres, Edimburgo e Boston. Contudo, nessa fase, ainda não havia o conhecimento de aspectos extremamente relevantes para o êxito dos transplantes, relacionados à imunologia e histocompatibilidade.²

É mister enfatizar que o transplante de órgão sólido é uma opção de tratamento para melhorar a qualidade de vida de pessoas de qualquer idade, que apresentam doença crônica de caráter irreversível e em estágio final. Desde o primeiro transplante, realizado com sucesso em 1954, os transplantes de órgãos sólidos têm sofrido constante avanço no tratamento de doenças do rim, pâncreas, fígado, coração, pulmão e intestino.⁵

O Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas, autorizados a realizar transplantes, o Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes. No ano de 2005, foram realizados 15.527 transplantes de órgãos e tecidos. Esse número é 18,3% maior que em 2003, quando ocorreram 13.131 procedimentos, e 36,6% maior em relação a 2002, com 11.365 procedimentos de transplante.⁶

É magnífico mencionar que somente 1 a 4% das pessoas que morrem no hospital e entre 10 e 15% daquelas que morrem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) apresentam o quadro de ME, sendo consideradas potenciais doadoras de órgãos.⁷

O traumatismo cranioencefálico, o acidente vascular encefálico e a lesão cerebral hipóxico-isquêmica são responsáveis por quase 90% das causas da ME.⁸ No que concerne à assistência de enfermagem em doação de órgãos, com o avanço da tecnologia, a enfermagem tem enfrentado mudanças que envolvem diferentes aspectos da sua prática. Os enfermeiros, que atuam em unidades de atendimento de urgência principalmente têm se deparado com o paciente que, a partir de uma situação traumática, torna-se doador de órgãos.⁹

Sob este prisma, a enfermagem exerce um papel fundamental em potenciais doadores de órgãos em ME, por isso, este trabalho é de extrema relevância para subsidiar a atividade profissional não apenas da equipe de enfermagem como também de toda equipe multiprofissional.

Diante de tais ponderações, considerando a extrema magnitude desta temática, emergiu a seguinte questão norteadora: O que as produções científicas abordam no tocante à assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos? Assim, este estudo teve como objetivo realizar uma investigação na literatura científica a respeito da assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que se caracteriza como um processo de exploração rigorosa e padronizada da literatura, a partir de uma questão norteadora, abrindo caminho para análise e discussão da produção científica da área, de modo a promover conhecimento mais aprofundado do fenômeno estudado. Para a sua realização, foram seguidas as etapas: identificação do tema e formulação da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos finalizando com a apresentação e interpretação dos resultados da revisão.¹⁰

Foram utilizadas buscas entre abril e junho de 2014, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizou-se os seguintes Descritores: “morte encefálica”; “doação dirigida de tecido”; “cuidados de enfermagem”. A delimitação do recorte temporal da pesquisa teve por início o ano de 2005 até 2015.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos disponíveis eletronicamente na íntegra; no idioma português; e que abordassem a temática proposta para este estudo. Foram excluídas as produções duplicadas, editoriais, cartas ao editor, boletins epidemiológicos, artigos que não estivessem disponíveis na íntegra, capítulos de livros, assim como estudos que não abordassem a temática proposta para esse estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cruzamento dos descritores acima listados durante a busca nas referidas bases de dados, resultou em 245 estudos. Entretanto, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e o refinamento posterior da busca, o corpus desta revisão foi constituído de 9 artigos, que foram lidos na íntegra e catalogados segundo uma ficha que resume seus atributos gerais. Nessa ficha foram identificados: a) base de dados consultada; b) autores; c) dados referentes à publicação (ano, periódico, país de origem); d) objetivos do estudo; e) metodologia empregada; e, f) resultados e discussão.

Para nortear a discussão, foram identificados três eixos temáticos: Análise Fisiopatológica da Morte Encefálica; Aspectos éticos e legais no que tange à retirada de órgãos e tecidos; O Papel fundamental da equipe de enfermagem na assistência ao potencial doador de órgãos em morte encefálica.

A busca empreendida na base de dados Scielo retornou 5 resultados qualificados para este estudo. A busca na base de dados Lilacs retornou 4 resultados qualificados. O Quadro 1 apresenta a caracterização geral dos artigos

selecionados, correspondente a uma pesquisa realizada na última década. Todas as publicações são de origem brasileira, isso parece indicar que diversas pesquisas sobre a assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos têm sido desenvolvidas no país.

Quanto ao tipo de estudo e à estratégia metodológica utilizada, nota-se certa equivalência entre o número de estudos qualitativos (cinco) e revisões bibliográficas (quatro), com predomínio de estudos descritivos e transversais.

Quando se leva em conta os objetivos dessas pesquisas, identificou-se que os estudos de revisão bibliográfica se dedicam, sobretudo, a delinear os aspectos fisiopatológicos da ME, assim como, apresentar os aspectos relacionados ao cuidado que os profissionais de enfermagem têm oferecido. Os estudos qualitativos visaram examinar os conflitos éticos relacionados ao processo de doação de órgãos, além de serem destacadas as situações estressantes relacionadas à atuação do enfermeiro perante a ME, sendo elencados também os principais aspectos da vivência desses profissionais.

Quadro 1 - Artigos identificados em revisão bibliográfica.

	TÍTULO DO ARTIGO	PAÍS DE ORIGEM	ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	REVISTA	TIPO DE ESTUDO
1	Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos	Brasil	2014	Scielo	Acta Paul Enferm	Qualitativo descritivo
2	Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos	Brasil	2013	Lilacs	Rev. Esc. Enfermagem USP	Revisão Bibliográfica
3	Manuseio do potencial doador de Múltiplos órgãos	Brasil	2007	Lilacs	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Revisão Bibliográfica
4	Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica	Brasil	2008	Scielo	Revista Brasileira Enfermagem	Revisão Bibliográfica
5	A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos	Brasil	2007	Lilacs	Revista Enfermagem	Estudo descritivo. Transversal de campo
6	A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte	Brasil	2010	Lilacs	Rev Enferm UFE	Qualitativo Descritivo

	encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos					
7	Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos	Brasil	2010	Scielo	Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enf. e Nutrição	Revisão Bibliográfica
8	Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem	Brasil	2007	Scielo	Rev Latino- am Enfermagem	Qualitativo Etnográfico
9	Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos	Brasil	2009	Scielo	Rev Latino- am Enfermagem	Qualitativo Descritivo

Análise Fisiopatológica da Morte Encefálica

A morte encefálica é um processo complexo que altera fisiologicamente todos os sistemas orgânicos. Ultimamente, foi constatado que ela envolve uma série de perturbações neuro-humorais cíclicas, que incluem transformações bioquímicas e celulares que conduzem a disfunção múltipla de órgãos, repercutindo na qualidade do órgão transplantado. Tanto as alterações iniciais quanto as tardias implicam na viabilidade dos órgãos ao comprometer sua perfusão, aumentando a lesão isquêmica.¹¹

Cumprе ressaltar que o processo inicial de morte encefálica progride com o aumento de pressão intracraniana (PIC), tendo em vista a expansão volumétrica do conteúdo intracraniano. Mediante esta expansão, o conteúdo do liquor cefalorraquidiano é drenado e o retorno venoso é comprometido, alterando progressivamente a PIC. Os fatores como edema e hipóxia celular colaboram ainda para esta alteração. Este processo resulta com a herniação transtentorial do tronco cerebral pelo forâmen magno que bloqueia por completo a via de única saída, elevando a PIC até o momento que obstrui completamente a circulação arterial encefálica seguindo-se, então, a morte encefálica.¹²

É importante destacar que esta elevação da PIC é acompanhada da tríade de Cushing, representando o esforço final do organismo, na tentativa de sustentar a perfusão cerebral. O esgotamento desse mecanismo culmina na progressão isquêmica que, ao alcançar o bulbo, interrompe a atividade vagal, levando à resposta autonômica simpática maciça, chamada de “tempestade autonômica”. Esse estímulo simpático desenfreado tem curta duração e caracteriza-se por taquicardia,

hipertensão, hipertemia e aumento considerado do débito cardíaco. O agravamento dessas alterações está associado com a velocidade de instalação da hipertensão intracraniana e da herniação cerebral. Subsequentemente, a tempestade autonômica cessa, e o resultado é a perda do tônus simpático com profunda vasodilatação e depressão da função cardíaca, que, se não tratadas, devem progredir para assistolia em torno de 72 horas.¹³

Sob esse prisma, ressalta-se que série e ações devem ser realizadas para a manutenção efetiva do doador, viabilizando adequadamente seus órgãos para transplante. Assim, o conhecimento das Implicações fisiológicas que acometem vários órgãos e sistemas no paciente na condição de ME, pelos profissionais que trabalham com doação de órgãos e tecidos, é um dos fatores que parece estar relacionado à melhoria de sobrevida do paciente (receptor) ou enxerto (órgão ou tecido transplantado).¹⁴

Aspectos éticos e legais no que tange à retirada de órgãos e tecidos

No ano de 1968, no Brasil, foi publicada a primeira legislação para transplantes, a lei nº 5.479.¹⁵ A mesma regulamenta a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáveres com finalidade terapêutica e científica. É mister enfatizar que esta lei sofreu algumas modificações, sendo apregoada em 1997 a lei nº 9.434.¹⁶ A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480/97 estabelece as diretrizes para a política nacional de doação e transplante de órgãos e tecidos até os dias atuais.

Essa política constitui um processo que se divide em detecção, avaliação e manutenção do potencial doador, diagnóstico de morte encefálica, consentimento familiar ou ausência de negativa, documentação de morte encefálica, remoção e distribuição de órgãos e tecidos, transplante e acompanhamento de resultados.¹⁷

Convém destacar que os enfermeiros, juntamente com outros profissionais, estão envolvidos nessa etapa. Estes profissionais integram as equipes transplantadoras e as organizações de procura de órgãos e participam de diversas atividades, determinadas pela Resolução COFEN nº 292/2004. Alguns exemplos são: notificar as Centrais de Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) da existência de potenciais doadores, entrevistar o responsável legal do doador e fornecer informações sobre o processo, aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao receptor.¹⁸

É importante destacar que, ao enfermeiro, é cabível planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos. Uma das ações é notificar as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), a existência de potencial doador.¹⁹

O Papel fundamental da equipe de enfermagem na assistência ao potencial doador de órgãos em ME

Mediante este contexto, o enfermeiro deve conhecer as transformações fisiopatológicas inerentes da ME para que, junto à equipe, possa conduzir os cuidados e atuar adequadamente no manuseio do potencial doador, mantendo os órgãos viáveis para o transplante.²⁰

Assim, o enfermeiro tornou-se um integrante indispensável da equipe, ao se tratar dos cuidados intensivos para a manutenção do potencial doador, pois, sua atuação na assistência dispensada ao potencial doador de múltiplos órgãos,

conforme a literatura, inclui o conhecimento das alterações fisiopatológicas na morte encefálica para fundamentar quais os cuidados serão necessários.

É imprescindível que o enfermeiro tenha um amplo conhecimento destas possíveis complicações, possibilitando o reconhecimento precoce e consequente manuseio para a preservação dos órgãos.²¹

Mediante esses apontamentos, é de inteira responsabilidade da equipe de enfermagem realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador. Para isso, vale a pena reforçar que o enfermeiro desta equipe possua conhecimentos a respeito das repercussões fisiopatológicas próprias da ME, da monitorização hemodinâmica e repercussões hemodinâmicas, oriundas da reposição volêmica e administração de drogas vasoativas.²²

A equipe de enfermagem também deverá realizar um controle hídrico rigoroso e eficiente, visto como baseadas neste, atitudes terapêuticas serão tomadas. Além disso, as drogas vasoativas deverão ser rigorosamente controladas, de acordo com a resposta hemodinâmica deste paciente. E no que tange ao uso de drogas vasoativas, é premente atentar-se para o paciente em uso de Nitroprussiato de Sódio, pois seu gotejamento deve ser rigorosamente controlado e a pressão arterial deve estar monitorizada, de maneira invasiva ou não, por um membro da equipe de enfermagem deverá controlar a pressão arterial de forma intensiva.²³

A reposição hídrica de volume deverá ser realizada através de um acesso venoso calibroso e periférico, atentando que as drogas vasoativas devem ser administradas em acessos venosos centrais, sempre utilizando-se de vias exclusivas, evitando-se o uso conjunto de medicações e/ou reposição volêmica rápida pelas mesmas.²³

Convém mencionar que a hiperglicemia deve ser controlada, realizando-se dosagens seriadas de glicose sanguínea. Se isto não for possível, o enfermeiro deve orientar a equipe a realizar controle de glicemia capilar, no mínimo, de quatro em quatro horas. Se houver persistência do distúrbio, os intervalos de controle devem ser diminuídos.²³

Outro fator importante é a manutenção da temperatura do potencial doador. Neste sentido, é necessária a verificação da temperatura, a cada duas horas, sendo uma ação primária na definição de condutas de enfermagem. Essa monitoração da temperatura é de grande relevância, por tratar-se de um indicador precoce da hipotermia.²⁴

A temperatura central pode ser obtida na artéria pulmonar, no esôfago, na membrana timpânica e na nasofaringe. A alteração da temperatura indica a necessidade de intervenções para restaurar o padrão de normalidade.²⁵

Mediante estas ponderações, é de extrema relevância uma boa assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos, salientando que diversas dessas atividades são de competência do profissional enfermeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte encefálica é um processo fisiológico complexo que altera todos os sistemas orgânicos. Portanto, a manutenção do potencial doador de órgãos em ME deve incluir o reconhecimento do processo de ME e a posterior confirmação. Vale salientar que todas as formalidades éticas e legais envolvidas no contexto de doação de órgãos também devem ser conhecidas. Paralelamente a estes conhecimentos, devem incluir também a prevenção, detecção precoce e manuseio

imediatamente das principais complicações advindas da ME, objetivando a retirada de órgãos e transplantes nas melhores condições funcionais cabíveis.

A assistência de enfermagem é de fundamental relevância neste processo, onde o enfermeiro deve conhecer os aspectos fisiológicos decorrentes da ME em todos os sistemas orgânicos, para implementar uma assistência de qualidade. Cumpre enfatizar que o enfermeiro também deve conhecer os aspectos éticos e legais da retirada de órgãos e transplante, evitando cometer infrações éticas em sua assistência, uma vez que o mesmo possui grandes responsabilidades nos procedimentos realizados com o potencial doador, um deles é a manutenção da temperatura.

Mediante tais ponderações, é necessário o surgimento de novos estudos e de novas perspectivas para subsidiar o conhecimento no que tange os aspectos do potencial doador e ME, tendo em vista que os estudos abordados atualmente sobre esta temática são incipientes, sendo necessária a ampliação de conhecimentos nesta esfera temática.

NURSING ASSISTANCE TO POTENTIAL ORGAN DONOR: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

This study aims to investigate the national scientific production on nursing care to the potential organ donor with brain death. This is an integrative literature review carried out during the last ten years. The survey of the literary corpus was through sources that addressed the relevant issue, conducted through an electronic search in the SCIELO and LILACS databases, the descriptors used in this search were "brain death, directed donation of tissue, nursing care". To achieve the proposed objective of this study, the articles from the descriptors and made careful reading of each of them were initially selected. The results of the study are organized according to themes: pathophysiological Analysis of Brain Death, ethical and legal aspects regarding the removal of organs and tissues, the fundamental role of nursing staff in the care of potential organ donor with brain death. Thus, it is concluded that nursing care is of fundamental importance in this process where the nurse should know the physiological aspects resulting from brain death in all organ systems, to implement quality care.

Key-words: Brain Death. Directed Tissue Donation. Nursing Care.

