

# ENFERMAGEM NA PRÁTICA: CUIDADO, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA

—  
ORGANIZADORA  
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS

  
epilaya  
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

ENFERMAGEM NA PRÁTICA: CUIDADO, EDUCAÇÃO E  
ASSISTÊNCIA

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ  
2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E56 Enfermagem na Prática [recurso eletrônico]: cuidado, educação e assistência/ Organizadora Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro,RJ: Epitaya, 2020.  
134p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87809-11-3

1. Enfermagem. 2. Serviços de enfermagem. 3. Enfermeiros – Prática. I. Farias, Helena Portes Sava de.

CDD 362.173

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior –CRB6/2422**

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda  
Rio de Janeiro / RJ  
contato@epitaya.com.br  
<http://www.epitaya.com.br>

  
epitaya  
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

ENFERMAGEM NA PRÁTICA: CUIDADO, EDUCAÇÃO E  
ASSISTÊNCIA



Rio de Janeiro – RJ

2020

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda  
1º Edição - Copyright © 2020 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.  
Todo o conteúdo, assim como as possíveis correções necessárias dos artigos é de responsabilidade de seus autores.

---

#### CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
MARKETING / DESIGN	Gercton Bernardo Coitinho
DIAGRAMAÇÃO / CAPA	Bruno Matos de Farias
REVISÃO	Autores

---

#### CONSELHO EDITORIAL

COMITÊ CIENTÍFICO	Profa. Kátia Eliane Santos Avelar
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE	Profa. Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Maria Lelita Xavier
	Profa. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Maria Regina da Silva Pinheiro
	Profa. Cleide Gonçalo Rufino
	Profa. Roberta Kele Ribeiro Ferreira
	Prof. Thiago de Freitas França
	Prof. Daniel da Silva Granadeiro

## PREFÁCIO

A elaboração de um trabalho de conclusão de curso (TCC) é visto como um dos requisitos para a formação e obtenção do título do futuro profissional. Ele comporta uma sequência de enredos que permite vislumbrar com clareza aquilo que se pretende aprender ou aplicar na sociedade. Torna-se importante para vida acadêmica e científica do aluno, permitindo visualizar, compreender e mergulhar nas diversas leituras, produzindo, conteúdo científico e relevante sobre a temática escolhida.

A produção do conhecimento tem um papel importante para ciência, pois através dela são permitidas profundas revisões bibliográficas ou sistemáticas, gerando e produzindo conteúdo novo, contribuindo para inovação e para novas descobertas. Esse momento torna-se um momento de troca, socialização, vivências e experiências.

Muitos trabalhos resultam em inovações, que surgem a partir dos resultados encontrados nas pesquisas. O texto produzido pode culminar em um artigo científico, um capítulo de livro, e-book, entre outros, e assim, estar indexados nas diversas plataformas e bases de dados científicas disponíveis hoje.

O TCC pode e deve ser divulgado na comunidade científica, devem ser apresentados nos congressos, nos seminários, nos simpósios e em encontros científicos, podendo até ganhar prêmios e homenagens pela sua inovação e qualidade do texto produzido.

São inúmeras as possibilidades de sua contribuição para a ciência, além de contribuir para um novo conhecimento, pode-se optar em realizar um trabalho relevante para sociedade, podendo apresentar soluções, trazendo novas abordagens e descobertas ou até mesmo mostrando possíveis problemas a serem solucionados.

Ele pode render inúmeros frutos profissionais, podendo contribuir para o despertar de futuros pesquisadores de excelência, se assim, for o desejo do aluno.

Por fim, o TCC não deve ser visto, apenas como um cumpridor de requisito ou um método avaliativo para a aprovação, ele deve ser visto como um momento importante para a formação profissional, momento este, de inserção do aluno no mundo da produção do conhecimento.

**Prof. Msc Daniel da Silva Granadeiro**

Doutorando pelo PPG em Enfermagem e Biociências/UNIRIO

Mestre em Enfermagem pela UERJ

Professor no Centro Universitário Augusto Motta

A enfermagem é a arte de cuidar, e nós somos os artistas dessa ciência complexa e indispensável na saúde.

## SUMÁRIO

<i>Capítulo 1</i> .....	09
<b>OS BENEFÍCIOS DA IMPLANTAÇÃO DA BRINQUEDOTECA NA VISÃO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>	
<i>Amanda Pessoa da Silva; Glaucia Ramos Viana; Marcia de Jesus Silva; Taciana Silva do Rosário; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 2</i> .....	24
<b>O HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: INVISIBILIDADE E/OU AUSÊNCIA</b>	
<i>Cléber Iglesias do Nascimento França; Leonardo Raposo da Silva; Marcele Silva Santos; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 3</i> .....	43
<b>A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM MEDIDAS NÃO INVASIVAS NO TRABALHO DE PARTO</b>	
<i>Ana Cristina de Sousa Coelho; Izabela Araujo Batista da Silva; Hellen Lima dos Santos Almeida; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 4</i> .....	57
<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS E SUA FAMÍLIA</b>	
<i>Alessandra Pereira da Silva; Marcela Pereira de Matos; Marcelle Nunes Ferreira; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 5</i> .....	78
<b>O ENFERMEIRO FRENTE AO FAMILIAR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS</b>	
<i>Ana Alice Soares da Silva; Camila Motta Almeida; Daniela Batista Viana; Rosilene Vieira de Souza; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 6</i> .....	91
<b>O IMPACTO DO SERVIÇO NOTURNO NA VIDA DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA</b>	
<i>Aline Valença Ferreira; Márcia da Silva Fonseca; Rejane de Souza L. dos Santos; Sabrina Lucena Vieira; Helena Portes Sava de Farias</i>	

*Capítulo 7* ..... 106

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA**

*Fabiane Santos da Silva Loureiro; Michelle Mage Dória; Millene da Silva Patrocínio; Helena Portes Sava de Farias*

*Capítulo 8* ..... 121

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA UMA FERRAMENTA ÚTIL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ PRECOCE EM ADOLESCENTES**

*Augusto Felipe dos Santos Rocha; Marcela Amaral da Gama; Pedro Henrique Inácio da Silva; Rachel Ribeiro da Silva; Helena Portes Sava de Farias*

**Amanda Pessoa da Silva**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Glaucia Ramos Viana**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Marcia de Jesus Silva**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Taciana Silva do Rosário**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Helena Portes Sava de Farias**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo a implementação da brinquedoteca na assistência da criança hospitalizada. Tendo em vista que o processo de hospitalização infantil é muito memorável na vida de uma criança acompanhada de dor, ansiedade, medo, além da sensação de abandono. Diante deste problema foi elaborada uma questão norteadora de quais os benefícios da implementação da brinquedoteca de acordo com a visão da equipe de enfermagem. Tendo como objetivo apresentar os benefícios da implementação da brinquedoteca e a criança hospitalizada. A metodologia foi utilizada como revisão bibliográfica como abordagem descritiva de natureza exploratória e caráter qualitativo. Por isso realizou-se uma revisão integrativa que analisou 09 artigos da língua portuguesa publicados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDEF. Os resultados foram organizados em quatro categorias, as quais apontaram a brinquedoteca como uma estratégia na promoção à assistência humanizada para criança hospitalizada, onde são elaborados pelo enfermeiro métodos favoráveis ao vínculo de confiança entre o profissional de saúde e a criança. Considerando em todo processo a adoção de uma assistência de respeito e humanização. Concluiu-se que o enfermeiro tem papel fundamental tanto na capacitação de sua equipe como na orientação dos familiares, construindo um vínculo saudável com a criança, ajudando a diminuir o tempo de internação e também os traumas que a mesma ocasiona.

**Descritores:** Brinquedoteca; Criança Hospitalizada; Enfermagem

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto a implementação da brinquedoteca na assistência à criança hospitalizada. A infância é uma fase fundamental no desenvolvimento humano. Porém, no decorrer desse desenvolvimento, as crianças também passam por momentos de doenças, que por diversas vezes acompanhada de uma hospitalização.

O processo de hospitalização infantil é muito memorável na vida de uma criança, que nessa ocasião ela se apresenta frágil e a impossibilitando a exercer suas atividades normalmente. O ambiente hospitalar é muito desconhecido para uma criança e para sua

rede de apoio, quanto em sua rotina como seu aspecto físico, possuindo normas e regras específicas e que precisão de se adequar a estas exigências, como os horários e cardápios para as refeições, uma cama que não está acostumada a dormir, banheiro comunitário e procedimentos invasivos e dolorosos. Estas exigências hospitalares podem gerar despersonalização da criança e dificultar no enfrentamento da doença.