REFERÊNCIAS

1. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev. bras. enferm., Brasília. Fev. 2008;61(1).
2. Freire SG. alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Esc. Anna Nery. 2012;4(16):761-6.
3. Lago P, et al. Braindeath: medical management in seven brazilian pediatric intensive care units. J Pediatr. 2007;2(83):133-40.
4. Castro AA. Revisão sistemática com ou sem metanálise. São Paulo: AAC; 2001. Disponível em: http://metodologia.org/wp-content/uploads/2010/08/lv5_rsl09.PDF.

5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. Estabelece os critérios para caracterização de morte encefálica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 ago 1997. Seção 1: 18.227-228.
6. Garcia VD. A política de transplantes no Brasil. Rev AMRIGS. 2006;4(50):313-20.
7. Jost AB, Ploeg RJ. Effects of brain death on donor viability. Curr Opin Organ Transplant. 2001;6:75-82.
8. Rech TH, Rodrigues FEM. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. RBTI. 2007;2(19):197-204.
9. Rosa BA. Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação. [tese de doutorado]. São Paulo-SP: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2005.
10. Guetty, et al. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev. bras.enferm. 2008;1(61):91-97.
11. Araújo S, Cintra EA, Bachega EB. Manutenção do potencial doador de órgãos. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 443-56.
12. Caldeira Filho M, Westphal GA. Manual prático de medicina intensiva. São Paulo (SP): Segmento; 2005.
13. Brasil. Senado Federal. Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. [acesso em: 20 ago. 2013]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=194044>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. [acesso em: 21 ago. 2009]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/lei9434.htm>.
15. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.480, de 8 de agosto de 1997. [acesso em: 20 ago. 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/res1480.htm>.
16. I Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). São Paulo: ABTO; 2003.
17. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a Atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. [acesso em: 21 ago. 2013]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7120§ionID=34>.

18. Moraes EL, Massarollo MCKB. Estudo bibliométrico sobre a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de 1990 a 2004. *J Bras Transpl.* 2006;9:625-9.
19. Matia AL, et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrada da literatura. *Rev Bioethikos.* 2010;1(4):66-74.
20. Gotardo JM, Galvão CM. Avaliação da hipotermia no pós-operatório imediato. *Rev RENE.* 2009;2(10):67-71.
21. Silva AM, Silva MJP. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. *R Enferm UERJ.* 2007;4(15):549-54.
22. Freire SG. alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Esc. Anna Nery.* 2012;4(16):761-66.
23. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev. bras. enferm.* Brasília. 2008;61(1).
24. Mendonça AS, Castro DC, Brasileiro ME. Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos. *Rev. Eletr. de Enf. do C. E. E. N.* 2010;1(1):1-15.
25. Mouro SDS, Guillens LC, Almeida TC, et al. Causas da não efetivação de potenciais doadores em doadores reais: um estudo exploratório-descritivo. *Rev enferm UFPE on line.* 2012;3(6):613-18.
26. Guimarães JB, et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre condutas na prevenção, manutenção e no controle da temperatura de potenciais doadores de órgãos. *J Health Sci Inst.* 2012;4(30):365-8.
27. Almeida KC. et al. doação de órgãos e bioética: construindo uma interface. *Rev Bras Enferm.* 2003;1(56):18-23.
28. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto-Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-764.

Recebido em: 15.06.15 Aceito em: 22.03.16
--

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO PARTO NATURAL HUMANIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Neusa Ferreira de Campos¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Nereide de Andrade Virgínio³
Cláudia Germana Virgínio de Souto⁴

RESUMO

A humanização do parto é uma das diferentes ações que integram a Política Nacional da Humanização (PNH), desenvolvida pela OMS, cuja premissa é o atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, reduzindo as taxas de cesáreas e de mortalidade materna, e garantir maior participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, assegurando, assim, o máximo bem-estar da mulher e do bebê entre outros. O essencial da política de humanização é o acolhimento, que implica em uma recepção humana e atenta às queixas, preocupações, angústias e dúvidas das mulheres, que são ouvidas, garantindo-lhes a responsabilidade da equipe na resolução dos problemas e na continuidade da assistência, quando houver necessidade desta. O objetivo desta pesquisa foi identificar na literatura a importância da enfermagem no parto natural humanizado. O método abordado foi do tipo revisão integrativa da literatura, a pesquisa foi realizada entre os meses de outubro a novembro de 2014. Foram consultados artigos científicos nas bases de dados online da BVS. A pesquisa possibilitou constatar que a enfermagem em si, por sua vez, é a categoria profissional que está apta para cuidar das parturientes, prestando assistência holística em toda sua totalidade fortalecendo, assim, vínculos, ensinamento e estrutura emocional para com as mulheres que passam pelo processo de parto natural. Desta forma, ressalta-se a importância da preparação profissional para atuar nesta prática, no tocante em que está inserido de modo que a enfermagem presta uma assistência humanizada que está embasada nas necessidades advindas das parturientes bem como sua família, a qual se insere no processo de parturição.

Palavras-chave: Humanização. Parto Normal. Enfermagem Obstétrica.

¹ Enfermeira. Discente da Especialização em Obstetrícia e Neonatologia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB. End.: Av. Flávio Ribeiro Coutinho, 202 – Centro – Santa Rita / PB. CEP: 58300-220. E-mail: neusinhafc@hotmail.com.

² Enfermeira. Docente da Graduação de Enfermagem da FACENE/PB. Enfermeira assistencial do Hospital da Polícia Militar da Paraíba General Edson Ramalho. Orientadora.

³ Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora Geral do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

⁴ Enfermeira. Coordenadora de Estágios do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

INTRODUÇÃO

O método do nascimento é um acontecimento natural, de maneira pessoal, sendo um experimento dividido entre as mulheres e seus familiares. As primitivas acrescentaram múltiplos sentidos culturais a este evento, que, desde tempos antigos e em diferentes termos, foram sendo analisados e repassados, sobretudo, devido às transformações significativas no campo da medicina¹.

Antigamente, as parteiras, curandeiras ou comadres eram quem desempenhavam a atividade de realizar o parto, por serem mulheres conhecidas na comunidade ou de crença das parturientes. Por ser uma pessoa de conhecimento do caso com os manejos exteriores para promover o parto, avaliavam todo o processo gravídico como experiência própria e tinham a função de animar as mulheres com alimentos, bebidas e palavras agradáveis; tendo a opção das parturientes por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os órgãos genitais².

No término do século XVI, com o aparecimento do emprego do fórcepe pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain e acolhimento da obstetrícia como curso técnico, científica e empenhada pelo homem; surge a decadência da profissão de parteira. Tem início a possibilidade de comandar o nascimento, a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista. Parir passa a ser considerado um evento perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico²².

O parto, então, deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais. Desta maneira, a mulher/parturiente, que deveria ser o astro do parto, distancia-se cada vez mais e tem bloqueio em participar da sentença do tipo de parto. Sente-se insegura, refreia-se, muitas vezes, por não sentir-se habilitada para escolher e fazer valer seus desejos frente às questões técnicas levantadas pelos profissionais que atendem o parto²⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem ampliado inúmeras pesquisas pautadas ao parto normal e aconselha que o objetivo desta assistência é gerar o mínimo de intervenções com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudáveis, ou seja, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo fisiológico³.

A humanização do parto é uma das diferentes ações que integram a Política Nacional da Humanização (PNH), desenvolvida pela OMS, cuja premissa é o atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, reduzindo as taxas de cesáreas e de mortalidade materna, e garantir maior participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, assegurando, assim, o máximo bem-estar da mulher e do bebê entre outros⁴.

Outro jeito essencial da política de humanização é o acolhimento, que implica em uma recepção humana e atenta às queixas, preocupações, angústias e dúvidas das mulheres, que são ouvidas, garantindo-lhes a responsabilidade da equipe na resolução dos problemas e na continuidade da assistência, quando houver necessidade desta⁵.

No entanto, o modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento ainda é predominantemente intervencionista, penalizando a mulher e sua família por ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, e acarretando como consequência taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos disponíveis. Dessa forma, a proposta de humanização da assistência ao parto focaliza duas grandes demandas atuais das mulheres e da sociedade: o direito de ter acesso a um sistema de saúde não apenas público, mas

de qualidade, e, a possibilidade de atuar durante o parto como protagonistas, exercendo um papel ativo durante todo o processo⁶.

A apresentação de um acompanhante é altamente recomendável, a juízo crítico de escolha da parturiente, o que percebe é que, nem sempre, é o que ocorre, mesmo que previsto em lei. Pelo prisma dos profissionais de saúde, a humanização do parto traz também a vantagem de contar com uma parturição mais colaborativa por parte da mulher, portanto, mais tranquilo para o profissional, e que estes são os tipos de parto que menos uso fazem de intervenção cirúrgica e medicamentosa²⁰.

Vale ressaltar que, no Brasil, a consolidação da profissão de enfermeiro, enfermeiras obstétricas e demais profissionais da classe, ocorreu com a Lei no 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. O artigo 6º assegura que Enfermeiro é o titular do diploma de Enfermeiro, conferido por instituição de ensino, nos termos da lei (inciso I); obstetrix ou enfermeira obstétrica é o titular do diploma ou certificado de Obstetra ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei (inciso II)⁸.

Dentre as atividades de enfermagem, descritas no Art. 11 das competências do profissional enfermeiro, cabem aos profissionais referidos no inciso II, a incumbência de assistir à parturiente e ao parto normal; identificar distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico; realizar episiotomia e episiorrafia e aplicar anestesia local, quando necessário²³.

É inegável o papel do profissional que assiste as gestantes durante o trabalho de parto. Além do conhecimento sobre técnicas de parto, este deve ser capacitado a reconhecer que cada mulher é portadora de uma cultura própria, que muitas vezes atribui significados diferentes à vivência do parto. Respeitar esta condição, orientá-la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, ajudá-la, enfim, a fazer desta experiência um marco em sua trajetória pessoal, são os atributos desejáveis num profissional⁹.

Com o ingresso de recursos tecnológicos, notamos que o compromisso do profissional e o relacionamento com a mulher na assistência ao parto foram perdendo-se ao longo dos anos. A enfermeira obstétrica surge como profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, sendo valorizada pelas mulheres. Esta presença constante oferece segurança, além de ser fundamental na detecção precoce de intercorrências que possam surgir¹⁰.

No decorrer da realização desse estudo foi possível perceber, na literatura científica, que o parto normal humanizado tem sido uma prática cada vez mais distante nos serviços de saúde para a grande maioria das mulheres. Partindo desse pressuposto, é possível observar a importância de abordar o tema, pois o mesmo possibilitará, enquanto discente do curso de pós-graduação em enfermagem, mudança de atitude e oportunidades de conhecer a assistência de enfermagem prestada às mulheres em trabalho de parto, surgindo, a partir daí, a seguinte questão norteadora: Qual a importância da enfermagem no parto humanizado?

Diante do exposto, neste estudo objetiva-se identificar na literatura a importância da enfermagem no parto natural humanizado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, definida como estudo de coleta de dados, realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico¹¹.

Foram utilizados os descritores específicos do tema proposto: Humanização. Parto Normal. Enfermagem Obstétrica, que foram cruzados entre si pelo termo “AND” na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os critérios de inclusão adotados foram artigos publicados em português, entre os anos de 2008 e 2014; disponíveis na íntegra na base de dados online; e que estiveram relacionados ao tema.

A pesquisa tem o intuito de melhorar a compreensão do parto humanizado, voltada para assistência prestada pelos enfermeiros, com bases em material já existente em artigos científicos, um estudo integrativo determinado o assunto enfoque e abordados, podendo chegar a conclusões inovadoras em aspectos de humanização e assistência de qualidade¹¹.

Para desenvolvimento da pesquisa, foram utilizadas algumas etapas, das quais podemos citar: 1ª etapa - elaboração da pergunta norteadora: A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determinam quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado; 2ª etapa - busca ou amostragem na literatura: Intrinsecamente relacionada à fase anterior, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não publicado e 3ª etapa-coleta de dados: Para extrair os dados dos artigos selecionados, fez-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado (apêndice A), capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro, onde procuramos sistematizar as informações de identificações contidas nos artigos para sistematiza-los visando o alcance dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cruzamento resultou em 101 artigos, aos quais foram analisados e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando em 11 artigos, que foram utilizados para compor a amostra, conforme explanado no quadro abaixo.

Quadro 1 - Identificação da Amostra da Pesquisa.

ANO	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	OBJETIVO
2008	Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem.	SESCATO, Andréia Cristina; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; WALL, Marilene Loewen.	Cogitareenferm;	Verificar se os cuidados não-farmacológicos de alívio da dor são orientados pela equipe de enfermagem à parturiente e identificar quais as técnicas de cuidados não farmacológicos de alívio da dor são propostos à parturiente pela equipe de enfermagem.
2009	A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades	PROGIANTI, Jane Márcia; MOUTA, Ricardo José Oliveira.	Rev. Enferm. UERJ;	Analisar as estratégias utilizadas para implantar o modelo humanizado na Maternidade Municipal Leila Diniz, localizada no Rio de Janeiro.
2009	Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem.	SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria.	Esc. Anna Nery Rev. Enferm;.	Descrever a concepção das profissionais de enfermagem sobre a participação das doulas na assistência à mulher no trabalho de parto.
2010	Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto?	BESSA, Lucinide Frota; MARMEDI, Marli Villela.	Rev. Baiana Enfer.	Analisar as relações que a mulher estabelece entre a sua experiência no processo parturitivo e o processo educativo
2011	Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde	BUSANELLO Josefineetal	Rev. Enferm. UERJ;	Objetivou-se analisar diferenças e semelhanças na concepção do que seja uma assistência ideal às adolescente em um centro obstétrico de acordo com a categoria funcional dos

				trabalhadores de um hospital universitário do Sul do Brasil.
2011	Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico	BUSANELLO Josefine et al.	Rev. Bras Enferm;	Analisar as práticas desenvolvidas na assistência à adolescente, a partir do relato dos trabalhadores de um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário, com base na proposta de humanização do parto do Ministério da Saúde.
2014	Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica	GOMES, Maysa Ludovice; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos.	Rev. Enferm. UERJ;	Analisar as tendências na produção científica sobre atenção ao parto, no Brasil, na perspectiva da humanização, no período de 2001-2010.
2014	Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)	PROGIANTI, Jane Márcia; PORFÍRIO, Aline Bastos.	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	Analisar o processo de inserção das enfermeiras na assistência ao parto e as lutas dessas profissionais para implantar as práticas obstétricas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming
2013	Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização	SOUZA, Camila Maria de et al.	Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)	Conhecer os dispositivos que possibilitam a humanização do cuidado no cotidiano da equipe de enfermagem durante o processo de parturição.
2013	O discurso e a prática do parto	SILVA, Renata Cunha da et. al	Revista Texto & contexto	Conhecer as práticas de atenção

	humanizado de adolescentes		Enferm;	ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado à parturiente adolescente.
--	----------------------------	--	---------	---

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos da amostra periódicos.

PERÍÓDICO	Cogitare enferm.	Rev. Enf UERJ	Rev. Esc. Anna Nery	Rev. Baiana de Enf.	Rev. enferm UFSM	Rev. Bras de Enf.	Revista pesquisa e cuidado é fundamental	Rev. Texto e contexto
NÚMERO DE ARTIGOS	01	03	02	01	01	01	01	01

FONTE: Dados da Pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

A partir da consolidação dos artigos selecionados, observaram-se categorias temáticas distintas: Cuidados não farmacológicos, Preparação Profissional e Acompanhamento as gestantes.

Em relação aos *cuidados não farmacológicos* foi visto que devem ser explorados no alívio da dor, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Sendo assim, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na realização desses cuidados, proporcionando-o à parturiente, tornando o parto humanizado, dando à mulher a oportunidade de ter uma boa vivência deste momento especial, que é a chegada do filho. Este alívio conforta a paciente de modo que a assistência humanizada estará sendo posta em prática²².

Para que medidas como estas sejam implementadas, requer que os profissionais tenham e adotem atitudes éticas e solidárias destes profissionais, bem como produção de vínculo, apoio, confiança e tranquilidade, atenção acolhedora com privacidade, mais autonomia, privilegiando condutas que rompam com a infantilização e despersonalização, muitas vezes, impostas às mulheres, especialmente, no processo parir/nascer²⁴.

As práticas menos intervencionistas nas ações políticas dirigidas para o campo obstétrico brasileiro, no sentido de incentivar o parto normal, promovem a caracterização de uma tendência humanizada. Tais ações podem ser consideradas contrárias ao modelo medicalizado de assistência ao parto, já consolidado em nossa sociedade desde meados do século XX. Assim, os cuidados não farmacológicos sendo o apoio dado à paciente na hora do trabalho de parto é a melhor maneira de promover saúde¹².

Quanto à *preparação profissional*, os estudos vêm mostrando que, para que haja uma assistência humanizada, os profissionais necessitam ser capacitados e preparados para desenvolver tais cuidados. Estratégias devem ser desenvolvidas, interagindo os profissionais de enfermagem tais como a realização de oficinas de sensibilização para os profissionais e a nomeação de uma enfermeira obstétrica para assessorar tecnicamente a implantação das práticas obstétricas humanizadas.

Esse tipo de estratégia buscava evidenciar barreiras nos bloqueios, medos, sentimentos, crenças internas e valores sociais das pessoas envolvidas. A sensibilização, focalizando o trabalho nas subjetividades do grupo, tinha o propósito de despertar estes valores na equipe que atuam em maternidades¹³.

A educação representa uma busca constante e caracteriza-se como um processo permanente, no qual o homem é sujeito de sua própria educação, com capacidade de dinamizar o processo de mudança social. Entende-se que a educação para o parto constitui-se numa possibilidade de troca de experiências e saberes e fortalecimento das relações interpessoais entre gestante/família/profissionais de saúde. Acredita-se que as ações educativas favorecem o compromisso com a qualidade de vida. Para tal, faz-se necessário que o enfermeiro seja apto para estar assistindo com garantia de serviço satisfatório, e a busca pela capacitação deve ser contínua¹⁰.

Isto implica um leque de conhecimentos e especificidades com o propósito de uma atenção humanizada, o que requer investimentos em todas as áreas do ensino para elaborar e sistematizar práticas de forma integrada. O campo do ensino e pesquisa representa o espaço estratégico para esta confluência de interesses¹⁵.

No que diz respeito ao *acompanhamento das gestantes*, uma das ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e para redução da mortalidade materna e perinatal foi a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). As ações preconizadas, quando devidamente implementadas, promovem a prestação de cuidados mais humanizados. Outra medida nessa direção foi a aprovação da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, obrigando aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a aceitarem a presença de um acompanhante, junto à mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As vantagens da presença de um acompanhante junto com a mulher no trabalho de parto apontam claramente os benefícios¹⁷.

Assim, com base na proposta de humanização, o desenvolvimento dessas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Entretanto, na realidade de muitos serviços de saúde, muitas dessas recomendações ainda não foram introduzidas, ou encontram resistências para sua efetivação nos Centros Obstétricos (COs), sendo assim, deve-se ter a consciência de que este recurso faz parte de uma atenção humanizada e que, com isto, a paciente sente-se mais segura e confortável no trabalho de parto¹⁶.

A qualidade da assistência ao parto depende de componentes estruturais e funcionais do Centro Obstétrico (CO). Nesse sentido, o conceito de assistência ideal envolve a adequação dos recursos físicos, materiais e humanos, suficientes para transformar o CO em um espaço mais acolhedor e favorável à implementação das ações, que são preconizadas pela política de humanização, entre as quais, permitir a presença de acompanhantes favorece uma assistência mais humanizada¹⁸.

No entanto, evidenciou-se que práticas humanizadas favorecem o trabalho de parto, conseqüentemente, diminuindo as possíveis intercorrências as quais podem prejudicar este processo. Uma destas formas de fazer humanização se dá em acompanhar a mulher nesta trajetória, acompanhá-la durante sua transição em centro obstétrico é um dos papéis primordiais para a enfermagem²³.

Uma atuação profissional que respeite os aspectos da fisiologia do trabalho de parto/parto, a autonomia da mulher durante todo o processo e a escolha do seu

acompanhante de preferência, que não intervenha desnecessariamente e que informe sobre todos os procedimentos que serão realizados, é a melhor estratégia a ser adotada, e o profissional deve estar apto para interagir com esses cuidados¹⁹.

Portanto, diante do que os estudos apontam, há uma necessidade do acompanhamento para a mulher que se encontra em trabalho de parto, independente de como seja o tipo. Este acompanhamento pode ser feito através do próprio profissional ou até mesmo com o auxílio de acompanhantes, garantindo assim a atenção humanizada, que é fundamental neste processo, tanto para a manutenção da saúde materna quanto neonatal¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do presente estudo de literatura analisado, observamos que a assistência dos profissionais de enfermagem e sua percepção em relação à humanização do parto têm melhorado, mais precisando ainda de profissionais qualificados, comprometidos, que olhem a gestante com respeito, mostrando para elas, que as mesmas são protagonistas de suas vidas.

Foram avaliados os artigos publicados entre os anos de 2008 e 2014. Os estudos mostraram informações relevantes a cerca da temática, de modo que foram elencadas 03 (três) categorias distintas: Cuidados não farmacológicos, Preparação Profissional, e Acompanhamento as gestantes. Desta forma, entendeu-se que as publicações giraram em torno de uma diminuição da permanência e ou aumento do numero de procedimentos invasivos, mostrando o respeito à individualidade da gestante e resgatada a naturalidade do parto.

Deste modo, pode-se ressaltar que a enfermagem vem abordando, em seus estudos, as informações necessárias acerca da humanização no parto, de modo que, em suma, as publicações constituíram uma amostra pequena, tendo em vista que se trata de adoção de estratégias, que visa melhorias no tipo de assistência.

Os cuidados de enfermagem no parto humanizado apresentados convergiram para a presença do acompanhante e o envolvimento da família no processo de parturição, respeitar a privacidade da mulher, realizar procedimentos seguros e evitar práticas intervencionistas desnecessárias, favorecendo o transcurso natural do parto, além de orientar e informar a mulher, visando a sua autonomia em relação às condutas e procedimentos.

Neste estudo, foi possível averiguar que diversas práticas consideradas úteis ao parto humanizado, como o direito a ter um acompanhante, orientar sobre o parto, orientar sobre as formas de relaxamento para alívio da dor, uma boa relação da equipe com a parturiente e seus familiares, receber medidas de higiene e conforto, e o bebê mamar na primeira hora de vida, estavam sendo desenvolvidas para que a saúde atinja a necessária visão humanizada.

THE IMPORTANCE OF NURSING IN NATURAL CHILDBIRTH HUMANIZED: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

The humanization of birth is one of the different actions that make up the National Humanization Policy (NHP), developed by WHO, whose premise is the humanized service to users of the Unified Health System by reducing the rates of cesarean sections and maternal mortality, and ensuring greater participation of the mother in

decisions about your health, thus assuring the maximum well-being of the woman and baby among others. The essence of the humanization policy is the host, which implies a human reception and attentional to complaints, worries, anxieties and doubts of women, who are heard, guaranteeing them a team responsibility in solving the problems and continuity of care, when there is need for this. The purpose of this research was to identify in the literature the importance of nursing in the humanized natural birth. The discussion method was the type of integrative literature review, the survey was conducted between October and November 2014. We consulted scientific articles in online databases of the VHL. The research made it possible to see that nursing itself in turn is the professional category that it's able to take care of pregnant women providing holistic care throughout its entirety strengthening thus ties, the teaching and emotional structure to women who go through natural childbirth process. Therefore, emphasizes the importance of professional preparation for this current practice, with regard in which it is inserted so that nursing provides humanized care that is grounded in the resulting needs of the women and her family, which fits into the process parturition.

Key-words: Humanization. Normal Delivery. Obstetrics.

REFERÊNCIAS

1. Araújo S.M. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências. 2013; 3: 2.
2. Caminha MF, Malaquias, BF, Serva BV, Arruda GKI, Figueiroa JN, Lira CIP. Assistência ao parto normal no Estado de Pernambuco: aspectos geográficos, socioeconômicos e profissionais, com ênfase no papel da enfermeira. Revista de Epidemiologia Serviço de Saúde. 2008; 17: 3.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
4. Padilha JF et al. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. Revista da saúde. 2013; 39: 2.
5. Frello AT, Carraro TE, Bernardi, MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. Revista Baiana de Enfermagem. 2012; 25: 2. 8
6. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves GB, Rodrigues FE, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Revista Escola de Enfermagem USP. 2012; 46: 1.
7. Costa AP, Bustorff LAC, Cunha RRA, Soares SCM, Araújo SV. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. Revista de Enfermagem Rene. 2011; 12: 3.
8. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011; 64: 1.

9. Sacramento MTP. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2008; 3: 6.
10. Santos RB, Silva RK. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 65: 1.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein*. 2010; 8:10.
12. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes FOB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Revista Femínea da saúde*. 2010; 5: 3.
13. Duarte SJH, Borges AP, Arruda GL. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2011; 7: 3.
14. Riul SS et al. Prática dos autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 2013; 2: 1
15. Rocha CR, Fonseca LC. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. *Revista de Pesquisa cuidado é fundamental*. 2012; 2: 2.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante*. 2ª ed. Brasília (DF); 2008.
17. Dott, LMG, Mamede MV. Atenção qualificada ao parto: a equipe de enfermagem em Rio Branco, Acre, Brasil. *Revista de Enfermagem USP*. 2008; 42: 2.
18. Pereira ALF et al. Percepção das puérperas sobre o parto normal em uma maternidade do Rio de Janeiro. *Revista Escola Anna Nery*. 2013; 17: 1.
19. Pinheiro BC, Bittar CML. Características assistenciais dos partos normais atendidos pelas enfermeiras obstétricas. *Revista de Psicologia*. 2013; 25: 3.
20. Prata KS et al. Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2013; 25: 3.
21. Velho MB, Oliveira ME; Santos EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista brasileira de enfermagem*. 2010;63: 4.
22. Winck DR, Brüggemann OM, Monticelli MA. Responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. *Revista Esc Anna Nery*. 2012; 16: 2.
23. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011; 64: 1.

24. Figueiredo PAL, Nicácio M. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do rio de janeiro. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2013; 17: 1.

25. JamasMT, Hoga LAK, Reberte LM. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. Cad. Saúde Pública. 2013; 29: 12.

Recebido em: 05.06.15
Aceito em: 21.03.16

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONHECIMENTO SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS EM PUÉRPERAS

Eraldo da Costa Tolentino¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Cláudia Germana Virgínio de Souto³

RESUMO

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o conhecimento dos sinais e sintomas da doença depressão pós-parto. O objetivo é discutir sobre os sinais e sintomas da depressão pós-parto em puérperas e permitir a visibilidade deste assunto para as mães puérperas, profissionais da área, bem como para a sociedade em geral. A coleta dos dados se baseou em análise de 19 artigos científicos na área da psicologia, enfermagem e medicina. Para a aquisição dos artigos foram utilizadas plataformas de pesquisas como a Scielo e Capes, as quais são referências para a realização de pesquisas. Os artigos foram agrupados conforme o foco central do presente estudo, dessa forma, foram divididos em Definição da depressão, Depressão pós-parto, sinais e sintomas da Depressão pós-parto, diagnóstico e tratamento da Depressão pós-parto. Os resultados obtidos a partir da revisão bibliográfica sobre os sinais e sintomas da depressão pós-parto, mostrou que a mesma é uma doença atual que acomete boa parte das puérperas, e que os sinais e sintomas nem sempre é percebida. As manifestações iniciais da depressão pós-parto ocorrem nas primeiras quatro semanas após a realização do parto, tendo uma alta intensidade dos sintomas nos seis primeiros meses, e os fatores sociais e mentais contribuem para esta ocorrência. Dessa forma, os profissionais da área de saúde, no geral, possuem um papel importante na detecção dos sinais e sintomas da depressão pós-parto precocemente, com o intuito de impedir o sofrimento das mães e maiores consequências para o bebê.

Palavras-chave: Depressão. Enfermagem. Obstetrícia. Parto. Gestação.

¹ Enfermeiro e Acadêmico do curso de Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica e Neonatologia da Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança da unidade João Pessoa – PB. E-mail: ec-tolentino@bol.com.br.

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Saúde da Família e enfermeira assistencial do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho. E-mail: dannyaurilia@hotmail.com.

³ Enfermeira. Coordenadora de Estágios da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O período da gestação desencadeia na imaginação da gestante uma série de momentos belos que viverá junto ao seu bebê, porém, a realidade não segue necessariamente para tais momentos. A gestação é um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, podendo também ser um período em que se observa um aumento de sintomatologia ou de desenvolvimento após o nascimento do bebê.

As alterações citadas anteriormente acontecem de maneira aceleradas e em todos os âmbitos do ambiente familiar e propriamente na mulher. Nesse período, ela poderá ter diversas sensações, entre as quais estão a sensação de mutilação do seu corpo, em resposta ao processo gravídico. Dessa forma, a partir do nascimento do bebê, desencadeará na puérpera um sentimento de vazio, de solidão, em que as atenções não estarão voltadas para ela e sim para o bebê. Conseqüentemente, esses momentos vividos pela mulher podem desenvolver certos transtornos depressivos².

As condições de vida da mulher durante a gestação e pós-parto exercem um papel fundamental no desenvolvimento de um transtorno depressivo, sobretudo, os fatos indesejáveis, além de fatores sociais. A etiologia da depressão não se determina apenas por fatores isolados, mas, sim, por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos³.

A depressão surgiu desde a antiguidade, onde sentimentos negativos se tornavam tão fortes e constantes que incapacitavam o indivíduo para atividades cotidianas. Hipócrates, um médico grego considerado atualmente o “pai da medicina”, usava o termo “melancolia” para esse distúrbio, isso a cerca de 400 a.C.⁴

Etimologicamente, a expressão depressão deriva da palavra melancolia que vem do grego *melano chole*, significando bÍlis negra. O termo depressão foi inicialmente utilizado no idioma inglês para descrever o desânimo, a falta de entusiasmo e predisposição para a realização de atividades em geral por algumas pessoas em 1660, e entrou para o uso comum em meados do século XIX.⁵

Atualmente, a depressão é definida como uma doença de caráter psiquiátrico, crônica e recorrente, que desencadeia alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como, a distúrbios do sono e do apetite. A depressão tem duração de meses ou anos, podendo vir a atingir pessoas de ambos os sexos, em todas as faixas etárias, sendo que o risco de o homem sofrer a doença é de 11% e da mulher pode chegar a 18%⁴⁻⁶.

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão se situa em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças, sendo que os números dessa doença só tendem a aumentar. Dessa forma, se ocorrer a persistência da incidência da depressão até 2020, ela estará em segundo lugar. Em todo o mundo, somente a doença isquêmica cardíaca a suplantará⁷.

As mulheres gestantes têm uma predisposição para o desenvolvimento da depressão, inclusive no período pós-parto devido ao nascimento de um bebê, evidenciando perturbações emocionais ou disfunção cognitiva, sendo necessários estudos mais aprofundados sobre o assunto, enfatizando a experiência materna para conhecer o senso comum da vivência da mãe mediada pelo adoecimento psíquico⁸.