Assim, a brincadeira na assistência hospitalizada pode ser uma forma de enfrentamento desta situação de hospitalização e a minimizando o contexto internação. O brincar vem sendo valorizada, certificando na lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a qual apresenta a obrigatoriedade de instalação de Brinquedoteca nas unidades de saúde que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação (BRASIL, 2005).

Dessa maneira na educação o brincar serve como recurso metodológico comprovado na saúde. Portanto, no hospital o brincar humaniza o atendimento, estimula o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e previne a saúde mental. Para que o brincar seja de fato exercitado e cumpra seus propósitos no ambiente hospitalar, é essencial que toda a equipe de enfermagem entenda o significado do brincar para a criança (OLIVEIRA et al., 2009).

A brinquedoteca é um instrumento de tratamento na pediatria para qualidade de vida para criança hospitalizada, pois sabemos que o período de internação é visto pela criança como um momento desagradável e se torna um momento traumático na sua vida, estar ali presa fora do seu cotidiano da escola, amigos, brincadeiras e do seu ambiente familiar. É fundamental que toda equipe multidisciplinar entenda que o brincar no ambiente hospitalar não está somente relacionado com o contexto de deixar à criança mais a vontade e sim numa medida paliativa. O brincar no período de internação está dentro dos cuidados paliativos para crianças doentes como um todo seja ela basal ou terminal e no caso de internações um pouco menores a brinquedoteca está para estimular o desenvolvimento da criança o seu bem-estar físico, mental e psicológico (OLIVEIRA, 2006).

O brincar no hospital humaniza o atendimento e estimula o desenvolvimento neuropsicomotor adequado da criança e faz prevenção da saúde mental. Foi observado que muitas vezes as atividades lúdicas da brinquedoteca não são desenvolvidas e implementadas devidamente. Porque muitas unidades hospitalares tem suas diferentes formas e dinâmicas para o uso da implementação da brinquedoteca, mais nem todas estão corretamente estruturadas para que as atividades façam parte da rotina da equipe multidisciplinar no tratamento das crianças, pois a tendência é ter a maior adesão ao tratamento e menos trauma psicológica sendo assim a equipe de enfermagem alcançará suas metas e objetivos traçados no tratamento (OLIVEIRA et al, 2009).

Espera-se com esse estudo realizar o incentivo de ações educativas, agindo de forma individual de tratamento, para promover a sensação de bem-estar, elevar a autoestima e oferecer meio para as crianças internadas e a toda a família de forma acolhedora. O enfermeiro é um educador, que lida direto com a população, utiliza de suas práticas, para promoção à saúde, esclarecendo que o brincar é importante na melhora dessa criança hospitalizada, visto que ela saiu do seu lar, do seu local de aconchego para um lugar onde na visão dela: frio, desconhecido, com pessoas que ela não conhece e nunca viu. A brincadeira ajuda a criança a lidar com emoções reprimidas, acelera na recuperação psicomotora e na adaptação.

A motivação desse estudo surgiu da vivência de uma acadêmica que trabalha em um Hospital Municipal do Rio de Janeiro, que participou da inauguração do Espaço de Brincadeira que faz parte das ações de humanização que estão sendo implantadas nos hospitais que é muito especial porque é destinada aos pequenos pacientes. Contribuindo positivamente como uma visão que o brinquedo terapêutico tem como função liberar seus temores e ansiedades.

A brinquedoteca pode ser utilizada sempre que à criança tiver dificuldade em entender e enfrentar uma experiência difícil ou precisar ser preparada para um procedimento. Avaliamos que a equipe de enfermagem faz papel importante no brincar e na assistência com a criança, pois promove o vínculo trazendo um relacionamento afetivo e de segurança, ajudando na realização dos procedimentos. Melhorando no tratamento clínico dessa criança ajudando previamente na sua alta hospitalar permitindo maior custo e benefício para esse hospital.

A criança fica vulnerável socialmente e psicologicamente de acordo com a internação diante de procedimentos dolorosos a sua permanência em um ambiente hospitalar não sendo muito hostil trazendo-lhe restrição das suas atividades do seu cotidiano, fazendo com que essa criança não aceite muito bem o tratamento para sua recuperação levando uma piora no seu quadro clínico.

Diante deste problema foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais os benefícios da implementação da brinquedoteca de acordo com a visão da equipe de enfermagem?

## REFERENCIAL TEÓRICO

O estatuto da criança e do adolescente (ECA) criado pela lei n.º 8.069/90, é um conjunto de normas no ato jurídico brasileiro com objetivo de cuidar e proteger pessoas menores de idade conforme o estatuto previsto em lei, segurando-lhe proteção integral (BRASIL, 1990).

Segundo Ishida (2015, p.5) não havia diferença entre criança e adolescente (havia apenas cognome “menor”). Sendo assim surgiu a necessidade de garantir direitos e deveres e acabar com quaisquer maus tratos referentes à criança e ao adolescente.

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (OMS apud, 2018, p.7). A Organização Mundial da Saúde considera que adolescente é todo aquele na faixa etária de (10 a 19 anos), podendo se estender até a idade (15 aos 24 anos).

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade (ECA, 1990, p.1).

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 1990, p. 1).

Segundo ECA (1990), todas as crianças são asseguradas por lei tendo acesso integral as linhas de cuidados voltados à saúde da criança e do adolescente por intermédio do sistema único de saúde (SUS), contemplando o princípio da equidade no acesso as ações e serviço para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, reforça o compromisso pela promoção do bem-estar desses pequenos cidadãos. Responsabilidade esta que não é apenas da família, mas do Estado e da sociedade como um todo (BRASIL, 2004, p. 5).

Acredita-se que pessoa na faixa etária de 0 a 5 anos essa fase e denominada como primeira infância e pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos são consideradas como criança Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015, p.2).

Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento (PNAISC, 2015, p.2).

A criança hospitalizada gera uma situação crítica em qualquer fase de sua vida, dessa forma Lima et al., (2016). Afirma que a internação na infância torna-se ainda mais complexa por interferir diretamente na sua rotina, hábitos de sono, higiene, e alimentação, e cotidiano familiar por ser muitas vezes submetidas a situações que podem levá-la ao estresse.

Assim na hospitalização a criança pode se sentir fora do ambiente habitual do seu lar, e para minimizar esse sentimento Figueiredo (2003), cita algumas formas. Uma delas é a estimulação da criança por meio de jogos e brincadeiras, sendo necessário o conhecimento das fases do desenvolvimento e crescimento para que assim possa se programar e dosar os conteúdos das brincadeiras e dar a criança os instrumentos adequados dessa forma.

Na assistência de enfermagem prestada à criança hospitalizada requer manter o contato entre criança x brinquedo, pois brincar além de ajudar na adaptação hospitalar pode ajudá-la no enfrentamento do medo da internação, podendo diminuir a sua ansiedade e situações de estresse.

Figueiredo (2003, p.26) afirma que “O planejamento das ações de enfermagem, na maioria das vezes está voltado aos cuidados físicos sem valorizar os aspectos físicos e emocionais. Na verdade, o maior objetivo de uma instituição é melhorar o estado físico e curar”.

Hochenbry e Wilson (2016) reforçam que “A enfermagem tem como objetivo amenizar a dor e ansiedade tanto da criança e também de seus familiares que muitas das vezes se sentem culpados pela doença e agravamento da mesma”.

Quando o assunto é a importância da brincadeira, Figueiredo (2003, p.24) apresenta que “A brincadeira é necessária para uma infância saudável e serve de alicerce para a formação de um adulto feliz, criativo, equilibrado, aberto para a vida e para as pessoas”.

Figueiredo (2003, p.25) afirma que por meio das brincadeiras as crianças começam a aprender sobre os valores morais que serão fortalecidos na família, na escola e no mundo. Dessa forma as crianças são estimuladas a se adaptarem aos padrões do grupo para assim participarem das brincadeiras.

Quando a criança participa das atividades que lhe são propostas, ela diminui seu receio dentro do ambiente hospitalar e com isso seu tratamento passa a ser enfrentado de modo mais natural. Dessa forma Figueiredo (2003), ressalta que qualquer que seja a brincadeira ou Brinquedo, todos os sentidos do corpo são estimulados. Em determinados momentos, alguns podem ser estimulados mais que outros, provocando prazer, medo, expectativas.

## **A importância do acompanhante para a criança hospitalizada**

Mesmo a criança sendo o centro das atenções, precisamos cuidar dos acompanhantes das crianças internadas. A preocupação da equipe de enfermagem deve estar voltada para os dois indivíduos, porém em caráter diferente, mas com um único objetivo: Restaurar a saúde ou proporcionar o máximo de conforto quando não houver possibilidade terapêutica. Diante da internação de uma criança, a família também fica hospitalizada. Conseqüentemente ela pode ficar com seu emocional afetado, em consequência do medo, da dor, qualidade do tratamento, possíveis agravamentos, entre outros...