A depressão pós-parto (DPP) é considerada como uma patologia proveniente de fatores relacionados ao sofrimento biopsicossocial, muitas vezes, não podendo

ser controlada, atuando de forma implacável ao seu surgimento. A menoridade da mãe, ser solteira ou divorciada, condições socioeconômicas, eventos estressantes nos últimos 12 meses, história de transtorno psiquiátrico prévio e gravidez indesejada, são as principais vulnerabilidades que culmina para tal doença⁹.

A DPP tem se configurado como sério problema de saúde materna, pois provoca diversas alterações emocionais e comportamentais na mãe depressiva, e pode atingir de 10 a 15% de mulheres, após o nascimento do filho, exigindo tratamento adequado.

A manifestação da depressão pós-parto torna-se propícia pela inter-relação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos. Estudos indicam que problemas relacionados a esse tipo de depressão vão além do adoecimento da própria mãe, afetando diretamente o bebê¹⁰.

A DPP ocorre em todo o mundo, conforme a região e o instrumento de mensuração; sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para 1.000 mães¹¹.

No Brasil, a última publicação, de base populacional sobre o tema, realizada em Pelotas-RS, com 410 mulheres, divulgada em 2006, destacou uma prevalência de 19,1%. Outra publicação anterior, desenvolvida em São Paulo-SP, em 2005, identificou uma prevalência de 37,1% em uma amostra de 70 puérperas¹².

De modo geral, a DPP apresenta o mesmo quadro clínico característico da depressão em outros momentos da vida feminina, acrescido de particularidades relativas à maternidade em si e ao desempenho do papel de mãe. Sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele são frequentes e podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe-bebê.

O afastamento ou separação da criança pela necessidade de ser cuidada por outra pessoa pode dificultar ainda mais o estabelecimento de vínculos afetivos e fortalecer a sensação de inadequação materna¹³.

O período inicial da DPP geralmente fica entre a quarta e oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano¹⁴.

Estudos recentes sobre saúde mental, relacionados ao parto, levaram a uma mudança no conceito específico da DPP, por considerá-la um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período perinatal. Esta mudança está associada ao crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce nesse período¹⁵.

Os sintomas de DPP incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas.

Uma mãe com depressão pós-parto pode apresentar também sintomas como cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente¹⁶.

Em linhas gerais, a sintomatologia depressiva não difere daquele presente nos episódios não relacionados com o parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante¹⁷.

A DPP não é difícil de ser diagnosticada, porém, muitas vezes, não é detectada pela equipe de enfermagem ou pelo obstetra em um primeiro momento, por conta dos sintomas iniciais poderem ser confundidos com o período de

ajustamento emocional pós-parto da puérpera denominada tristeza pós-parto. No entanto, um bom vínculo entre o profissional e a puérpera tende a favorecer ao diagnóstico precoce¹⁸.

O tratamento da depressão pós-parto geralmente é estabelecido conforme a gravidade do quadro depressivo apresentado. Esse tratamento é baseado no mesmo instituído para a depressão que não está relacionada com o pós-parto, podendo ser utilizada a psicoterapia e/ou a farmacoterapia e, em caso de suicídio ou infanticídio, a eletroconvulsoterapia¹⁹.

Com base em toda problemática envolvendo a depressão pós-parto, bem como a escassez de informação acerca do tema, o presente estudo tem como objetivo, discutir sobre os sinais e sintomas da DPP em puérperas e permitir a visibilidade deste assunto para com profissionais da área, bem como para a sociedade em geral.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma descrição com abordagem qualitativa, realizado através de um levantamento bibliográfico em diferentes plataformas de pesquisas como CAPES e SCIELO, temas relacionados sobre os sinais e sintomas da depressão pós-parto em puérperas, de modo a permitir a visibilidade aos profissionais da saúde, psicólogos e sociedade em geral para o sofrimento psíquico que alcança as mulheres durante sua fase reprodutiva.

O período do levantamento bibliográfico ocorreu no segundo semestre de 2014 (Agosto) até o início do primeiro semestre de 2015 (Janeiro), e foi montado um acervo bibliográfico com apenas artigos científicos.

Inicialmente, os artigos adquiridos foram analisados e conforme o foco central da pesquisa foi dividido em: Definição sobre a depressão, DPP, sinais e sintomas da DPP, diagnóstico e tratamento da DPP. Após essa divisão, foi possível realizar a construção do tema central deste estudo.

Os artigos-base utilizados correspondem aos anos de 1999 a 2013, de diferentes revistas e autorias, nas áreas de enfermagem, psicologia e medicina e apenas aqueles mais relevantes foram analisados. Após isso, a análise detalhada dos artigos se baseou primeiramente nos aspectos sobre a definição do que seria a depressão em si. Em seguida, foram analisados os artigos com foco na DPP, principalmente sobre os tópicos que discutiam a respeito dos sinais e sintomas da DPP, assim como o diagnóstico e tratamento.

Dessa forma, foi possível construir um referencial teórico acerca dos sinais e sintomas da DPP em puérperas, e a partir deste, discutir sobre esse tema que atualmente se apresenta em grande evidência, tanto em escala nacional quanto internacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da revisão bibliográfica, a qual buscou discutir acerca da depressão pós-parto, foi possível observar que a DPP acomete uma grande quantidade de puérperas, e a sintomatologia nem sempre é percebida pelas mesmas.

Através das literaturas consultadas, foi possível definir a DPP como uma doença emergente que afeta a saúde da mulher, o que repercute em sua relação social com toda a família, e em especial com o seu bebê.

Às vezes, a detecção da DPP torna-se difícil, pelos sintomas serem facilmente confundidos com as de uma tristeza pós-parto. Quando detectado a DPP em puérperas, é recomendável a realização de intervenção e acompanhamento por especialista e, em alguns casos, é imprescindível o uso de drogas para o tratamento.

As manifestações iniciais da DPP ocorrem nas primeiras quatro semanas após a realização do parto, tendo uma alta intensidade dos sintomas nos seis primeiros meses. Alguns autores citam os sintomas mais comuns, que são o desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas.

Alguns fatores como o menor nível de escolaridade e o baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados à DPP. Já os fatores psicossociais que mais apresentam associação a DPP, aparecem o baixo suporte social vivida pelas mães, passado com doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa autoestima, ansiedade pré-natal, estresse na vida, gravidez não planejada. Tais fatores citados acima aparecem como os principais sinais para o desenvolvimento de uma DPP. Além de que alguns autores relatam a relação da DPP com fatores genéticos.

A alta prevalência de DPP nos dias atuais (10 a 15% em puérperas) reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial aquelas que possuem baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP.

O conhecimento prévio, sobre os aspectos que levam as mães a apresentarem diversos transtornos psicoafetivos após o nascimento do bebê, representa a possibilidade da realização de uma intervenção multidisciplinar mais efetiva e com resultados bem sucedidos a curto prazo.

Com isso, espera-se que os distúrbios psicológicos detectados no ambiente da maternidade sejam referenciados e seja criada uma escala de autoavaliação pelos profissionais da saúde mental, para a repetição de um modelo médico de atendimento psicoterápico individual, para com aquelas puérperas que venham a desenvolver a DPP, além de que algumas mães adquirem a doença e não têm à disposição os serviços de saúde adequados de tratamento, principalmente aquelas que vivem distantes dos centros urbanos.

Dessa forma, é importante a atuação preventiva de equipes da saúde capacitadas na área da psicologia, para que possa proporcionar apoio às mães, principalmente a enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mais do que isso, o conhecimento e atendimento precoce à mãe, que venha a apresentar alguma tristeza que o faça ficar deprimida, representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões ruins para o seu desenvolvimento posterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos com o levantamento bibliográfico, pode-se inferir que o desenvolvimento da DPP por puérperas proporciona uma série de sintomas nas mesmas, e que os sinais apresentados podem advir de fatores sociais e mentais. Uma vez desenvolvendo a DPP, a puérpera apresentará sintomas que

mudarão a sua relação com a família, bem como a relação com o bebê, que, como consequência, irá afetar diretamente no desenvolvimento do mesmo.

Existe uma dificuldade para a detecção dos sintomas da DPP, principalmente pela falta de capacitação dos profissionais da saúde, bem como a falta de vínculo dos mesmos com a puérpera. A utilização de uma escala de autoavaliação, embora ainda seja pouco estudada, surge com uma alternativa que pode contribuir para a detecção e o diagnóstico precoce da DPP, além de possibilitar que as puérperas mais receosas possam transcrever os seus sentimentos.

E os profissionais da área da Enfermagem são um importante aliado na contribuição para a prevenção, orientação, e detecção precoce da DPP, podendo refletir sobre a qualidade do atendimento prestado às mães no período gravídico e também no pós-parto.

Contudo, é necessário ressaltar a importância dos profissionais da área de saúde no geral, sobre o papel em desempenhar na detecção dos sinais e sintomas da DPP precocemente, com o intuito de impedir o sofrimento das mães e maiores consequências para o bebê.

POSTPARTUM DEPRESSION: KNOWLEDGE ABOUT THE SIGNS AND SYMPTOMS IN MOTHERS

ABSTRACT

The study deals with a literature review on the knowledge of signs and symptoms of postpartum depression disease. The aim of discussing about the signs and symptoms of postpartum depression in mothers and allow the visibility of this issue for postnatal mothers, professionals, and to society in general. Data collection is based on analysis of 19 scientific articles in psychology, nursing and medicine. For the acquisition of research articles platforms were used as the Scielo and Capes, which are references to the conduct of research. The articles were grouped as the central focus of this study thus were divided into: Definition of depression, postpartum depression, signs and symptoms of postpartum depression, diagnosis and treatment of postpartum depression. The results from the literature review about the signs and symptoms of postpartum depression, showed that it is a current disease that affects much of the mothers, and the signs and symptoms are rarely noticed. The initial signs of postpartum depression occur within the first four weeks after the completion of the delivery, with a high intensity of symptoms in the first six months, and the social and mental factors contributing to this occurrence. Thus professionals in the health area in general, have an important role in the detection of signs and symptoms of postpartum depression early, in order to prevent the suffering of mothers and greater consequences for the baby.

Key-words: Depression. Nursing. Obstetric. Delivery. Pregnancy.

REFERÊNCIAS

1. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic Ver Psicol Vetor Ed* 2006;7(1):39-48.
2. Silva ET, Bottin NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Enferm* 2005;7(2):231-8.

3. Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm* 2010;23(3):411-6.
4. Gonçalves CAV, Machado AL. Vivendo com a depressão: história de vida de mulheres. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*. 2008;42(3):461-6.
5. Solomon A. *O demônio do meio-dia*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.
6. Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nobrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*. ago., 2005;39(4):612-8.
7. Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*: Geneva (CH): MS; 2001.
8. Lara MA, Navarro C, Acevedo M, Berezon S, Mondragon L, Rubi NA. A intervenção psicoeducativo para mulheres com depressão: uma análise qualitativa do processo. *Rev. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004;20(3):818-28.
9. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Baguittoni E, Rennó JJ. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiqu. Clín, São Paulo*. 2006;33(2):92-102.
10. Francielle CF, Jane TDC. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Panorâmica On-Line. Barra do Garças-MT*. jul. 2013;14:15-34.
11. Leung S, Arthur DG, Martinson I. Stress in women with postpartum depression: a phenomenological study. *J Adv Nurs*. 2005;51(4):353-60.
12. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.
13. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(3):251-5.
14. Cooper P, Murraym L. The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*. 1995;166:191-5.
15. Austin MP. Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archive of Woman Mental Health*. 2004;7(1):1-6.
16. Klaus MH, Kennel JH, Klaus P. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para independência*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

17. APA - American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association; 2000.

18. Barros SMO, Marin HF, Abrao ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: ROCA; 2002.

19. Lopez JRRA, Pedalini R. Depressão pós-parto: revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica. Inf Psiquiatr 1999;18(4):115-8.

Recebido em: 11.08.15 Aceito em: 21.03.16
--

REPERCUSSÃO DO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS DURANTE A GESTAÇÃO

Cintya Millena de Oliveira Rodrigues¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Cláudia Germana Virgínio de Souto³
Nereide de Andrade Virgínio⁴

RESUMO

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública, doença crônica que pode levar ao óbito ou trazer uma série de consequências à saúde da mulher, porém, a sobrevida aumenta quando o diagnóstico é feito precocemente. Entre os diversos tipos de cânceres, observa-se que o mais presente durante a gravidez é o câncer de colo do útero seguido do câncer de mama. O tratamento vai depender da idade gestacional, do tipo e do estadiamento da doença, preconizando e garantindo a atenção ao binômio mãe-filho, levando em consideração o risco benefício, garantindo uma maior sobrevida. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a partir da qual as buscas foram realizadas em sites eletrônicos, destacando-se: SCIELO, INCA, LILACS, além dos manuais de Pré-Natal do Ministério da Saúde. Os artigos nacionais pesquisados foram publicados no período de 2008 a 2014. Foram analisados 13 artigos, sendo escolhidos apenas 05 e descartados 08, uma vez que estavam incompletos e desatualizados, também foram utilizados 02 manuais do Ministério da Saúde (Pré-natal de baixo e Pré-natal de alto risco). A realização deste estudo permitiu a constatação de que há escassez de dados científicos disponíveis na literatura acerca do câncer diagnosticado no período gestacional, o que se confirma pela quantidade de artigos encontrados durante a pesquisa. A questão norteadora foi a caracterização das publicações científicas acerca do tratamento\repercussões do câncer no período gestacional

Palavras-Chave: Câncer de mama. Câncer do colo do útero. Gestação. Tratamento.

¹ Discente do curso de especialização em enfermagem obstétrica e neonatologia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE. E-mail: cintya.rodrigues@hotmail.com.

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Saúde da Família e enfermeira assistencial do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho. E-mail: dannyaurilia@hotmail.com

³ Enfermeira. Coordenadora de Estágios da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora Geral do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica degenerativa com evolução progressiva se não sofrer interferência. A incidência varia de país para país e de região para região. As associações entre o surgimento do câncer e os fatores causais apontam para a forte relação com estilo de vida, em especial considerando-se o fumo, o álcool, hábitos alimentares e exposição à luz solar¹.

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres; respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados².

Vários são os fatores de risco relacionados ao aparecimento do câncer, a idade é o principal fator de risco para o câncer de mama, e o número de casos aumenta de forma acelerada após os 50 anos. Sua ocorrência está relacionada ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento nas mulheres com elevado nível socioeconômico³. O controle do câncer depende essencialmente de ações nas áreas de promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença¹.

O câncer de mama pode ser detectado precocemente e as estratégias para a sua detecção são fundamentalmente três: autoexame realizado mensalmente; exame clínico anual das mamas, realizado por médicos e enfermeiros, em todas as mulheres, especialmente naquelas com 40 anos ou mais de idade; exame mamográfico que toda mulher com idade, preferencialmente, entre 50 e 69 anos deveria se submeter anualmente⁴.

Entre os cânceres ginecológicos, o câncer do colo do útero é o que mais frequentemente se associa a gestação⁵. É a neoplasia mais diagnosticada durante a gestação e sua prevenção com o exame de Papanicolau é componente essencial do pré-natal. Os programas de rastreamento reduziram em 80% os índices de câncer do colo uterino nos países desenvolvidos⁶.

O período gestacional é uma grande oportunidade para se diagnosticar um câncer, com isso, a atenção direcionada às gestantes deve ser minuciosa com um exame clínico detalhado, visando garantir a sobrevivência da gestante e da criança⁷.

O tratamento diante de uma gestante com câncer varia de acordo com a idade gestacional. Quando for diagnosticado no primeiro trimestre, o câncer é tratado sem considerar a gestação; no segundo trimestre, deve-se considerar a individualidade da gestante; e no terceiro trimestre, deve-se a guardar a viabilidade fetal, interromper a gestação por cesariana e tratar o câncer imediatamente⁵.