O acompanhante não necessariamente precisa ser os pais, e sim alguém próximo à criança. O familiar que acompanha a criança internada, também precisa ser sujeito aos cuidados da equipe de enfermagem. Essa pessoa muda toda sua rotina ao chegar no hospital. Seus hábitos devem ser respeitados quando possível a fim de não causar maiores estressores. A comunicação não efetiva por parte dos profissionais de saúde pode causar um sofrimento maior a esse acompanhante, e isso pode contribuir para piora do estado de saúde da criança. É fundamental explicar de forma clara todo e qualquer procedimento que será feito e o porquê será feito na criança (FIGUEIREDO, 2003).

Deve se cuidar do acompanhante dentro do hospital, pois ele é uma extensão da família, e precisa ser devolvido a ela equilibrado e seguro para continuar a vida. É fundamental estimular ao descanso físico (um lugar para ele repousar que seja próximo do filho) (FIGUEIREDO, 2003, p.153).

A criança hospitalizada precisa de um parente próximo, alguém de sua confiança, que o faça sentir se seguro. A equipe de enfermagem não substitui aos pais e nem parentes. E sim, são profissionais que buscam promover cuidados e evitar riscos. Não devemos julgar os acompanhantes, e sim respeitar seu modo de vida e religião seja ela qual for. E sim, conscientizá-las dos seus direitos e deveres (FIGUEIREDO, 2003).

Os acompanhantes devem saber que a lei fundamental de enfermagem é de nunca colocar em risco a vida de uma criança e a paz dos que a acompanham durante o período da internação, mesmo que o procedimento seja invasivo e desconfortante (FIGUEIREDO, 2003, p.154).

Incentivar a participação dos acompanhantes nos procedimentos realizados com as crianças, também é muito importante, para o momento da alta hospitalar, muitas crianças deixam o hospital ainda precisando de cuidados especiais que podem ser realizados pelos familiares. E preparar o acompanhante para esse momento é primordial para a criança e para o próprio acompanhante. Porém, não podemos obrigá-los, apenas conscientizá-los da importância (HOCKENBERRY; WILSON, 2016).

Figueiredo (2003, p.156) afirma que:

Preocupar-se com a família da criança é desenvolver uma prática Social, porque a criança é parte da sociedade e volta para seu Habitat natural quando se restabelece. A enfermagem deve se preocupar com os familiares das crianças como se a situação pudesse ser dela própria ou de próximo (FIGUEIREDO, 2003, p. 156).

A equipe de enfermagem deve conscientizar-se que os pais adoecem junto com seus filhos e a necessidade de entender a patologia os deixa aflitos. Muitas vezes precisam de apoio emocional. E é um direito deles permanecerem com seus filhos durante a internação. Incluí-los nos cuidados, fazem os perceber o quanto sua participação é grandiosa para a recuperação de seus filhos, com isso acabam fortalecendo o cuidado com a criança (FIGUEIREDO, 2003).

A equipe de enfermagem precisa ter um olhar individual para cada acompanhante, pois podem existir aqueles que não abrem mão de estar com seus filhos ainda que se sinta sobrecarregado, que fazem questão de participar de todos os procedimentos. Mas também podem existir aquelas que se sintam inseguras, por exemplo: alimentar seu filho. As que precisam de um refúgio, ainda que temporário da rotina hospitalar. O apoio individualizado para cada um é muito importante. Talvez a intervenção de outro membro da equipe multidisciplinar seja necessária, como psicólogo, grupo de apoio.

Um dos principais estressores para os acompanhantes pode ser o padrão de sono alterado. Na maioria das vezes passam a noite de forma desconfortáveis, sobre cadeiras,

acordam várias vezes durante a noite para amamentar, acalantar o choro em função da dor, e ainda com os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. É importante incentivar o revezamento entre os familiares. O acompanhante é uma “ponte” muito importante para chegarmos até a criança de forma mais cautelosa, pois se a criança presencia um bom relacionamento da equipe de enfermagem com seu familiar pode se sentir mais segura em relação à equipe.

É importante que o acompanhante também se sinta seguro em relação à equipe que está assistindo sua criança, isso evitará medos e desconfianças. Essa proximidade dos pais com a equipe que está assistindo seu filho e a participação dos mesmos nos procedimentos realizados, também é muito importante para o momento da alta hospitalar. Muitas crianças deixam o hospital necessitando de cuidados especiais e o conhecimento dos pais precocemente será muito importante para esse momento, onde muitas vezes não terão mais a equipe de enfermagem perto. Porém não podemos obrigá-los, e sim incentivá-los. Independente do grau de entendimento dos acompanhantes deve sempre incentivá-los aos cuidados com a criança, sempre supervisionado pela equipe de enfermagem (HOCKENBERRY; WILSON, 2016).

## **BRINQUEDOTECA**

### **Jogo/Brincadeira**

Brincar é um método de estimular a criança no progresso do seu desenvolvimento, em especial nos três primeiros anos de vida. O cérebro se desenvolve a uma agilidade jamais vista em qualquer outra época. As brincadeiras na infância influenciam de forma eficaz na transição da infância para a adolescência, desenvolvendo habilidades de aprendizado e da capacidade de controlar emoções. Nem sempre é preciso grandes inversões em brinquedos sofisticados, pois a brincadeira pode ser criada em qualquer tipo de família e os brinquedos também podem ser feitos artesanalmente (FIGUEIREDO, 2003, p.32).

"A criança que não brinca que se desenvolve muito cedo a noção do peso da vida, não tem condições de se desenvolver de maneira sadia" (TELLES apud FIGUEIREDO, 2003, p.33).

Por isso Whaley e Wong (1990, p.84) dizem que quando as crianças brincam, aprendem o que ninguém pode ensinar, aprendendo a enfrentar seu ambiente de objetos, tempos, espaços, estruturas e pessoas. Se adaptando na sociedade que impõe sobre elas, dividindo momentos complicados e estressante de viver e ajuda a atingir relações satisfatória com as pessoas.

### **Desenvolvimento Sensoriomotor / Intelectual**

O desenvolvimento sensoriomotor acarreta o desenvolvimento muscular, minimiza o estresse, explora a natureza do mundo físico. No neonato e crianças com mais idades começam a encontrar suas habilidades e alcançar impressões de si mesmo através da estimulação tátil, auditiva, visual e sinestésica. Os maiores e os pré-escolares tendem a se importar pelas coisas no espaço, sendo assim o desenvolvimento sensoriomotor é caracterizado por desenvolvimento intelectual que aprendem as cores, formas, tamanhos, texturas e o significado dos objetos, a socialização que estabelece relações sociais e a resolver problemas em grupos, na autoconsciência ajudam na formação da identidade, na criatividade estimulam a criança ser criativo, na terapia ajuda a aliviar a tensão e o estresse e por fim a moral que as crianças aprendem sobre os valores morais e se adaptar aos padrões sociais (FIGUEIREDO, 2013, p.34-37).

## **Categorização dos brinquedos**

Os brinquedos são categorizados da seguinte forma: brinquedo funcional; brinquedo de ficção ou imaginários; brinquedo de representação e de construção; brinquedo com outros e com regras e bando e assimilação de papéis sociais (LAMOSA, 1990, p.14).

## **Característica Social das Brincadeiras**

Segundo Whaley & Wong (1990, p.85), que caracterizam as brincadeiras com o seu conteúdo social: brincadeira solidária; brincadeira observadora; brincadeira paralela; brincadeira associativa e brincadeira cooperativa, as interações de convivência social são estabelecidas de acordo com a idade avançada. A brincadeira em grupo se torna fundamental ao processo de socialização.

## **Brincando com a criança hospitalizada**

É primordial que a equipe de enfermagem conheça a período do desenvolvimento da criança, orientando a responsável quanto os brinquedos e brincadeiras mais prováveis, selecionando o brinquedo a cada faixa etária, sobre brinquedos seguros, sobre a manutenção, sobre limpeza e armazenamento dos brinquedos em local adequado. Todas as equipes multidisciplinares precisam recordar que toda criança hospitalizada deve brincar e a equipe de enfermagem que permanece com o tempo maior em contato com a criança torna o profissional mais apropriado para interagir com ela e encorajar nos momentos delicados.

No ambiente hospitalar, o brinquedo ajudará a criança no processo de desenvolvimento, no seu relacionamento com a realidade externa e na superação das experiências traumáticas, entre outras funções. Não se deve entender o brincar como um instrumento do recreador, mas como uma ação terapêutica e social em que a criança faz o elo entre seu mundo interior e o exterior através de atividades lúdicas (FIGUEIREDO, 2003, p.42).

Na enfermagem o brincar tem a finalidade de resgatar a criança e manter uma relação com a realidade, garantindo suavizar o sofrimento da dor por meio do ato de brincar, garantindo a junção das outras crianças hospitalizadas e possibilitando sua liberdade.

## **METODOLOGIA**

Para atingir o objetivo proposto utilizou-se como estratégia metodológica a revisão bibliográfica, como abordagem descritiva de natureza exploratória e caráter qualitativo.

Gil (2010, p.29) afirma que a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, esta modalidade de pesquisa inclui material já impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos.

Já as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população. Podem ser também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2010, p.27).

GIL (2010, apud SELTZ et al.,1967, p.63) afirma que as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-los mais explícito ou a construir hipótese.

A pesquisa exploratória significa a elaboração do projeto de pesquisa e de todos os passos necessários para preparar o início da etapa. É a fase dedicada e que requer empenho e dedicação na pesquisa para uma boa elaboração e compreensão.

A pesquisa exploratória, segundo Minayo (2010, p.26);

Consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para a entrada em campo. É o tempo dedicado e que merece empenho e investimento a definir e delimitar o objeto, a desenvolvê-lo teoricamente e metodologicamente, a colocar hipótese ou alguns pressupostos para seu encaminhamento, a escolher e a descrever os instrumentos de operacionalização do trabalho, a pensar o cronograma de ação e a fazer o procedimento exploratório para escolha do espaço e da amostra qualitativa (MINAYO, 2010. p.26).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados (MINAYO, 2010, p.21).

Como critérios de inclusão, foram selecionados textos na língua portuguesa, artigos publicados em até cinco anos, protocolos do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, livros e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Foi excluído, qualquer texto que não fosse na língua Portuguesa, artigos publicados há mais de cinco anos e artigos que não estivessem disponíveis gratuitamente na internet.

Essa busca foi complementada e obtida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio das bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), especificamente na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Para complementar o estudo, foram utilizados livros, manuais, resoluções.

Quadro 1.0 Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas bases de dados com os descritores individualizados.

Descritores	Totais de artigos disponíveis na MEDLINE	Totais de artigos disponíveis na LILACS	Totais de artigos disponíveis na BDNF	Totais de artigos encontrados Artigos selecionados	Artigos selecionados
Brinquedoteca	02	51	06	59	4
Criança Hospitalizada	6.015	1.078	45	52.093	2
Ética	12.100	12.182	1.872	134.814	1
Desenvolvimento infantil	81.026	6.233	385	444.259	2
Total	209.141	71.153	437.872	688.166	09

A análise dos dados foi realizada a partir da Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin (2011).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos foram organizados em três categorias, dentre elas: Categoria 01: Relatos de experiência de acadêmicos e profissionais com brinquedo e brinquedoteca, na atenção básica, unidade hospitalar e comunidade Categoria; 02: Importância de rotina para higienizar os brinquedos; Categoria 03: Os benéficos da brinquedoteca.

### **Categoria 1: Brinquedoteca e suas ações na atenção básica, na unidade hospitalar e comunidade, com relatos de experiência de acadêmicos e profissionais.**

A primeira categoria foi realizada com base em três artigos intitulados: "Experiência de um estágio curricular em terapia Ocupacional na atenção primária: focos nas necessidades em saúde infantil"; "A brinquedoteca Hospitalar como fator de promoção no

desenvolvimento infantil: relato de experiência”; “Ética do cuidado: a brinquedoteca como espaço de atenção a criança em situação de vulnerabilidade”.

O primeiro estudo intitulado "Experiência de um estágio curricular em terapia Ocupacional na atenção primária: focos nas necessidades em saúde infantil" traz relatos de experiência de acadêmicos mostrando a importância da brinquedoteca na participação da terapia ocupacional, na promoção de saúde e na prevenção junto a saúde infantil dentro da ABS, onde tem como foco potencializar as ações capazes de reconhecer e fornecer recursos próprios para cada característica da infância. Visto que até então não existia nenhum projeto ligado para atender as demandas e as necessidades da saúde infantil neste local. Ruas et al (2010). Ruas et al (2010) afirmam que:

A criação de brinquedotecas, em vários países e no Brasil, teve como objetivo a valorização e o resgate da ação lúdica pelo livre brincar, a qual caracteriza a ocupação humana infantil, essencial para promover e potencializar a saúde de toda e qualquer criança (RUAS et al 2010).

Considerando essas premissas, a TO e a pediatria desenvolveram um serviço para acolher e acompanhar o desenvolvimento infantil global (aspectos motores, cognitivos, sensoriais e afetivos) de toda criança de 0 a 3 anos, independentemente de ter ou não algum fator de risco para seu desenvolvimento, que passasse pela pediatria e/ou vacinação na UBS do Capuava.

Segundo artigo intitulado "A brinquedoteca Hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência" apresenta que a internação hospitalar, frequentemente, é vista pela criança como uma experiência desagradável a qual é acompanhada de dor, ansiedade, medo, além de sensações de abandono e culpa.

A brincadeira é a maneira mais autêntica pela qual a criança expressa e elabora suas vivências. O objetivo do artigo é relatar a experiência vivida entre a criança e seus familiares no âmbito hospitalar trás para as crianças assim como seus familiares muitos medos e ansiedades, pois estão em um ambiente fora de seu cotidiano e o enfrentamento com a doença e suas mudanças físicas e emocionais lhe trazem um efeito que muitas vezes são difíceis de serem administradas. E são nesses momentos que os fatores como tempo de hospitalização, mudança de hábito trazem diversas dificuldades para a ambientação no qual a brinquedoteca faz com que esse momento seja minimizado trazendo que por alguns minutos um ambiente feliz e descontraído. Oliveira et al (2009) afirmam que:

No momento da conclusão das atividades diárias, as crianças tinham a opção de permanecerem com os brinquedos, garantindo que pudessem brincar por mais tempo, não ficando as brincadeiras limitadas apenas à presença dos brinquedistas (OLIVEIRA et al, 2009).

O terceiro estudo intitulado, “Ética do cuidado: a brinquedoteca como espaço de atenção a criança em situação de vulnerabilidade” refere-se a pesquisa a ser relatada que foi realizada em uma brinquedoteca comunitária de um bairro da zona oeste do município de São Paulo, a partir de um trabalho realizado com as crianças e adolescentes, e assumiu contornos mais nítidos a partir das práticas cotidianas na brinquedoteca e no contato com o território onde está instalada. Juri e Amirralin (2013) reforçam que:

A preocupação com o estado em que vivem tantas crianças e adolescentes em nosso país ultrapassa o campo de saber da saúde, porém implica-o, cada vez mais, no sentido de articular ações que viabilizem formas de vida e existência saudáveis (JURDI e AMIRRALIAN, 2013).

O papel da equipe é ensinar as crianças e os adolescentes a dividirem o espaço sem conflito pessoal, resgatando valores e prestando cuidados mais humanizados, proporcionando um ambiente mais hostil a recebê-los para que ato de brincar seja criativo pudesse fazer parte da vida delas.

## **Categoria 2: Importância de rotina na higienização dos brinquedos.**

A segunda categoria foi realizada com base em dois artigos intitulados: “Perfil de sensibilidade de staphylococcus SSP. E streptococcus SSP. Isolados de brinquedos de brinquedoteca de um hospital de ensino”; “Protocolo de desinfecção de brinquedos nas unidades de internação pediátrica: vivência acadêmica de enfermagem”

O primeiro artigo intitulado “Perfil de sensibilidade de staphylococcus SSP. E streptococcus SSP. Isolados de brinquedos de brinquedoteca de um hospital de ensino”. Segundo Silva et al., (2014) O objetivo do artigo foi observar a presença de microrganismos dos gêneros Staphylococcus e Streptococcus em brinquedos de uma brinquedoteca de unidade pediátrica hospitalar, bem como analisar o perfil de resistência aos antimicrobianos das cepas isoladas.

Nele foi possível observar a contaminação de brinquedos na brinquedoteca; a importância de rotina para fazer higienização do mesmo; do material do brinquedo (plástico, acrílico, metal, borracha) como devem ser escolhidos os materiais e que sejam de fácil limpeza com água e sabão, não sejam tóxicos que possam ser desinfetados com álcool 70% sem danificá-los.