O questionamento que direcionou esta pesquisa foi: Quais as principais repercussões do câncer diagnosticado no período gestacional? A partir disso, essa pesquisa tem como objetivo descrever, por meio de uma revisão integrativa, os tipos mais comuns de cânceres detectados no período gestacional, assim como, as principais formas e tratamentos do câncer no período gestacional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este tipo de pesquisa é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos os quais abordam a temática em destaque⁸.

Para realização deste estudo foi efetuado um levantamento bibliográfico em sites eletrônicos, destacando-se: SCIELO, INCA, LILACS, além dos manuais de Pré-

Natal do Ministério da Saúde. Os artigos nacionais pesquisados foram publicados no período de 2008 a 2014. Foram analisados 13 artigos, sendo escolhidos apenas 05 e descartados 08, também foram utilizados 02 manuais do Ministério da Saúde (Pré-natal de baixo e Pré-natal de alto risco). Vale salientar que, para localização desses artigos, utilizaram-se os seguintes descritores: câncer de mama, câncer do colo do útero, gestação e tratamento. Com o desenvolvimento do trabalho, foi evidenciada a escassez de textos científicos sobre o assunto.

O exame citopatológico deve ser feito entre as mulheres dos 25 aos 64 anos, a cada três anos, caso a mulher apresente dois exames normais, com intervalo de um ano². O exame citopatológico do colo uterino deve alcançar uma cobertura em torno de 80% da população feminina entre 25 e 49 anos, para ter real efetividade na prevenção do carcinoma cervical⁹.

O diagnóstico de um câncer na gestação constitui um acontecimento traumático para a mulher e família, apontando para o despreparo dos profissionais para enfrentar a situação. A preocupação com o curso da gravidez se mistura ao impacto que a doença causa em termos de incerteza sobre a vida da mãe e do feto¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 05 artigos selecionados, 03 afirmam que o diagnóstico do câncer durante a gestação é um evento raro, e a literatura sobre o assunto abordado é escassa. Nesses artigos também é mencionado que os profissionais estão pouco preparados para lidar com tal situação, fato que se torna claro ao constatar que a grande maioria das gestantes não é diagnosticada durante a gravidez. Diante essa problemática mencionada, vê-se a necessidade de uma capacitação contínua para os profissionais que realizam pré-natal.

Vários são os desafios enfrentados, entre eles, a dificuldade de realizar o diagnóstico nesse período, os cuidados a serem tomados em eventuais casos de abordagem cirúrgica, a decisão e os riscos em preservar a gestação e de prorrogar o tratamento, e ainda o estabelecimento de técnicas e terapias que precisam ser as mais individualizadas possíveis¹⁰.

Foi observado ainda que os enfermeiros são profissionais de suma importância no processo de prevenção e detecção do câncer. O grau de conhecimento dos fatores relacionados ao câncer, assim como, ações preventivas e de diagnósticos precoce, tratamento e reabilitação poderão reduzir perdas de vidas ou mantê-las em melhores condições de sobrevivência. O enfermeiro executa diversas tarefas relacionadas ao câncer entre elas, destacam-se o exame clínico das mamas e o exame citopatológico. O profissional precisa estar sempre atualizado acerca do câncer, visto que ainda continua sendo um dos grandes vilões envolvidos na morte entre as mulheres¹⁰.

Várias são as atribuições do enfermeiro durante o pré-natal, enfatizando o exame clínico das mamas e o citológico, exames estes que devem ser feitos em todas as gestantes. Além dessas atividades, o enfermeiro deve executar ações de educação em saúde deixando a população esclarecida acerca do câncer⁷.

O Ministério da Saúde (MS) enumera os tipos de cânceres mais comuns no período gestacional: a) O câncer de mama não é comum durante o período gestacional, a incidência é de um caso para 3000 partos. O MS ainda afirma que os piores resultados estão relacionados ao atraso no diagnóstico e no tratamento. Outro fator apontado é que as alterações fisiológicas das mamas durante a gravidez

pode mascarar e atrasar o diagnóstico; b) O câncer de colo do útero é o que mais frequentemente se associa à gestação. Diante o exposto, é fundamental que o exame preventivo do câncer cérvico-uterino seja priorizado durante o pré-natal, visto que a gravidez representa uma excelente oportunidade para a prevenção do câncer uterino. A atenção pré-natal pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com o serviço de saúde; c) O câncer de ovário varia de 1:81 a 1:8000 gestações; d) o câncer de vulva representa em média 3 a 5% das neoplasias malignas; e) O câncer endometrial é raro, apenas 29 casos descritos na literatura; f) apenas um câncer tubário⁵.

Uma vez que, entre os cânceres acima mencionados, o câncer de colo de útero é o mais frequente, o profissional não deve perder a oportunidade para realização do rastreamento desse tipo de câncer nas gestantes, dando ênfase à história clínica e familiar, inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico e toque vaginal⁵.

A citologia oncótica sofre influências durante a gestação pelo número superior de células inflamatórias escamosas atípicas, podendo acarretar resultados falso-positivos, com diagnóstico de ASC-H (células escamosas atípicas, não podendo excluir lesão de alto grau)⁶.

Em relação ao câncer de mama, apesar da incidência ser baixa, a atenção direcionada às mamas durante o período gestacional não deve ser esquecida, visto que, quanto mais precoce for feito o diagnóstico, menores são as complicações, e em qualquer alteração detectada, a gestante deverá ser encaminhada a um serviço especializado.

Nos artigos analisados, foi constatado que o tratamento do câncer no período gestacional irá depender de vários fatores, destacando o tipo de câncer, a idade gestacional e o estadiamento da doença. Com isso, cada mulher deve ser avaliada de forma única e pessoal, pois não há como aplicar um protocolo a todos os casos de cânceres durante este período. O comportamento adotado deve preconizar e garantir a atenção ao binômio mãe e filho, levando em consideração o risco benefício, garantindo assim uma maior sobrevivência aos seres envolvidos.

Em relação ao câncer de mama, o MS afirma que o melhor tratamento para as gestantes com câncer de mama é a mastectomia. Entretanto, a cirurgia conservadora é possível se a radioterapia puder ser postergada até o pós-parto, uma vez que a mesma não é segura durante a gestação. Já a quimioterapia deve ser indicada a partir do segundo trimestre até a 35ª semana de gestação. Há risco de abortamento quando a quimioterapia é feita no primeiro trimestre e pode ocasionar parto prematuro e baixo peso do nascituro quando for realizada a partir da 35ª semana⁵.

Quando se fala em câncer uterino, quando for diagnosticada adenocarcinoma *in situ*, a indicação terapêutica é a histerectomia total, que pode ser realizada no parto ou pós-parto⁵.

As lesões de baixo grau, em sua maioria, regridem no período pós-parto com taxas de regressão entre 64 e 80%, sendo que a incidência de progressão para a lesão de alto grau é de 6%. Já a regressão das lesões de alto grau apresenta valores controversos na literatura, há estudos que mostram persistência da lesão em 75 a 100% dos casos⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das publicações analisadas, percebe-se que o diagnóstico do câncer no período gestacional é precário e isso pode acarretar uma série de consequências na vida da gestante, uma vez que, quanto mais precoce for dado o diagnóstico, melhor será o prognóstico.

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem ter uma atenção especial com as gestantes, estando atento para qualquer alteração detectada no período gestacional, contribuindo, assim, no controle da doença, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce dos agravos.

Ressalta-se, ainda, a grande necessidade na atenção qualificada ao câncer desde o diagnóstico até a reabilitação. Algo bastante preocupante que foi constatado durante a pesquisa é que os profissionais ainda estão despreparados para diagnosticar o câncer no período gestacional.

O tratamento do câncer no período gestacional deve ser feito com cautela, avaliando cada caso, com o intuito de garantir uma maior sobrevida aos seres envolvidos.

Apesar da escassez de artigos que abordassem diretamente a temática desenvolvida, a pesquisa foi de grande valia no desenvolvimento profissional, mostrando a necessidade de estudos e empenho ao se tratar de um pré-natal minucioso e de qualidade.

TREATMENT OF NEOPLASMS IMPACT DURING PREGNANCY

ABSTRACT

Cancer is considered a serious public health problem; a chronic disease that can lead to death or bring a series of consequences to women's health, but survival increases when the diagnosis is realized early. By analyzing the Cancer diagnosis during pregnancy, it is observed that is unusual, however, It is not known whether the late diagnosis arises really from the difficulty in establishing it or if the Cancer has originated in the period before pregnancy. The attention of prenatal requires a detailed physical examination emphasizing the clinical breast exam and Pap smear test. Amongst the various types of cancers, it is observed that the most common present during pregnancy is uterus cervical cancer followed by breast cancer. The treatment will depend on the gestational age, the type and stage of the disease, advocating and ensuring attention to mother and child, taking into account the risk-benefit, ensuring greater survival. This study was conducted in electronic sites, among them: SCIELO, INCA, LILACS, besides the prenatal manuals of the Ministry of Health. The Brazilian articles under analysis were published from 2008 to 2014. We have had analyzed 13 articles, being chosen only 05 and 08 discarded because they were incomplete or outdated. Further, it was also used 02 books of the ministry of health of the low and high prenatal risk. This study led to the conclusion that there is limited scientific evidence available in the literature about Cancer diagnosed during pregnancy, which is confirmed by the number of articles found along the research. The main question was the characterization of scientific publications about Cancer treatment \ effects during pregnancy.

Key-words: Breast cancer. Cervical Cancer. Pregnant. Treatment.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho EC, Tonani M, Barbosa JS. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, São Paulo. jul. 2005 [acesso em: 11 out. 2014];4(51):297-303. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/artigo3.pdf.
2. INCA. Rio de Janeiro: Inca, 27 nov. 2013. [acesso em: 11 nov. 2014] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014.
3. INCA. Rio de Janeiro: Inca, 19 maio 2014. [acesso em: 03 dez. 2014] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterino/conceito_magnitude.
4. Brasil. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Brasília: Bvs, 01 nov. 2007. [acesso em: 11 nov. 2014] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/134cancer_mama.html.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Preti VB, et al. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grau durante a gestação: Experiência de um serviço do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro. dez. 2009 [acesso em: 02 nov. 2014];31(12):01-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-7203009001200005>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2007.
9. Gonçalves CV et al. Perdas de oportunidade na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. maio 2014 [acesso em: 02 nov. 2014];5(16):1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500020.
10. Lima AP, et al. Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Mato Grosso. nov. 2009 [acesso em: 02 dez. 2014];4(8):699-706. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9709/5407>.

Recebido em: 24.08.15 Aceito em: 21.03.16
--

CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR ENFERMEIROS NA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Ana Flávia Soares dos Santos França¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Cláudia Germana Virgínio de Souto³
Nereide de Andrade Virgínio⁴

RESUMO

Amamentar é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Este estudo objetivou investigar o conhecimento das gestantes acerca do aleitamento materno em uma comunidade do município de Patos-PB. Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual as buscas foram realizadas em sites eletrônicos, destacando-se: SCIELO, INCA, LILACS, além de acervos da biblioteca das Faculdades Integradas de Patos (FIP), e os manuais da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os artigos nacionais pesquisados foram publicados no período de 2002 a 2015, nos quais foram analisados 30 artigos, sendo escolhidos 14 e descartados 16. Os artigos escolhidos como bases para esse estudo afirmaram a importância da comunicação entre gestante e enfermeiro em ações de educação em saúde, trazendo como resultado positivo a adesão ao aleitamento materno exclusivo. A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e para a emancipação dos sujeitos ao possibilitar a produção de um saber, que contribui para que as gestantes possam cuidar melhor de si e de suas proles.

Palavras-chave: Conhecimento. Gestantes. Aleitamento Materno.

¹ Discente do curso de especialização em enfermagem obstétrica e neonatologia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE. E-mail: flaviadeusefiel@hotmail.com.

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Saúde da Família e enfermeira assistencial do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho. E-mail: dannyaurilia@hotmail.com.

³ Enfermeira. Coordenadora de Estágios da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora Geral do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais do que nutrir uma criança. É um processo profundo entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo, sob livre demanda, durante os seis primeiros meses, e a manutenção do aleitamento materno complementar até os dois anos de vida da criança¹.

O aleitamento materno tem como principal objetivo favorecer o laço afetivo entre mãe e filho e também evitar doenças, que nesta fase da vida são combatidas pelos nutrientes que somente o leite materno pode oferecer com segurança. Profissionais da saúde principalmente enfermeiros são treinados para orientar as mães e ensiná-las a oferecer o seio materno sempre que o bebê quiser².

O aleitamento materno reduz a morbi-mortalidade infantil, fornece uma nutrição ideal ao lactente, favorecendo seu adequado crescimento, possibilita valiosa economia de recursos para as famílias, sociedade e propicia maior interação mãe-filho. Essas vantagens são especialmente significativas nos países em desenvolvimento, dada a escassez de recursos e a exposição frequente a agentes infecciosos. No entanto, o aleitamento materno é apontado como um fator determinante para o desenvolvimento craniofacial adequado, por promover intenso exercício da musculatura orofacial, estimulando favoravelmente as funções da respiração, mastigação, deglutição e fonação³.

Os primeiros dias após o parto, no período em que a lactação se estabelece, são difíceis para um aleitamento materno com sucesso e constituem-se como um período de aprendizado para a mãe e de adaptação para o recém-nascido. Nesse período, é importante o acompanhamento dos profissionais de saúde, pois surgirão várias dúvidas e problemas, podendo deixar a mãe vulnerável e insegura. É nesse momento de modificações que a mãe necessita de informações sobre o autocuidado, o aleitamento, o planejamento familiar e os cuidados com o recém-nascido².

Visando à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno, a OMS propõe que as maternidades utilizem os dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Entre eles, especificamente o passo nove refere-se ao uso de bicos artificiais, ou seja, as mamadeiras e as chupetas. Autores sugerem que faltam evidências científicas consistentes sobre o fenômeno de confusão de bicos. Desta forma, o uso do copo é recomendado pela OMS nos casos de recém-nascidos que sabidamente serão amamentados ou na possibilidade de esterilização precária da mamadeira³.

Segundo o Ministério da Saúde, a incidência e a prevalência de aleitamento materno no ano de 2008, no Brasil, foi 67,7%; na região Nordeste foi 66,9%; e em João Pessoa 49,6%. Na evolução do indicador “AME (Aleitamento Materno Exclusivo) em menores de 4 meses” em 2008, no Brasil, foi 51,2%; na região Nordeste 46%; e em João Pessoa 49,6%. Evolução do indicador “AM (Aleitamento Materno) em crianças de 9 a 12 meses” no período de 2008, no Brasil; foi 58,7%, na região Nordeste 59,1%; e em João Pessoa 53,1%¹.

De acordo com a situação atual supracitada, observa-se uma variação na incidência do AM na região Nordeste frente à situação nacional, o que despertou a seguinte inquietação: o que as gestantes conhecem sobre o aleitamento materno? E

mais, de que forma as ações educativas podem contribuir efetivamente para o conhecimento das gestantes sobre o aleitamento materno?

Acredita-se que este estudo terá uma importância pessoal para os pesquisadores, enquanto estudiosos sobre o tema em questão, e para as gestantes, pois se espera que possam despertar para as vantagens do aleitamento materno exclusivo, através do repasse de informações necessárias e precisas sobre os benefícios da amamentação. Será de grande relevância para a comunidade acadêmica, pois inserindo o assunto entre os acadêmicos, espera-se que possa motivá-los a terem uma nova percepção do tema. Em nível social, ajudará a comunidade local a descobrir que existem meios que possibilitam um melhoramento da saúde da gestante e de seu bebê.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Este tipo de pesquisa é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos os quais abordam a temática em destaque¹⁰.

O estudo foi realizado em sites eletrônicos SCIELO, INCA, além de acervos da biblioteca das Faculdades Integradas de Patos (FIP), e os manuais da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Os artigos nacionais pesquisados foram publicados no período de 2002 a 2015. Foram analisados 30 artigos sendo escolhidos 14 e descartados 16. Esses artigos foram selecionados minuciosamente pelo ano de publicação e tema, dos que foram descartados, estavam artigos incompletos e desatualizados. Também foram utilizados 02 (dois) manuais do Ministério da Saúde. É importante destacar que, para a localização desses artigos, utilizou-se os seguintes descritores: Conhecimento. Gestantes. Aleitamento Materno.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 14 artigos selecionados, 07 (sete) afirmaram a importância da comunicação entre a gestante e o enfermeiro a respeito do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, ou seja, o enfermeiro é o profissional que, seja na rede básica, hospitalar ou ambulatorial, deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente quando se tratar de questões de ordem da mulher nutriz, deve ser capaz de identificar e oportunizar momentos educativos, facilitando a amamentação, o diagnóstico e o tratamento adequados⁴.

Ainda entre esses 07 (sete) artigos, 04 (quatro) relataram a dificuldade que a nutriz tem em amamentar. Dessa forma, a vivência da amamentação é fortemente mediada pelas próprias experiências da mulher. Quando falamos dessas experiências, estamos nos referindo não somente ao fato de ela própria ter sido amamentada ou não, mas também às situações que essa mulher presenciou ao longo de sua vida⁵.

Dentre os 14 (quatorze) artigos consultados, 02 (dois) revelaram a importância do enfermeiro como instrumento de informação para as gestantes ou nutrizas na validação de informações através de ações de educação em saúde.

Com a visão do processo educativo numa tendência libertadora, o enfermeiro estimula o falar, fazendo com que a gestante interfira, dialogue e se sinta capaz⁶.

Quando pensamos na verticalização e dominância em que se apresentam os programas de educação em saúde, vindos com o surgimento da puericultura, no

século XIX, que a assistência à saúde da criança não enfatizava a participação da mãe no cuidado; eram dadas ordens às mães, na tentativa de doutriná-las. Nesse contexto, a educação em saúde assume o papel de transmissora de conhecimento, dos que sabem para os que não sabem. (pedagogia tradicional)⁷.

Usando a pedagogia moderna, que é embasada em uma teoria construtivista, o aprendiz é o agente ativo do seu próprio conhecimento⁷.

O caderno do MS possui a descrição dos tipos de Aleitamento Materno, que estão classificados em: – Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; – Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos); – Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos; – Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar; – Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite¹.

No Brasil, em um momento em que se deu conta dos baixos índices de aleitamento materno, campanha pró-amamentação foi iniciada nas escolas de educação infantil, pelo rádio e imprensa, com a colaboração do comércio. Estes foram instados a restringir a venda de mamadeiras⁸.

O aleitamento materno sob livre demanda deve ser encorajado a fim de diminuir a perda de peso inicial do recém-nascido e promover o estímulo precoce da apojadura. Ele garante a manutenção do vínculo mãe e filho que se inicia na gestação, cresce e se fortifica, devendo, portanto, ser incentivada a sua continuidade para garantir bem-estar, segurança e saúde da criança⁹.

Nos últimos anos, têm se evidenciado uma grande diminuição de diferentes infecções devido ao efeito protetor do leite materno que já se observa nos primeiros dias de vida do recém-nascido, com relatos de diminuição nas incidências de infecções neonatais em algumas maternidades que aumentaram as taxas de aleitamento materno⁴.

O enfermeiro pode fazer uso de algumas informações técnicas que podem ser-lhe úteis e importantes, à medida que venham a responder dúvidas presentes. Tais informações abrangem uma ampla gama de conhecimentos que versam sobre a produção e composição do leite, a técnica da amamentação propriamente dita e seus benefícios para a saúde do bebê e da mãe, bem como sobre os problemas físicos e dificuldades mais comumente encontradas na prática do aleitamento. Entretanto, ter acesso aos conhecimentos mencionados não é suficiente para promover uma atitude favorável na mãe diante do aleitamento, antes de discutir com a mãe como ela amamenta, pense nela como pessoa, nas suas dificuldades e problemas, pois o sucesso da amamentação depende, mais do que qualquer outra coisa, do bem-estar da mulher, de como se sente a respeito de si própria e de sua situação de vida⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podemos concluir que a adesão da mãe ao aleitamento materno está totalmente ligada a ações educativas em saúde, pois a amamentação é um comportamento humano complexo que contribui para a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade infantil. A educação em saúde é um veículo capaz de levar esta importante tarefa para as mães de uma maneira onde ela possa se ver como alicerce para que seu filho cresça forte e saudável.

A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e para a emancipação dos sujeitos ao possibilitar a produção de um saber, que contribui para que as gestantes possam cuidar melhor de si e de suas proles, como demonstrado pelos artigos que fizeram parte deste estudo. Isso nos mostra que a educação em saúde está intimamente relacionada com o cuidado e nos remete ao duplo papel exercido pelos profissionais de saúde que são também educadores por excelência. Então, unindo o saber com a qualidade de vida dessas gestantes e seus filhos, podemos evidenciar um ciclo de vida saudável e duradouro onde ela poderá repassar seus conhecimentos para sua geração.

HEALTH EDUCATION CONTRIBUTIONS BY NURSES TO SUPPORT BREST-FEEDING

ABSTRACT

Breastfeeding is a process that involves a deep relationship between mother and son, concerning child nutrition state, the skill to defend himself of infections, his physiology, cognitive and emotional development, besides it implicates in mother's physical and psychological health. The aiming of this paper is to research the knowledge of pregnant women about breast-feeding in a community of Patos City in Paraíba State in Brazil. It treats of a bibliographical review which the pursuit was made in outstanding sites as SCIELO, INCA, LILACS, besides Faculdades Integradas de Patos (FIP) library collection and manuals of Basic Care of Health Ministry of Brazil. The searched national articles was published between 2002 and 2015 that 30 of them were checked, then 14 were chosen and 16 were rejected. The selected articles served as base for this study to assert the importance in the communication between pregnant woman and nurse in health education actions that it brings as positive result the support to exclusive breast-feeding. The health education represents one of the main elements for health promotion and one way of care that induces the development of a reflexive and critical conscience that leads for the emancipating of the subjects, so this makes possible the production of a knowledge that contributes for the pregnant women to take care of themselves and their children.

Key-words: Knowledge. Pregnant women. Breast-feeding.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Saúde da Criança: Cadernos de Atenção Básica: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Brasília, DF; 2009. [acesso em: 25 Abr. 2011] Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf.

2. Magno M, Barbosa R, Klowaski Q, Machado U. A importância do aleitamento materno. *Rev. de Enfermagem*. 2010 [acesso em: 25 Abr. 2011];1(1). Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-aleitamento-materno/52052/>.
3. Pedras CTPA, Pinto EALC, Mezzacappa MA. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática, *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. 2008 [acesso em: 07 Jun. 2011];8(2):163-169. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292008000200003&script=sci_arttext.
4. Amorim MM, Andrade ER. Atuação do Enfermeiro no PSF sobre Aleitamento Materno, *Rev. Científica Perspectivas online*. 2009 [acesso em: 02 Set. 2015];3(9). Disponível em: http://www.perspectivasonline.com.br/ojs/index.php/revista_antiga/article/viewFile/349/260.
5. Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MDLOR, Chiesa AM, Bertolozzi MRO. Processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Rev. Latino-americana Enfermagem*. 2002 [acesso em: 02 Set. 2015];10(2):234-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200017.
6. Rios VCTF, Cunha NF. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde, *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007 [acesso em: 02 Set. 2015];12(2):477-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024.
7. Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo, *Rev. Latino-americana Enfermagem*. 2002 [acesso em: 02 Set. 2015];10(2):166-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200007.
8. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração, *Cad. Saúde Pública*. 2003 [acesso em: 02 Set. 2015];19(1):37-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700005.
9. Almeida NAM, Fernandes AG, Araújo CG. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. 2004 [acesso em: 02 Set. 2015];6(3):358-67. Disponível em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/835/983>.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Recebido em: 08.09.15 Aceito em: 21.03.16
--

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Arelly Barbosa do Nascimento Silva¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Cláudia Germana Virgínio de Souto³
Nereide de Andrade Virgínio⁴

RESUMO

A atividade exercida pelos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é desgastante, pois, sabe-se que esse setor do hospital é destinado ao atendimento de pacientes em estado agudo ou crítico, que requerem assistência médica e de enfermagem permanente e especializada. São pacientes sujeitos à instabilidade das funções vitais, que necessitam constantemente de equipamentos especiais de diagnósticos precisos e tratamentos adequados nos procedimentos a serem realizados, mas também se torna hostil pelos procedimentos invasivos e pelo ambiente em si, afetando, assim, sua saúde física e mental, repercutindo na sua qualidade de vida e no desempenho profissional. Esses fatores levam o profissional a se tornarem vulneráveis ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout (SB), definida como esgotamento profissional decorrente da tensão emocional crônica no trabalho, e tem como características principais a Exaustão Emocional (sentimentos de fadiga), Despersonalização (desenvolvimento de sentimentos negativos) e Baixa realização profissional (sentimento de insatisfação com o trabalho). O estudo tem como objetivo avaliar a presença da Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde na UTI. Esse estudo foi realizado em sites eletrônicos, destacando-se: SCIELO, INCA. Os artigos nacionais pesquisados foram publicados no período de 2001 a 2013. Foram analisados 30 artigos, esses artigos foram selecionados minuciosamente pelo ano de publicação e tema, nos estudos predominaram os índices altos nas três características o que representam sinais positivos da doença, já que o diagnóstico só pode ser realizado por um Especialista. Conclui-se, portanto, a prevenção é a melhor maneira para que esses profissionais não se tornem alvos da doença. A síndrome é uma experiência individual que prejudica a relação do indivíduo com seu trabalho, atrapalhando seu desempenho profissional, o que reflete em prejuízos para o indivíduo, para a organização e pode estender-se para o usuário do serviço.

Palavras-chave: Unidades de terapia intensiva. Saúde do trabalhador. Burnout. Esgotamento Profissional.

¹ Acadêmica do curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE. E-mail: arellypm@hotmail.com.

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Saúde da Família e enfermeira assistencial do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho. E-mail: dannyaurilia@hotmail.com.

³ Enfermeira. Coordenadora de Estágios da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora Geral do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde que atuam na UTI lidam diariamente com sentimentos de perda, dor e sofrimento, que apesar de estarem capacitados para essas situações, podem os levar a um alto nível de estresse. Aliados a esses fatores, vem a falta de reconhecimento da sociedade, dos gestores no ambiente de trabalho, a escassez nos equipamentos e a falta de apoio psicológico, tornam-os alvos vulneráveis. Tudo isso os leva a um esgotamento físico e mental intenso, acarretando um estresse que, ao longo de um processo, pode desencadear a Síndrome de Burnout (SB). A síndrome está vinculada ao trabalho causada por repetitivas pressões emocionais sofridas pelos profissionais ao longo do tempo.

O risco maior de enfrentar o Burnout ocorre em profissionais da educação, da saúde, policiais e agentes penitenciários, entre outros, por se tratarem de ofícios que exigem muito envolvimento com os problemas e pensamentos diversos¹. O estresse ocupacional pode gerar impacto para o próprio trabalho do indivíduo e para todas as outras áreas da sua vida, na medida em que há uma inter-relação entre todas elas².

O trabalho intensivo vivenciado pelos Profissionais de Saúde faz com que parte deles apresente as sintomatologias da Síndrome de Burnout ou do esgotamento profissional. O termo de origem inglesa Burnout pode ser traduzido para o português, significando o ato de queimar-se, combustão, que ocorre lentamente, gradualmente. O termo surgiu na década de 70 e foi primeiramente descrito pelo psiquiatra Freudenberger, em 1974. Essa síndrome acontece quando o profissional não consegue mais lidar com o stress ocasionado pelo trabalho³.

O transtorno está registrado no Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, que aprovou o Regulamento da Previdência Social e, em seu Anexo II, foram tratados os Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais (Ministério da Saúde, Portaria nº 1339/1999). O item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da Classificação Internacional das Doenças – CID-10) cita a “Sensação de Estar Acabado” (Síndrome de *Burnout*, Síndrome do Esgotamento Profissional) como sinônimo do Burnout, que, na CID-10, recebe o código Z 73.0 na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde⁴.

A Síndrome de Burnout é um processo que se dá em resposta ao estresse emocional e interpessoal do trabalho, causada pelas relações sociais complexas, envolvendo afetivamente clientes e usuários. Segundo Maslach Jackson, em 1981 e em 1986, e Maslach, em 1993, a síndrome de esgotamento profissional é composta por três elementos centrais como: a exaustão emocional (sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo); a despersonalização (reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente); a diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho)⁵.

Atualmente, o estresse não é visto apenas como prejudicial ao trabalhador, mas principalmente à organização, que despense altos custos em absenteísmo, acidentes, doenças, conflitos, abandono e desinteresse, verificados em todos os níveis de trabalho, afetando os resultados da organização⁶.

Dentro dessa perspectiva, a sociedade precisa de profissionais de saúde que estejam preparados emocionalmente para lidar com o estresse cumulativo ao longo do processo, para que não haja comprometimento das suas ações. Para isso, faz-se necessário que os gestores e as organizações de saúde tenham o compromisso de

melhorar a qualidade de vida de seus integrantes e tentar trazer melhorias para o ambiente de trabalho, principalmente no que se refere aos profissionais da UTI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, cujo material já é elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos os quais abordam a temática em destaque.

O estudo foi realizado em sites acadêmicos eletrônicos SCIELO, INCA entre outros. Os artigos pesquisados foram publicados no período de 2000 a 2013. Foram analisados 30 artigos sendo escolhidos 13 e descartados 17. Esses artigos foram selecionados minuciosamente pelo ano de publicação e tema. Os artigos que não foram utilizados estavam incompletos e desatualizados. Também foi utilizado 01 (um) manual do Ministério da Saúde. É importante destacar que, para a localização desses artigos, utilizaram-se os seguintes descritores: Unidades de terapia intensiva. Saúde do trabalhador. Burnout. Esgotamento Profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com a revisão integrativa realizada, foi possível constatar que, dos 13 artigos selecionados, 08 (oito) afirmam que os aspectos psicossociais e organizacionais são fatores determinantes para o desenvolvimento dos sinais sugestivos da Síndrome de Burnout, pois a escassez de recursos humanos, as condições inadequadas de trabalho, a sobrecarga de trabalho, a desvalorização profissional aliados a um funcionamento organizacional precário das instituições de saúde levam ao surgimento de fatores estressantes. Estes relacionados com outros contribuem para o surgimento dessa doença, tanto devido ao desgaste físico quanto ao mental^{7,8,9,10}.

O trabalhador é uma pessoa composta de subjetividade, que traz em sua história reflexos do meio social em que vive, por isso, é um ser biopsicossocial, isto é, um ser dotado de caráter biológico (corpo), psicológico (emocional) e social (convivência). Vive em uma sociedade onde os valores éticos e morais ditados são à base do caráter da pessoa. Qualquer alteração em uma dessas três faces pode acarretar doenças e sofrimentos e alterar os outros dois fatores, pois ambos são indissolúveis³.

Observa-se que a função que é exercida pelos profissionais da saúde, o ambiente de trabalho em que se desenvolvem as atividades laborais e o tempo de serviço na mesma unidade, além do sedentarismo, são fatores desencadeantes para o desenvolvimento da síndrome^{11,12,13,14}.