Tendo em vista a importância de brinquedos como coadjuvantes na ação terapêutica de crianças hospitalizadas e, por outro lado, a possibilidade de serem reservatórios de microrganismos potencialmente patogênicos e multirresistentes, o objetivo deste estudo foi avaliar a presença de bactérias dos gêneros Staphylococcus e Streptococcus em brinquedos de brinquedoteca de uma unidade pediátrica hospitalar, bem como analisar o perfil de resistência aos antimicrobianos das cepas isoladas (SILVA et al., 2014).

O tipo de material do brinquedo certamente influencia a contaminação. No presente estudo, os de plástico apresentaram a contaminação mais elevada. Esses resultados acompanham estudos de Ávila Agüero et al., (2014) que também verificaram maior contaminação bacteriana em brinquedos de plástico (75% – 92/122), seguidos de brinquedos de metais (16% – 20/122) e outros materiais (9% – 10/122) (Silva, et al, (2014). De acordo com que foi dito é primordial a limpeza correta dos brinquedos para que não haja disseminação de bactérias resistente a antibióticos.

O segundo artigo intitulado “Protocolo de desinfecção de brinquedos nas unidades de internação pediátrica: vivência de acadêmicos de enfermagem”. Segundo Freire et al., (2013), os brinquedos das instituições hospitalares, comuns em brinquedotecas, são de uso compartilhado, oferecendo, para as crianças que os manuseiam, risco de infecção hospitalar cruzada. Foi evidenciada a contaminação em 10 brinquedos plásticos, o resultado demonstrou a contaminação dos brinquedos com seis gêneros e 22 espécies de bactérias, 90% dos microrganismos encontrados apresentavam resistência a um ou dois antimicrobianos.

Para a criança, a brinquedoteca é primordial para a contribuição no desenvolvimento infantil. É durante a brincadeira, que a criança expõe seus sentimentos e emoções, favorecendo sua socialização. Sendo um direito respaldado pela lei Federal n 11.104/2005. Porém, em meio a esse processo que só traz benefícios para a criança, devemos atentar para a infecção relacionada à saúde.

Para realizar a desinfecção é necessário lavar e desinfetar os brinquedos entre cada uso; se o brinquedo não puder ser lavado, por exemplo, o de pelúcia, não é apropriado. A ação de limpeza e desinfecção dos brinquedos deve obedecer a uma rotina, constituída por uma etapa de higienização, outra de armazenamento dos brinquedos, e com o estabelecimento da frequência da limpeza e desinfecção, bem como o seu registro apropriado (FREIRE et al. 2014).

A infecção cruzada é um assunto de extrema importância, pois as crianças que utilizam o espaço, tem diferentes tipos de patologias. Sendo primordial o processo de desinfecção dos brinquedos, realizados de forma adequados, ressaltando a importância da criação de um POP.

### **Categoria 3: Os benefícios da brinquedoteca**

A terceira categoria foi realizada com base em quatro artigos intitulada: "Brinquedoteca hospitalar; a visão dos acompanhantes de crianças"; "O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem"; "Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do brinquedo no cuidado as crianças hospitalizada"; "O brincar como instrumento de resgate do cotidiano da criança hospitalizada".

O primeiro artigo intitulado "Brinquedoteca hospitalar; a visão dos acompanhantes de crianças". Segundo Silva (2015) estudos que investigam as ideias dos acompanhantes a respeito da brinquedoteca hospitalar indicam que esta beneficia tanto as crianças quanto seus familiares.

A hospitalização institui a criança e ao seu acompanhante a experiência e situações novas. Todas essas mudanças podem causar uma interrupção na rotina de vida de uma criança, podendo ser prejudicial. Por conta disso no Brasil se dispõe uma lei sobre a obrigatoriedade de instalação de Brinquedoteca nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, que constitui de um espaço promovido de brinquedos e jogos educativos. Silva et al (2015) afirmam que:

O brincar é propulsor do desenvolvimento humano, pois, quando a criança brinca, ela apreende o mundo à sua volta e participa ativamente da cultura lúdica e de uma cultura construída com seus pares. O brincar permite à criança exercitar suas capacidades e desenvolver os aspectos motores, cognitivos e sócios afetivos (SILVA, et al, 2015).

Nesse modo os acompanhantes identificaram uma percepção positiva, destacando o bem-estar e alegria, uma maior adesão ao tratamento e a sensação de que o tempo passa mais rápido.

O segundo artigo intitulado "O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem" Souza et al., (2012) refere-se que o processo de hospitalização traz transtornos em todas as fases da vida e, na infância, esses transtornos ficam mais evidentes, apresentando à criança manifestações de insatisfação momentânea ou prejuízos que permanecem mesmo após a alta hospitalar. Em decorrência de seu pensamento fantasioso e egocêntrico, a maioria das crianças apresenta dificuldades na compreensão dos fatos e situações vivenciadas, passando a crer que a doença e/ou hospitalização é uma punição por mau comportamento ou algum erro.

Foi observado que as atividades lúdicas da brinquedoteca infantil são bastante eficazes no tratamento da criança hospitalizada, seja por falta de recursos e ou por profissionais capacitados para a sua aplicação. Onde o lúdico gerou em grandes casos uma melhoria.

Considerável tanto no aspecto emocional, clínico e além de promover uma relação de confiança entre a equipe de enfermagem. Souza et al., (2012) destacam que:

O Brinquedo capacitador de funções fisiológicas, o qual busca desenvolvimento de atividades em que as crianças possam, de acordo com suas necessidades, melhorar ou manter suas condições físicas<sup>3-5</sup>. Seu uso na assistência de enfermagem à criança é importante, pois facilita uma resposta positiva dela durante um procedimento doloroso, demonstrando comportamentos ou respostas na brincadeira. Referente à criança doente, o brinquedo apresenta quatro funções: a primeira permite a liberação da raiva por meio da expressão; a segunda consiste em repetir experiências dolorosas a fim de compreendê-las; a terceira é restabelecer um elo entre o lar e o hospital e a quarta é retrair-se para readquirir o controle. Através dessas quatro funções, a criança manipula o seu mundo e obtém o controle da situação (SOUZA, et al., 2012).

Dessa forma a união da equipe de enfermagem com a terapia lúdica deve fazer parte da rotina da pediatria, pois promove tratamento mais eficaz e de qualidade para a criança hospitalizada.

O terceiro artigo intitulado "Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do brinquedo no cuidado da criança hospitalizada". Trata-se de um estudo realizado em um hospital estadual da região centro-oeste, do Estado de São Paulo, sendo os participantes da pesquisa, sete enfermeiros, um técnico de enfermagem e três auxiliares de enfermagem.

O estudo mostrou o quanto a internação é difícil para a família e para criança, e o quanto a utilização dos brinquedos podem ajudar a minimizar o sofrimento para ambas as partes e aumenta o vínculo entre a criança e os profissionais de saúde.

Para a criança, a internação é sinônimo de uma situação ruim a ser vivenciada durante esse processo, ela fica longe dos familiares, amigos e escola. Para eles, esse processo é doloroso. O brinquedo terapêutico, pode ser utilizado para amenizar os conflitos que os procedimentos apresentam (GOMES; SILVA; CAPELLINI, 2016, p.22).

Não se pode deixar de mencionar que a brincadeira permite que a criança comece a explorar o mundo, a se comunicar com as pessoas a aflorar sua imaginação sentir novas emoções, sonhar e se auto conhecer (GOMES; SILVA; CAPELLINI, 2016, p.24).

O uso da brinquedoteca melhora o cuidado e ajuda a criança a entender e aceitar o processo de hospitalização. Os benefícios que a brinquedoteca proporciona são nitidamente percebidos pela equipe de enfermagem e pelos familiares das crianças. Por esse motivo, a implementação da brinquedoteca deve ser incentivada. A maior dificuldade que o paciente pediátrico apresenta é o medo do desconhecido, sendo então, a comunicação e o brinquedo terapêutico estratégias que a enfermagem oferece para criança se expressar (GOMES; SILVA; CAPELLINI, 2016).

Conforme a Resolução no 295/2004 do Conselho de Enfermagem, compete ao enfermeiro que atua na área, pediátrica, a utilização da técnica brinquedo/ brinquedo terapêutico na assistência a criança e a família hospitalizada (GOMES; SILVA; CAPELLINI, 2016, p. 25).

O quarto artigo intitulado "O brincar como instrumento de resgate do cotidiano da criança hospitalizada" tem por objetivo analisar a rotina e o funcionamento de uma brinquedoteca em hospital pediátrico. O estudo revela que o espaço e o tempo do hospital são marcados pelas exigências médicas, e a existência da brinquedoteca passa por um processo para ser totalmente oculta e reconhecida.

As antigas construções em cruz, comum nos hospitais medievais, cedem aos poucos lugar para as formações de pavilhões, expressando a preocupação em proporcionar mais segurança (LOPES, JUNIOR, OLIVEIRA, 2016, p. 96).

Observamos que estar na brinquedoteca era o momento que as crianças têm para conhecer outros espaços dentro da unidade, aumentando sua visão. Vemos também que as vezes a criança não rejeitava ir até a brinquedoteca e que essa recusa foi sempre representada, pois diversos os fatores podem nessa recusa (como o desânimo, por exemplo) (LOPES; JUNIOR; OLIVEIRA, 2016).

Lopes, Junior e Oliveira (2016, p. 17) afirmam que:

Observamos que ir à brinquedoteca há uma oportunidade de a criança conhecer outros espaços dentro da instituição, ampliando a sua visão. Por outro lado, vimos também que nem sempre, a criança aceitava o convite para ir até a brinquedoteca, e que essa atenção sempre foi respeitada, pois vários fatores podem contribuir para isso (como o avanço, por exemplo), além do fato deste ser um dos poucos momentos em que a criança no hospital pode dizer não. No hospital inserir o brincar significou por vezes, alterar práticas que muitas vezes a instituição não estava disposta a aceitar, como o "medo da perda do acesso venoso", que foi por muito tempo um dos principais motivos que levaram a equipe de saúde a se posicionar contra a brinquedoteca e que precisou ser rapidamente tratadas (LOPES; JUNIOR; OLIVEIRA, 2016, p. 17).

A brinquedoteca é uma ferramenta fundamental, na vida da criança hospitalizada, torna os dias mais leves, onde a criança envolve - se em brincadeiras, esquecendo os estressores causados pelos procedimentos a que são submetidas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o trabalho pudemos concluir que a equipe multiprofissional dentro da rede hospitalar pediátrica, tem uma valiosa estratégia, onde demonstrou-se que se implantada pode fazer grande diferença no período de internação da criança juntamente com seus familiares. Percebe-se o quanto é importante envolver a criança nos projetos da brinquedoteca no momento da sua internação, podendo assim minimizar o medo do primeiro contato hospitalar.

O enfermeiro pode utilizar de diversas estratégias utilizando-se da brinquedoteca para que possa intervir positivamente no comportamento da criança diante dos seus medos e anseios. É necessário que a equipe multiprofissional esteja envolvida no que tange o projeto da brinquedoteca, para que assim tenha sucesso na proposta.

Apesar da implementação da brinquedoteca se tratar de uma lei, sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que oferece e atendimento pediátrico em regime de internação ainda existe uma certa resistência para a implementação da mesma em muitas delas. Visto que por não existir uma punição concreta algumas unidades hospitalares fogem ao não cumprimento da lei.

Com base no estudo evidenciou que a brinquedoteca é utilizada mundialmente e no Brasil tem como principal objetivo a valorização do lúdico tendo, com o foco o ato do brincar, potencializando sua recuperação através de uma assistência humanizada. Contudo essa estratégia utilizada envolve um risco relacionado a infecção cruzada, devendo a equipe ser responsável pelo cuidado com a escolha dos brinquedos bem como a desinfecção dos mesmos, visando a prevenção de agravos a saúde.

## **REFERÊNCIAS**

ALVES LOPES, Bruna; RIBEIRO DE OLIVEIRA JUNIOR, Constantino; BARROS DE OLIVEIRA, Vera. O brincar como instrumento de resgate do cotidiano da criança hospitalizada. Boletim Academia Paulista de Psicologia, v. 35, n. 88, 2015.

BRASIL. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. BRASIL.

BRASIL. Decreto lei nº 11.104 de 21 de março de 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm).. Acesso em 29/10/2017 às 20hrs.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BRASIL. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015.

BRASIL. LEI no. 11.104 de 21 de março de 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm). Acesso em 29/10/2017 às 20hrs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

FIGUEIREDO, A. M, N. Práticas de Enfermagem, Ensinando a cuidar da criança, São Paulo, Difusão Enfermagem, 2003.

GESSNER, Rafaela et al. Protocolo de desinfecção de brinquedos em unidade de internação pediátrica: vivência acadêmica de enfermagem/Protocol for disinfection of toys in pediatric hospital unit: academic nursing experience DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v12i1.15053. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 12, n. 1, p. 184-188, 2013.

GIL, C.A. Como elaborar projetos de pesquisa 5º Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Maria Fernanda Pereira; SILVA, Isabella Dutra; CAPELLINI, Verusca Kelly. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do brinquedo no cuidado as crianças hospitalizadas. Rev. enferm. UFPI, v. 5, n. 1, p. 23-27, 2016.

HOCHENBERRY, e WILSON Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 9º Ed. Rio de Janeiro, ELSEVIER, 2016.

ISHIDA Estatuto da criança e do adolescente: doutrina e jurisprudência, 16º Ed. São Paulo: ATLAS, 2015.

LAMOSA, B N R. Reflexões sob um Programa de Recreação para criança Cardiopatas Hospitalizadas. In: Revista Oficial da Sociedade de Cardiopatas do Estado de São Paulo, vol. 5, p. 14 . 1990.

LIMA et al., A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO HUMANIZADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA ATRAVÉS DO LÚDICO Anais 2016: 18ª Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes. “A prática interdisciplinar alimentado a Ciência”. 24 a 28 de outubro de 2016. ISSN: 1807-2518. Disponível em: file: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/129/a-influencia-do-ludico-no-cuidado-humanizado-a-pacientes-oncologicos-pediatricos-no-hospital-do-municipio-de-aracaju-se/>

MINAYO, S.C.M. Pesquisa Social. 29º ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Cecília Duarte Barbosa et al. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência Rev. bras. Crescimento desenvolv. hum. v.19 n.2 São Paulo agosto 2009

PEROSA SAIGH JURDI, Andrea; TOLEDO MORAES AMIRALIAN, Maria Lucia. Ética do cuidado: a brinquedoteca como espaço de atenção a crianças em situação de vulnerabilidade. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 17, n. 45, 2013.

RUAS, Teresa Cristina Brito et al. Experiência de um estágio curricular em Terapia Ocupacional na atenção primária: foco nas necessidades em saúde infantil. ABCS Health Sciences, v. 40, n. 3, 2015.

SILVA, A. P. et al. Os benefícios da implementação da brinquedoteca na visão da equipe de enfermagem. Projeto de TCC UNISUAM. 2018; 22p.

SOUZA, Luís Paulo Souza et al. O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. J Health Sci Inst, v. 30, n. 4, p. 354-8, 2012.

TELES, M L S. Socorro! É Proibido Brincar! Rio de Janeiro: Vozes. 1997.

WHALEY, S F & WONG, DL (1999). Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

**Cléber Iglesias do Nascimento França**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Leonardo Raposo da Silva**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Marcele Silva Santos**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Helena Portes Sava de Farias**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

## RESUMO

A intencionalidade deste trabalho foi despertar a importância dos serviços de APS para os cuidados em saúde voltados para a população masculina, pelo fato de que muitas doenças seriam preveníveis se fossem detectadas e tratadas precocemente e pela questão da invisibilidade da saúde do homem neste nível de atenção. Iniciou-se a pesquisa em bases de coleta de dados utilizando como fontes livros e endereços eletrônicos (SUS, IBGE, LILACS, MDELINE, BVS, SCIELO) que contemplaram o tema desenvolvido, pesquisados na (BVS) biblioteca virtual de saúde através dos descritores: Saúde do Homem, Política de Saúde, Atenção. A análise dos dados foi realizada conforme a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin organizando-os em três categorias: Categoria 1: Atenção Básica, que ressalta que a APS constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS; Categoria 2: Acesso ao serviço de saúde, os autores citados nessa categoria afirmam que devido a aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde; Categoria 3: Homem e saúde, de acordo com os autores dessa categoria atualmente existe uma questão cultural e educacional muito forte no Brasil e a maior parte dos homens só procura o sistema de saúde quando sua capacidade de trabalho é afetada, perdendo assim um tempo importante para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz das doenças, uma vez que procuram assistência em situações consideradas limite. Entre os 66 artigos selecionados foram escolhidos apenas 10 e utilizados 3 que complementam o conteúdo abordado este trabalho de pesquisa. Por fim, a partir deste estudo nós acadêmicos do curso de enfermagem ficamos motivados a apresentar esse projeto de Lei que cria a integração do setor de saúde do trabalhador de empresas na prevenção à saúde do homem junto as Unidades básica de saúde.

**Descritores:** Saúde do Homem; Unidade Básica de Saúde; Saúde do Trabalhador.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo é fruto da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso realizado por acadêmicos do curso de enfermagem que tem como objeto o intuito de relatar o motivo da ausência do homem na procura do cuidado à saúde.