O ambiente físico ou posto de trabalho pode favorecer ou dificultar a execução das atividades atribuídas ao trabalhador, e consequências como a insatisfação, o desconforto, o sofrimento, as doenças mentais e físicas podem advir desta inadequação, pois é no meio profissional, ou seja, no ambiente de trabalho, que o indivíduo passa a maior parte do seu dia¹⁵.

Os estudos comprovam que 02 (dois) artigos evidenciam a gestão hospitalar como outro fator desencadeante, pois profissão de enfermagem confronta-se com escassez de pessoal, trabalho por turnos, contato diário com a doença, o sofrimento e a morte, falta de autonomia e de participação nas tomadas de decisão, rápidas

mudanças tecnológicas, respostas inadequadas das chefias e aos problemas organizacionais (burocracia profissionalizada) etc. É importante ressaltar que as atividades empregatícias não devem ser vistas como uma fonte de desprazer. Elas devem ser capazes de trazer prazer, estímulo e força de vontade para uma melhor capacitação e realização profissional^{16,17}.

O desânimo, a falta de motivação e interesse e o descaso em relação ao trabalho foram e ainda são tratados por muitas pessoas como “preguiça” ou “dissimulação”. Isso faz com que o trabalhador lute contra o Burnout, pois o interpreta como um fenômeno de ordem pessoal, ampliando seu esgotamento e seu sentimento de desistência não só do trabalho como também da própria vida¹⁸.

Dentre os artigos consultados, 02 (dois) evidenciam a necessidade de se detectar precocemente os sinais sugestivos da Síndrome de Burnout e que as atividades de prevenção são a forma mais eficaz para coibir o desenvolvimento da mesma. A mais importante de todas as ações é a realização do diagnóstico precoce, que engloba medidas de identificação de indivíduos sintomáticos da Síndrome de Burnout e seu tratamento, pois um profissional acometido com essa síndrome pode interagir de forma negativa dentro da equipe, afetando o relacionamento no setor de trabalho^{19,20}.

O estudo sugere que, quando identificados os sinais sugestivos da síndrome entre os profissionais da saúde, deve-se realizar um acompanhamento para que o profissional se torne apto a realizar todas as suas funções e sem ter seu estado emocional afetado. As estratégias de intervenção para a prevenção e tratamento da Síndrome de Burnout podem ser agrupadas em três categorias: 1) Estratégias individuais: Dentro das estratégias do nível individual o uso do treinamento na solução dos problemas é recomendado, o treinamento da assertividade, e os programas de treinamento para manejar o tempo de maneira eficaz. 2) Estratégias grupais: No nível do grupo, a estratégia por excelência é o uso do apoio social no trabalho por parte dos companheiros e dos supervisores. 3) Estratégias Organizacionais, porque a origem do problema está no contexto laboral e, conseqüentemente, o sentido da organização deve desenvolver os programas de prevenção dirigidos para melhorar a atmosfera e o clima da organização²¹.

Dentre os 13 (treze) artigos consultados, 01 (um) afirma que as mulheres casadas com filhos que possuem a carga horária acima de 30 horas semanais e com mais de 6 anos de experiência estão mais predispostas a desenvolver a Síndrome de Burnout, ou seja, fazem parte do grupo de risco devido a predominância feminina na profissão²². Estes dados se evidenciam pelo fato de encontramos, na amostra estudada, a presença das mulheres, onde muitas delas dividem as responsabilidades profissionais que se somam às responsabilidades da vida diária, desenvolvendo um acúmulo de elementos estressores que podem levar ao Burnout³.

A prevenção da Síndrome de Burnout inicia com uma mudança na rotina do local de trabalho, procurando não atingir metas, mas, incluindo o bem-estar de cada um, vendo o profissional dentro de uma perspectiva holística e vendo o ambiente de trabalho como um todo, seja na climatização, na diminuição dos ruídos, nos recursos materiais para que juntos, com uma valorização do profissional, contribuam para seu crescimento profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos refletem que os profissionais de saúde apresentam sinais sugestivos da Síndrome de Burnout, indicam também que os profissionais apresentam um alto nível de esgotamento emocional e despersonalização, o que acarreta problemas para a saúde desses indivíduos e, conseqüentemente, para quem está próximo do mesmo. O fator organizacional social e econômico englobam a tríade que contribuem para o agravamento dessa síndrome.

Esse estudo é de fundamental importância para contribuir com a categoria dos profissionais na área da saúde que trabalham na UTI, no que diz respeito ao melhoramento do desempenho profissional, mostrando medidas que possam coibir a instalação da Síndrome de Burnout, uma vez que, com detecção precoce, poderemos realizar uma interação com finalidade preventiva, identificando aspectos favoráveis e desfavoráveis que o local de trabalho apresente.

O Burnout geralmente leva à deterioração do bem-estar físico e emocional, para que se possa evitar esse quadro, faz-se necessário realizar mudanças primeiramente na estrutura organizacional e depois estimular o profissional a uma mudança no estilo de vida, com uma alimentação saudável e a prática diária de exercícios físicos. É preciso também que se entenda que a Síndrome de Burnout é uma patologia considerada por lei como um problema de saúde ocupacional e que precisa de atendimento especializado, a fim de evitar repercussões sintomatológicas como: sentir-se exausto, sofrer de insônia, úlceras gástricas, cefaleias, hipertensão arterial sistêmica, tensão muscular e fadiga crônica.

O objetivo desse estudo foi alcançado, tendo em vista que não visou estabelecer diagnósticos que só poderão ser realizados por um médico ou psicoterapeuta, e sim identificar a presença das sintomatologias através das três dimensões da SB. Foi demonstrado que a atividade exercida pelos Profissionais de saúde na UTI é muito desgastante e pode levá-los a desenvolver a Síndrome de Burnout.

SYNDROME BURNOUT IN NURSING PROFESSIONALS IN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

The activity carried out by Health Professionals in Intensive Care Unit (ICU) is exhausting, because it is known that the hospital sector is intended for care of patients in acute or critical condition requiring medical and permanent nursing and specialist care. Are patients subject to unstable vital functions, who constantly need special equipment for accurate diagnosis and appropriate treatment in the procedures to be performed, but also becomes hostile by characterized by invasive procedures and the environment itself, thus affecting their physical and mental health, impacting on their quality of life and professional performance. These factors lead the practitioner to become vulnerable to the development of Burnout Syndrome (SB), defined as burnout, due to chronic emotional stress at work, and its main features to Emotional Exhaustion (feelings of fatigue), depersonalization (developing negative feelings) and Low Professional Accomplishment (sense of dissatisfaction

with the work). The study aims to evaluate the presence of burnout syndrome among health care professionals in the ICU. This study was conducted in electronic sites, among them: SCIELO, INCA. Respondents national articles were published from 2002 to 2013. We analyzed 30 articles being chosen 13 and 17 dropped by missing accurate information, these articles were selected carefully by year of publication and theme, the study predominated the high rates in the three characteristics which represent positive signs of the disease, since the diagnosis can only be performed by a specialist. It follows, therefore, prevention the best way for these professionals do not become targets of the disease. The syndrome is an individual experience that impairs the individual's relationship with his work, disrupting their professional performance, reflecting in losses for the individual, for the organization and may extend to the service user.

Key-words: Intensive care units. Worker's health. Burnout. Professional burnout.

REFERÊNCIAS

1. Vasques Menezes I. A contribuição da psicologia clínica na compreensão do Burnout: um estudo com professores. [Tese de Doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia da UnB; 2005.
2. Lipp MEN, Malagris LN. O stress emocional e seu tratamento. In: Range B, organizadores. Psicoterapias Cognitivas comportamentais. Campinas: Psy II; 2001.
3. Benevides-Pereira AMT. MBI – Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil [resumo]. Rio de Janeiro: In: Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia; 2001.
4. Benevides-Pereira AMT. MBI - Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
5. Benevides-Pereira AMT. MBI. O Estado da arte do Burnout no Brasil. Revista Eletrônica InterAçãoPsy. Ago 2003;1(1):4-11.
6. Brasil. Ministério Da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho. Brasília: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114; 2001.
7. Maslach C. What have you learned about Burnout and health? Psychol.Health. 2001;16:607-11.
8. Mariano MSS, Muniz HP. Trabalho docente e saúde: o caso dos professores da segunda fase do ensino fundamental: Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rev.UERJ-RJ. 2006;6(1):76-88. [acesso em: 1 dez. 2015] Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n1/artigos/PDF/v6n1a07.pdf>.
9. Barbosa D, Pereira MSL, Santos LHG, Andreazzi D. Síndrome de Burnout: correlação com a enfermagem [pós-graduação] [acesso em: 07 dez. 2015] Disponível em: <http://www.asmec.br/biblioteca/anais2010/Art.%2006.pdf>.

10. Guilherme MSI, Costa MFR, Medeiros KMSG, Silva ARM, Vasconcelos RB. Síndrome de Burnout entre os Enfermeiros. [acesso em: 07 dez. 2015] Disponível em:
<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52368.E12.T10541.D8AP.pdf>.
11. Hegregg N. Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em UTI: revisão de literatura. [acesso em: 07 dez. 2015] Disponível em:
<http://www.prontuarioweb.net/medicina/para-personal-de-salud/burnout-enfermeros-uci/burnout-enfermeiros-uti/>.
12. Matos L, Peres RL, Silva AMR, Pires JS, Costa LLL, Neves DS, Barbosa RA, Vilela KF. Causas ambientais para síndrome de Burnout em UTI neonatal. [acesso em: 01 dez. 2015] Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reget/article/viewfile/5541/3593>.
13. Matubaro KCA, Lunardelli MCF, Ellaro AM, Bulhões LFS, Souza LL. A síndrome de Burnout em profissionais da saúde: uma revisão bibliográfica. Faculdade de Ciências. Psicologia. [acesso em: 30 nov. 2015] Disponível em:
http://www.progep.ufpa.br/progep/docsdsqv/sindrome_de_burnout_profissionais_da_sa%c3%bade.pdf.
14. Rezende R, Borges NMA, Pereira FOP. [Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho] Campo Grande-MS; 2013. [acesso em: 05 dez. 2015] Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_escs_v23_n3_a6_sindrome_burnout_absenteismo.pdf.
15. Santos FE, Alves JA, Rodrigues AB. Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Einstein; 2009.
16. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2009; [acesso em: 01 dez. 2015] 25(7). Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/sindrome-de-burnout-em-enfermeiros-atuantes-em-uti/11206/>.
17. Nechel F, Ferreto LE. Avaliação do ambiente de trabalho dos docentes da Unioeste campus de Francisco Beltrão-PR. Cascavel: Revista Faz Ciência, 2006; [acesso em: 02 dez. 2015] 8(1):183-204. Disponível em:
<http://revista.unioeste.br/index.php/fazciencia/article/view/346>.
18. Gasparin LA, Chyla AL, Nakamura LEK. Síndrome de Burnout em enfermeiros de UTI [monografia] Uniandrade. Dez. 2008. [acesso em: 03 de dez. 2015] Disponível em:
<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=1823&idAreaSel=1&seeArt=yes>.
19. Nascimento MS. Síndrome de Burnout entre os profissionais de enfermagem no contexto hospitalar [Monografia]. Brasília: UniCEUB. [acesso em: 03 dez. 2015].

Disponível em:

<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/4532/1/mono%20sb%20revis%c3%a3o%20-%20corre%c3%a7%c3%a3o%20final%20cd.pdf>.

20. Mendes FMP. Incidência de Burnout em professores universitários. [Dissertação em Mestrado]. Santa Catarina: UFSC Departamento de Engenharia de Produção e sistemas; 2002.

21. Lopes FJ, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev. esc. enfermagem. USP São Paulo: 2008;42(2).

22. Pinto RC. A síndrome de Burnout no profissional de enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade de Iguazu; 2002. [acesso em: 03 dez. 2015] Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr_2013/2013_EnGPR76.pdf file:///C:/Users/Call%2002/Downloads/153-339-1-SM%20(1).pdf.

Recebido em: 09.12.15 Aceito em: 08.03.16
--

CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS

Kelly Cristina Bragante Silva¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Cláudia Germana Virgínio de Souto³
Nereide de Andrade Virgínio⁴

RESUMO

A parada cardiorrespiratória é a interrupção súbita dos batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e perda imediata da consciência, representando uma emergência pediátrica extrema. É preciso ter conhecimento da sequência dos protocolos de atendimento, além de manter a calma e primar pela organização dos materiais e equipamentos necessários para a assistência durante esse evento. Dessa forma, esse estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica para avaliar o conhecimento do enfermeiro e de sua equipe diante da parada cardiorrespiratória em crianças. Trata-se de um estudo exploratório de revisão bibliográfica da literatura, constituída por 10 (dez) documentos, os quais foram encontrados nas bases de dados online da BVS. Os estudos mostraram que a equipe de enfermagem é tida como essencial na assistência à criança com PCR. No entanto, ainda carece de conhecimentos acerca da mesma, os quais vêm desde a formação destes profissionais, repleta de lacunas para com a assistência às emergências, até a ausência de capacitações e treinamentos após a formação. Assim, verificou-se que o enfermeiro, no âmbito de seu trabalho, é um dos principais profissionais de saúde com autonomia e capacitação para agir no momento de uma parada cardiorrespiratória, devendo este manter-se atualizado e capacitado para prestar assistência às prováveis emergências.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Emergências. Cuidados de Enfermagem. Parada Cardiorrespiratória.

¹ Enfermeira. Discente do curso de especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE. E-mail: kellycristinabragante@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Saúde da Família e enfermeira assistencial do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho. E-mail: dannyaurilia@hotmail.com.

³ Enfermeira. Coordenadora de Estágios da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora Geral do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida pela interrupção súbita dos batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e perda imediata da consciência, representando uma emergência pediátrica extrema. Seus resultados poderão levar à lesão cerebral irreversível e morte, uma vez que não sejam estabelecidas as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sanguíneo e a respiração¹⁻².

Outras complicações também podem ser classificadas como emergências pediátricas, dentre elas, as mais comuns são: convulsões e febre; obstrução da via aérea superior por corpo estranho; estridor laríngeo; patologia respiratória, nomeadamente, mal asmático e bronquite agudizada; diarreia; desidratação; intoxicações³.

Inúmeros fatores colocam a criança em situações de risco e acrescentam que, dentre as causas que mais demandam assistência nas unidades pediátricas de urgência, estão os acidentes, os traumas, e os processos infecciosos; provocando muitas vezes a parada cardiorrespiratória⁴.

Estimativas realizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia revelam que, apesar dos avanços decorridos na saúde, muitas vidas ainda são perdidas anualmente no Brasil. Contudo, não se tem uma dimensão exata do problema pela falta de estudos e estatísticas a esse respeito. Sabe-se que os avanços ocorridos se estendem à legislação vigente sobre o acesso público à desfibrilação, e também a respeito do treinamento em ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Nesse cenário, acredita-se que ocorrem no país cerca de 200.000 PCRs por ano, sendo a metade no próprio ambiente hospitalar⁵.

De acordo com estudo, a interrupção da função cardiopulmonar repentina em lactentes e crianças é muito menos frequente que em indivíduos adultos. Na maioria das vezes, a parada cardíaca nesses indivíduos ocorre predominantemente nos casos de afogamentos, traumas acidentais ou provocados, doenças respiratórias, obstrução das vias aéreas e doenças neurológicas, são os principais agentes desencadeadores desta complicação⁶.

Ainda, os serviços de pronto atendimento, principalmente nos grandes centros urbanos, atendem uma alta demanda de pacientes, exigindo que a equipe trabalhe com rapidez e eficácia com o intuito de minimizar as situações de risco de vida. Em contraparte, diante de uma criança em situação iminente de risco, acontece nesses profissionais e, em profundidade, na equipe de enfermagem, uma variedade de respostas subjetivas, em consequência da intensa experiência que estabelecem com a criança e seus familiares^{4,7}.