A Atenção Primária à saúde refere-se ao primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando os serviços de atenção à saúde o mais próximo possível das residências, integrando um processo fixo de assistência sanitária, que inclui: prevenção, promoção, cura e reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), no Brasil, a adesão a proposições de Atenção Primária à Saúde (APS) adentrou no debate da agenda de reforma setorial em meados da década de 70, acompanhando o movimento internacional.

Durante a década de 1970, a crise econômica se aprofundou, expondo os percalços da assistência médica previdenciária para garantir recursos financeiros e as mazelas dos sistemas social e de saúde – situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais que, sem facultar acesso a bens públicos, se expressava em padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 595).

De acordo com Retka *et al* (2003), a Previdência Social (PS) excluiu e restringiu o acesso a aos trabalhadores da economia formal assalariada. Já Giovanella e Mendonça (2008), diz que nessa fase surgiram algumas experiências sanitárias que conquistavam aos poucos um projeto de reforma da estrutura de assistência médica em confronto com o modelo assistencial vigente.

Por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva das Escolas Médicas, foram desenvolvidos programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária. Esses departamentos recebiam apoio financeiro de organizações internacionais em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde, assim foi desmascarado a precariedade da oferta pública de cuidados médicos. A partir daí, apareceram novas bases de debate sobre o modelo de atenção vigente, indicando a urgência de uma reforma setorial no plano nacional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O Programa de Saúde da Família (PSF), estabelecido desde sua criação com um programa característico ligado ao modelo sanitário, foi posteriormente redefinido, como uma estratégia de mudança do modelo assistencial (PAIM, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trouxe mudanças na organização desse modelo de assistência ao compor a Equipe de Saúde da Família, com a responsabilidade de uma atenção à saúde da população de um território, deliberando como generalista o profissional médico da APS e designando novos profissionais, como os agentes comunitários de saúde (ACS). Essa equipe multiprofissional é composta por um médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar como parte da equipe profissionais de saúde bucal como cirurgião dentista generalista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Essa equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área (BRASIL, 2008).

De acordo com os autores supracitados, em 2006, o MS editou a PNAB pela Portaria Ministerial nº 648/GM, de 28 de Março, ampliando seu escopo e a concepção da APS ao agrupar os atributos abrangente da mesma, colocando – a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Assim, foram revistas as funções das UBS, considerando diferentes modalidades segundo o modelo de atenção que predomina – USB com ou sem PSF, onde sugeriu uniformizar esse processo de trabalho da equipe multiprofissional regularizar expandindo a processo de educação permanente dos profissionais da APS.

Em 24 de janeiro de 2008, e republicada em 4 de março do mesmo ano, o MS mediante a Portaria GM nº 154 criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a finalidade de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e expandir a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e ampliação das ações da APS no

Brasil. O NASF pode ser considerado uma inovadora estratégia com o objetivo de apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na APS e na SF (BRASIL, 2008).

Cada NASF deve ser constituído por uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuando em conjunto com as equipes de ESF. Esse núcleo de apoio deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, sendo elas:

Ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009a, p. 7).

A organização deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, envolvendo amplas metodologias, como por exemplo, estudo e discussão de casos e situações, orientações e atendimento conjunto, entre outros. O NASF é composto por nove áreas estratégicas, são elas: “saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares” (BRASIL, 2009a, p.8).

A escolha do tema surgiu pela observação na invisibilidade do homem na Unidade de Saúde, que ocorre devido a diversos aspectos culturais, familiares e até mesmo pelas deficiências do sistema de saúde brasileiro que tem priorizado a saúde de crianças, mulheres e idosos, deixando de lado uma parcela significativa da população masculina.

O trabalho justifica-se pela necessidade da ampliação de oferta de ações voltada à saúde do homem. Além de contribuir para ciência possibilitando resultados antecipados e tratáveis pertinentes a saúde do homem e para sociedade buscando garantir a promoção a saúde e prevenção de doenças, tendo em vista que muitos dos agravos de saúde masculina poderiam ser evitados caso os homens realizassem com regularidade medidas de prevenção na atenção primária à saúde.

Para tanto, este estudo se propõe a responder o seguinte questionamento: Quais os motivos que levam a invisibilidade e/ou ausência do homem na atenção primária à saúde?

Sendo assim, o objetivo desse trabalho é identificar os motivos da invisibilidade e/ou ausência do homem na atenção primária à saúde.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Homem e saúde: questão de gênero e conceitos de acesso ao serviço de saúde**

Em 2008, o MS apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo de promover ações de saúde voltadas para a população masculina jovem e adulta. Um grande desafio a essa política voltada para à saúde dos homens é mobilizar a “população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social a saúde” (BRASIL, 2008, p. 7).

Com o intuito de abranger uma parcela dessa população o MS alinhou a PNAISH, visando promover ações que colaborassem significativamente para compreender a singularidade masculina nos contextos socioculturais e político e econômico, possibilitando “o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população” (VIEIRA et al. 2013, p.21).

O primeiro tema abordado em campanhas voltado a essa população foi sobre a Disfunção Erétil (DE). Gonçalves, Silva e Gonzaga (2010) dizem que a escolha por esse tema teria sido por três motivos:

em primeiro lugar, cerca de 50% dos homens adultos acima de 40 anos teria algum tipo de queixa [...] Ao mesmo tempo, menos de 10% procurariam assistência médica por vergonha ou medo do diagnóstico. Além disso, a DE estaria frequentemente associada a outras doenças (como a diabetes ou problemas cardiovasculares) ou poderia ser causada por outras doenças urológicas (como o declínio do hormônio masculino em idoso ou o tratamento do câncer de próstata). (GONÇALVES; SILVA; GONZAGA, 2010, p. 34).

Em agosto de 2008, durante o IV Fórum de Políticas Públicas de Saúde do Homem, o MS apresenta seu projeto para a área e simultaneamente divulga o documento da PNAISH. Essa política esclarece que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos dessa população, estão concentradas em cinco áreas especializadas: urologia; saúde mental; cardiologia; gastroenterologia e pneumologia (BRASIL, 2008).

Um fator importante neste processo foi a criação pelo MS da Portaria nº 1944, em agosto de 2009, que institui, no âmbito do SUS, a PNAISH. Esta portaria visa o enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009b).

A partir desta Portaria, a PNAISH passa a ser regida pelos seguintes princípios:

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; III - co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (BRASIL, 2009b, s/p).

Pelas seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltada à população masculina:

I - integralidade, que abrange: a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença; II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009b, s/p).

Alguns objetivos são previstos na PNAISH, dentre eles, ressaltam-se:

II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a

qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas; e XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis. (BRASIL, 2009, s/p).

Assim, entre outros objetivos e metas político-institucionais, a PNAISH se propôs a promover uma mudança cultural, alterando os hábitos da população de medicar por conta própria, de saber o valor de sua saúde, além de ampliar o acesso a novos mecanismos e serviços, visando melhorar a assistência oferecida a essa população (BRASIL, 2008).

A legalidade da PNAISH se constrói pelas análises críticas que adotam como objetivo o entrelaçamento dos temas saúde do homem, saúde coletiva e políticas públicas, consolidando a relação entre gênero (SCHWARZ, 2012).

Segundo Gomes (2003), a expressão “saúde do homem”, pode vir de encontro a uma política que preconiza superar o modelo de mulher e saúde para o gênero e saúde. A proposta de programas de saúde voltados para gênero busca sair de um enfoque de risco e danos da saúde da mulher para a da saúde como satisfação das necessidades humanas.

Portanto, há várias questões de gênero que dificultam ou mesmo evitam o acesso dos homens aos serviços de saúde, um exemplo disso, a necessidade culturalmente construída, de serem mais fortes que as mulheres e, conseqüentemente, não adoecerem e não necessitarem de cuidados, a associação entre ser provedor e ser homem se encontra muito presente no imaginário social. O termo gênero passou a ser utilizado pelas feministas para traduzir as diversas formas de interação humana, buscando conceituar o gênero como “forma de legitimar e construir as relações sociais” (GOMES, 2003, p.826).

Segundo Schraiber *et al* (2010), a imagem do homem ideal (viril, forte, invulnerável e provedor), vem sendo abalado a partir de alguns questionamentos, como a representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, à dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades voltadas especificamente para o cuidado do homem são os principais motivos pelos homens para a pouca procura pelos serviços de saúde.

Já Gomes *et al* (2007) relata que a presença de homens nos serviços de APS é menor que a das mulheres associando esse fato à prática como prevenção de doenças e promoção da saúde ser uma obrigatoriedade para as mulheres, onde a própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina.