Logo, é preciso ter conhecimento da sequência dos protocolos de atendimento, além de manter a calma e primar pela organização dos materiais e equipamentos necessários para a assistência durante esse evento, destacando tais condições como essenciais para a equipe de enfermagem, haja vista que são os profissionais que mantêm o primeiro contato com o paciente e precisam detectar precocemente os sinais da PCR⁸.

Nesse cenário, considera-se que a constante atualização do conhecimento dos enfermeiros se faz primordial para que desenvolvam habilidades e possam atuar nas diversas situações inesperadas em seu cotidiano de trabalho. Cabe, portanto, à equipe de enfermagem a responsabilidade dos cuidados ao paciente crítico, utilizando a avaliação permanente, a vigilância e a realização de procedimentos terapêuticos complementares à prática médica⁴.

Por outro lado, em estudo realizado no ano de 2011, em um município de São Paulo, detectou a falta de conhecimento e/ou treinamento adequado pela equipe de enfermagem em lidar com essa complicação. Esta também é realidade de outros centros urbanos e, por isso, se faz necessária uma maior investigação⁹.

Diante disso, esse estudo pretende averiguar o conhecimento do enfermeiro e da equipe de enfermagem diante da PCR pediátrica, e com isso fornecer subsídios técnico-científicos para possibilitar melhor desempenho desses profissionais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo trata-se uma revisão integrativa da literatura, de caráter exploratório e descritivo, no qual foi realizado um levantamento bibliográfico, tendo como fontes artigos e documentos disponíveis nas bases de dados online. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literal LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e BDEF (Bases de Dados de Enfermagem) utilizando os descritores: “Saúde da Criança; Emergências; Cuidados de Enfermagem; Parada Cardiorrespiratória”, disponíveis no site do DeCS.

Como critérios de seleção, foram considerados artigos completos, disponíveis, de acesso gratuito, em português. Foram identificados 44 documentos, sendo 26 pertencentes ao LILACS e 18 ao BDEF. Em seguida, foram excluídos do estudo documentos em duplicidade, além daqueles que não abordavam diretamente o tema proposto. Além disso, após o levantamento bibliográfico, foi realizada a leitura exploratória do material encontrado, delimitando, assim, os textos de interesse, descartando 34 manuscritos e finalizando 10 (dez) documentos, os quais apresentavam similaridade com os objetivos da pesquisa. Em seguida, os materiais foram interpretados, analisados e sintetizados, construindo de forma crítica e descritiva a revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 10 (dez) documentos selecionados, 07 (sete) afirmaram que, mesmo existindo pertinência entre o conhecimento demonstrado pelos enfermeiros e as diretrizes preconizadas internacionalmente, há uma falta de conhecimento teórico acerca do atendimento da PCR e a minoria dos enfermeiros frequenta eventos de relevância entre este tipo de atendimento³.

Ainda, entre esses 07 (sete) documentos, 04 (quatro) trouxeram que os enfermeiros têm consciência do fato de apresentarem carência de conhecimento sobre o assunto e mesmo sendo capazes de reconhecer sinais e sintomas de um PCR em pediatria durante o atendimento, relatam ter algumas dificuldades no atendimento¹¹.

Entre os 10 (dez) documentos do estudo, 04 (quatro) ressaltam a necessidade de cursos e educação continuada que possibilitem a transposição do conhecimento científico para a prática diária da equipe de enfermagem, a fim de reciclá-la na execução das manobras de RCP, o que é de suma importância, devido às inúmeras mudanças dos protocolos, objetivando a melhoria nas taxas de sucesso neste atendimento¹²⁻¹³.

Para tanto, um dos estudos enfatizou que, há muitos anos, as escolas médicas e de enfermagem ensinam a reanimação cardiopulmonar, onde as aulas apresentam caráter formal, e as informações focalizam nas técnicas, equipamentos,

drogas e doses. Com isso, na maioria das vezes, informações importantes são perdidas, e por isso não se sabe o que deve ou não ser feito em situações de emergência. Contudo, para um atendimento organizado e sistemático em emergência e principalmente em PCR, faz-se essencial uma atuação conjunta, na qual a equipe de enfermagem desempenha um importante papel durante a reanimação cardiopulmonar, contando com competência técnica, atuação coordenada e articulada, e profissionalismo em todas as ações a serem executadas. Logo, o reconhecimento precoce de emergências cardíacas auxilia no aumento da sobrevida dos pacientes¹⁴.

Em geral, os profissionais que primeiro presenciam uma vítima em PCR no hospital são os enfermeiros, e por isso acionam mais frequentemente a equipe de atendimento. Desse modo, a equipe de enfermagem precisa ter conhecimento técnico atualizado, assim como habilidades práticas para contribuir de forma decisiva e efetiva nas manobras da RCP e assistência ao paciente¹⁴. Nesse sentido, outro estudo afirma que o enfermeiro tem o papel de coordenar o processo de reanimação de um paciente, pois é ele que, na maioria das vezes, avalia primeiramente a criança¹³.

Especificamente em pediatria, a PCR acontece geralmente por falência respiratória e circulatória progressiva, sendo a parada cardíaca primária um raro evento. Alguns quadros costumam levar à falência respiratória/circulatória na criança, seguida de hipoxemia e acidose que culminam com a assistolia ou PCR, dentre eles estão quadros de hipoxemia, hipotensão e depressão do miocárdio por efeito de fármacos, e hipovolemia com perfusão inadequada¹⁰.

Uma das pesquisas observou que, em lactentes e crianças, a PCR comumente acontece quando a mesma é acometida pela insuficiência respiratória. Para tanto, é de derradeira importância que a equipe de assistência e, sobretudo, os enfermeiros identifiquem esta falência com o intuito de que possam ser realizados os procedimentos para prevenção da PCR, tendo em vista que se a equipe tiver agilidade em atender essa emergência com eficiência, é grande a possibilidade de sobrevida nestes pacientes¹¹.

Corroborando com o estudo anterior, acrescenta-se que, na faixa pediátrica, a PCR pode e precisa ser prevenida através da monitorização cuidadosa de parâmetros clínicos, tais como: frequência respiratória e cardíaca, perfusão periférica e coloração de mucosa, além do emprego das terapias adequadas de forma imediata aos diagnósticos das doenças de base¹⁰.

Vale salientar que a adequada reanimação cardiorrespiratória básica, assim como o rápido acesso ao sistema de emergência, associados à oferta de um suporte de vida avançado com prevenção de sequelas são os principais objetivos para se obter um prognóstico “bom” no atendimento à criança¹⁵.

Logo, a atuação do enfermeiro é imprescindível ainda no primeiro atendimento às vítimas de PCR, devendo estes implementar o suporte básico de vida, mantendo assim a oxigenação e a circulação até que seja oferecido o apoio avançado à criança¹⁶.

Nesse aspecto, um dos estudos informa que, independentemente de onde ocorra a parada cardiorrespiratória, a equipe de reanimação deve ter sempre como objetivos a restauração da respiração espontânea, além da circulação e preservação do funcionamento dos órgãos considerados vitais¹⁷.

Considerando os aspectos até então levantados, acrescenta-se que, mesmo a RCP sendo um episódio frequente nos hospitais, esta requer da equipe assistencial uma grande eficiência em sua atuação, fazendo-se necessária a

existência de uma padronização no atendimento¹³. Diante de uma PCR em uma criança, o tempo de verificação de pulso tanto braquial quanto femoral é de aproximadamente 10 segundos. Uma vez não sendo identificado pelo profissional, é necessário iniciar a RCP o quanto antes¹⁵.

Outros estudos trouxeram que as compressões torácicas variam conforme a idade e o tamanho da criança. Com isso, em crianças menores de 1 ano: realizar compressões torácicas colocando os dois dedos; crianças maiores de 1 ano até 12: realizar compressões torácicas com a região tênar da mão; a partir dos 12 anos são realizadas compressões torácicas com as duas mãos com relação 30:2 (30 massagens para 2 respirações); para lactentes e crianças são realizadas 15:2¹⁷.

Ainda, os sinais vitais depois de uma parada cardíaca constituem um dos principais controladores do estado hemodinâmicos do paciente, tendo em vista que, diante das complicações, o paciente pode correr o risco de sofrer outras mudanças em seu estado de saúde e acabar evoluindo para um prognóstico negativo. Portanto, deve-se ter uma observação de forma continuada dos sinais vitais, monitorizando os traçados eletrocardiográficos e análises de vários parâmetros hemodinâmicos¹¹.

Dentro desse contexto, para se garantir um atendimento eficaz, organizado e efetivo, é importante que toda a equipe de enfermagem esteja tranquila diante do problema, além de que todos os materiais e equipamentos necessários estejam prontos para que se possa atender com êxito a uma PCR¹².

Diante disso, o conhecimento científico do enfermeiro se faz imprescindível dentro das instituições que prestam assistência às crianças em risco de PCR. Este conhecimento pode agilizar o atendimento, por meio da organização da equipe com embasamento teórico¹¹.

Confirmando com o estudo anterior, tem-se que o treinamento da equipe de enfermagem é essencial para que a assistência dada às crianças se torne um momento onde a equipe esteja segura de suas funções e atribuições por meio de educação continuada e permanente com o objetivo de atualizar o conhecimento destes profissionais. Esta atualização confere um melhor preparo para o atendimento de uma PCR, já que, em grande parte das instituições, os enfermeiros se sentem despreparados para atender este agravo¹³.

Cabe à unidade de internação, na qual o paciente em risco de PCR é admitido, a construção de rotinas a serem padronizadas por meio de protocolos para facilitar e agilizar o atendimento, além de beneficiar os profissionais atuantes na sincronia da assistência. Destaca-se que o impacto dos protocolos na prática de saúde tem sido avaliado sistematicamente e os pesquisadores acreditam que eles podem ser eficazes no processo de mudança da prática, bem como na melhoria dos resultados com o paciente¹⁸.

A principal dificuldade apresentada pela equipe em um ambiente onde a vítima é uma criança se constitui na manipulação dos fármacos e no conhecimento acerca das diluições e frações. Destaca-se que a administração do fármaco é de responsabilidade da enfermagem e, quando mal administrado, pode causar problemas à criança e piorar o quadro de saúde instalado. Por isso, é importante que o profissional esteja consciente e seguro para tal atividade e que possua os conhecimentos e acesso às informações necessárias¹⁹.

Conquanto, são inúmeras as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no processo de RCP, as quais vão desde as dificuldades quanto à manobra de ressuscitação pediátrica, assim como a ventilação e a massagem cardíaca, específicas para crianças. Logo, se faz importante que haja um melhor

esclarecimento acerca dessa atenção em saúde, haja vista ser de grande importância para garantir a sobrevivência da criança acometida¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou identificar que o enfermeiro, no âmbito de seu trabalho, é um dos principais profissionais de saúde com autonomia e capacitação para agir no momento de uma PCR, sendo este, de fundamental importância, assim como toda a equipe de enfermagem, manter-se atualizados e capacitados para prestar assistência às prováveis emergências e proporcionar capacitações teóricas e práticas com os outros membros da equipe.

Além disso, identificou-se que grande parte dos enfermeiros não sabe identificar corretamente uma PCR, não conhecem as medicações utilizadas e possuem dúvidas na assistência direta ao paciente em PCR, afetando o início, coordenação e agilidade das manobras.

Somando-se a isso, os trabalhos científicos de enfermagem nessa área são escassos no Brasil, sendo imperativo o incentivo à produção científica, em especial no que se refere às questões que considerem o reconhecimento da PCR e o manejo da RCP.

NURSING KNOWLEDGE IN PARADE IN CHILDREN CARDIORESPIRATORY

ABSTRACT

Cardiac arrest is the sudden interruption of the heartbeat, breathing movements and immediate loss of consciousness, representing an extreme pediatric emergency. It must have knowledge of the sequence of treatment protocols, and remain calm and excel in the organization of materials and equipment needed for assistance during this event. Thus, this study aims to conduct a literature review to assess the knowledge of the nurse and her team in front of cardiopulmonary arrest in children. It is an exploratory study of bibliographical review of the literature consists of 10 documents, which were found in the online databases of the VHL. Studies have shown that the nursing staff is seen as essential in the care of children with PCR. However, still lacks knowledge about the same where that come from training of these professionals, full of gaps towards assistance to emergencies, to the lack of skills and training after training. Thus, it was found that the nurse, as part of his work, is a major health professionals with autonomy and capacity to act at the time of a cardiac arrest, which must keep up to date and able to assist the likely emergencies.

Key-words: Child Health. Emergencies. Nursing Care. Heart Arrest.

REFERÊNCIAS

1. Knobel, E. *Conduitas no paciente grave*. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Silva AR. *Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro*. [Dissertação]. Universidade de São Paulo. Escola de Ribeirão Preto; 2006

3. INEM. Normas, emergências pediátricas e obstétricas. Manual TAS. Versão 2.0; 2012.
4. Rasci YRC, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(3):477-84.
5. Gonzalez, MM. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia: resumo executivo. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(2):105-13.
6. Ribeiro Júnior C, et al. Manual básico de socorro de emergência. Emergências cardiovasculares durante a infância. 2. ed. São Paulo: SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. [acesso em: 28 ago. 2012] Disponível em: www.sbp.com.br/show_item2.sfm?id2009.
7. Schons CB, Klock, P. Emergências pediátricas: um enfoque educativo na enfermagem. [acesso em: 28 ago. 2012] Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/Caroline-Beatriz-Schons.pdf>
8. Bellan MC, Araújo IIM, Araújo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev. Bras Enferm*. Brasília. 2010;63(6):1019-27.
9. Almeida AO, et al. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2).
10. Pinto TV. Parada cardiorrespiratória em pediatria: o conhecimento de enfermeiros. [dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo; 2003.
11. Neves DD, Fey A. A autopercepção do enfermeiro no atendimento a PCR em pediatria de uma instituição hospitalar. *Revista Caminhos, On-line, "Dossiê Saúde"*, Rio do Sul. 2011;2(3):7-25.
12. Matsumoto I. Biblioteca digital. A atuação da equipe multiprofissional no atendimento da PCR. 2009. [acesso em: 28 ago. 2012] Disponível em: <http://www.webartigo.com/articles/12453/1/aimportancia-da-atuacao-do-enfermeiro-frente-pcr/paginal.html>.
13. Menezes MGB, et al. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre atendimento de reanimação cardiopulmonar em Pará de Minas, Papagaios e Pitangui/ MG. 2009. Biblioteca digital. [acesso em: 28 ago. 2012] Disponível em: www.fapam.edu.br/.../80920091.182430artigo_pcr-marispdf.
14. Guilherme, et al. O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiorrespiratória (PCR). [online]. Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – CBCENF. 2015. [acesso em: 28 ago. 2012] Disponível em:

<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52368.E12.T10532.D8AP.pdf>

15. Zorzela L, Garros D, Caen AR. Análises críticas das novas recomendações para reanimação cardiopulmonar. 2007. Biblioteca digital. [acesso em: 28 ago. 2012] Disponível em: http://www.scielo.br-scielo.php?pid_s0021_755720070003000088script_sci_arttext.
16. Carvalho W, Souza N, Souza RL. Emergência e terapia intensiva pediátrica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
17. Aehlert BACLS: Advanced Cardiac life Support. Emergência em cardiologia. Um guia para estudo. Tradução de Alexandre Maceli Midão, et al. 3 ed. Rio de Janeiro;2007.
18. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
19. Silva O, et al. Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Set./Out.2007. [acesso em: 28 ago. 2012] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692007000500020&script=sci_arttext&tlng=pt.

Recebido em: 15.12.16 Aceito em: 21.03.16
--