Ainda de acordo com Gomes *et al* (2006), as mulheres recebem instrução, desde cedo, consolidando o papel que as tornam responsáveis pelo autocuidado e também prestando serviços aos outros. Já o ser homem está associado a não demonstrar sinais de fraqueza, medo, insegurança e até mesmo ansiedade; essas características representam a pouca procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade.

Portanto, segundo Vieira *et al* (2013), a construção da masculinidade, regida através de marcas de identidade, como invencibilidade, capacidade de se expor a riscos, dominador, ativo e responsável pela família, contribui para dificultar a adoção de ações que promovam sua saúde, auto se declarando saudáveis, sem conhecerem seu real

estado de saúde.

Uma política pública é o resultado da junção de diversos fatores, com econômicos, sociais, culturais, políticos, entre outros e que alcançam essa política de acordo com diferentes lógicas. A formulação e a implantação de uma política no qual busca impor uma opinião popular implicam uma normatização, que por sua vez, define novas especialidades profissionais (GOMES *et al.*, 2012).

Portanto, de acordo com o autor supracitado, é fundamental refletir sobre como essas políticas sociais, em especial a de saúde, e sua organização a fim de contemplar as particularidades do homem/masculino nos serviços de saúde.

Segundo Travassos e Martins (2004), o termo “acesso” é um conceito complexo, as vezes empregado de forma pouco clara na relação com o uso de serviços de saúde. Os mesmos autores definem acessibilidade como um fator de oferta importante para elucidar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, caracterizando como oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços e também inclui a adequação a estes serviços.

Por fim, utiliza-se a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta e também como entrada inicial dos serviços de saúde.

### **Desafios para a política nacional de atenção integral à saúde do homem**

A utilização da APS como porta de entrada do SUS melhorou muito desde a criação da ESF, ampliando o acesso da população aos serviços, disponibilizando mais ações de promoção, prevenção e tratamento. Mas, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para o alcance com equidade, dando melhores resultados em saúde. Entre esses desafios, destacamos a valorização da APS na rede de serviços de saúde e o aumento da resolutividade e o cuidado as necessidades em saúde da população. Pois ainda se observa os serviços de emergência inadequadamente utilizados por grande parte da população, especialmente pelos homens, e com isso, “não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações” (BRASIL, 2011).

De acordo com Assis *et al* (2007), reforçar a importância dos sujeitos sociais inseridos nas diversas instituições de saúde, serem capazes de se articularem e cobrarem o atendimento de seus desejos e necessidades. Portanto, abranger e focar a saúde do homem na APS é um desafio às políticas públicas, pois estes não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças; porém, o maior desafio não é somente incluir o gênero masculino nos serviços de APS, mas também sensibilizar os homens quanto à importância do cuidado.

Já Gomes *et al* (2007), afirmam que os serviços de saúde têm uma deficiência em mediar a demanda apresentada pelos homens, simplesmente pela falta de organização dos serviços de saúde não estimular o acesso destes homens aos atendimentos primários. Assim, se torna um grande desafio ampliar as estratégias dos serviços de saúde e focar na questão do gênero masculino.

Segundo a PNAISH, estudos comparativos têm demonstrado que os homens são mais vulneráveis a doenças que as mulheres; sobretudo enfermidades crônicas e graves, e que estes morrem mais cedo. Apesar disso, os homens não são captados pelos serviços de APS (BRASIL, 2009b).

De acordo com o IBGE, a população brasileira, no ano de 2012, foi contabilizada em pouco mais de 193 milhões de habitantes, sendo 48,8% do sexo masculino, essa proporção varia entre as regiões brasileiras. A região norte é a única com mais de 50% de homens, conforme tabela 1.

Tabela 1 População Residente por região e sexo.

Região	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
Região Norte	8.251.147	8.096.660	16.347.807
Região Nordeste	26.310.306	27.596.838	53.907.144
Região Sudeste	39.663.920	41.902.063	81.565.983
Região Sul	13.605.838	14.125.806	27.731.644
Região Centro-Oeste	7.161.671	7.262.281	14.423.952
<b>Total</b>	<b>94.992.882</b>	<b>98.983.648</b>	<b>193.976.530</b>

Fonte: Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012).

Destes 48,8%, aproximadamente 56% estão na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade. A região Centro-Oeste (MS, MT, GO, DF) comporta o menor contingente (7,6%), seguida pela região Norte (RO, AC, AM, RR, PA, AP, TO) com 7,9% da população nacional, o Sul (PR, SC, RS) contribui com 14,8% dos habitantes, o Nordeste (MA, PI, CE, RN, PA, PE, AL, SE, BA) com 26,2%, o Sudeste (MG, ES, RJ, SP) absorve 43,5% da população nessa faixa de idade, conforme tabela 2.

Tabela 2. População masculina de 20 a 59 anos de idade por faixa etária, segundo região.

Região	Faixa etária (idade em anos)				
	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	Total
Região Norte	1.563.229	1.232.017	880.266	572.787	4.248.299
Região Nordeste	4.917.236	3.891.572	3.048.828	2.070.624	13.928.260
Região Sudeste	7.186.566	6.349.157	5.422.424	4.140.501	23.098.648
Região Sul	2.377.267	2.078.149	1.920.950	1.464.843	7.841.209
Região C. Oeste	1.349.260	1.186.104	940.341	627.411	4.103.416

Fonte: Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012).

As principais causas de óbitos e atendimentos nas emergências hospitalares são em homens de 20 a 59 anos de idade com o maior número referente as causas externas, doenças do sistema circulatório, neoplasias, doenças infecciosas e parasitárias, e doenças do sistema respiratório (BRASIL, 2012).

Os homens têm uma maior predisposição de se envolverem situações de acidentes e violências, levando à morte prematura (causas externas), pode-se destacar as mortes por transtornos mentais e comportamentais e por doenças do sistema digestório, associados com comportamentos de risco, como uso de drogas, consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos ricos em gorduras, entre outros fatores (BRASIL, 2012).

A entrada do homem no sistema de saúde se daria pela atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade, traçando um perfil que favorece o agravamento da morbidade

pela busca tardia ao atendimento (BRASIL, 2008).

Alguns autores descreveram em seus estudos sobre as dificuldades e ou barreiras existentes para que os homens usufruam dos serviços de saúde. Destacam-se a seguir algumas delas:

### **Carga horária de trabalho**

Gomes *et al* (2006), relatam que o trabalho ocupa uma centralidade no que diz respeito à identidade do homem como o ser provedor, o que faz com que muitos homens não busquem os serviços de saúde quando se encontram doentes por medo de acarretar uma futura demissão. Já Vieira *et al* (2013) dizem que o homem só busca atendimento por dois motivos: quando a dor se torna insuportável e quando há impossibilidade de trabalhar.

### **Medo de descobrir alguma doença**

Os homens temem que ao buscar o serviço de saúde pode se deparar com diagnósticos de uma doença e ter de se tratar (GOMES *et al.*, 2007).

### **Vergonha**

Segundo Gomes *et al* (2007), alguns homens têm vergonha de se expor a outro homem ou mulher profissional da saúde.

### **Verbalizar o que sentem**

O homem encontra dificuldade de verbalizar as próprias necessidades, pois falar o que sente pode significar uma possível fraqueza (FIGUEIREDO, 2005).

### **Falta de unidades específica**

Segundo Gomes *et al* (2007), a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem também pode ser considerado uma barreira para a procura dos serviços de saúde.

Define-se invisibilidade uma condição, atributo do que é invisível, do que não apresenta visibilidade. Essa invisibilidade é concebida como a incapacidade dos profissionais de notarem a presença de alguns homens como usuários dos serviços bem como das questões trazidas por eles (COUTO *et al.* 2010).

Define-se ainda como ausência afastamento e ou desaparecimento temporário de alguém do domicílio, dos lugares que frequenta. Segundo Moreira *et al.* (2014), a ausência dos homens nos serviços, tem dificultado estratégias para a sua inserção.

A associação da ausência dos homens, ou sua sensibilidade nesses serviços, caracteriza-se por sua identidade masculina estar relacionada ao seu processo de socialização. Já Albuquerque *et al* (2014) dizem que a ausência do homem está relacionada aos procedimentos terapêuticos por consequência de alguma patologia, pois o imaginário social de masculinidade ideal inibe as práticas do cuidado preventivo, associando o adoecimento à fragilidade.

Portanto, para que a PNAISH plenamente se consolide é necessário, além das mudanças organizacionais dos serviços, a ampliação de ações integradas entre o setor saúde e a educação, “para que a conscientização da importância de promoção da saúde e prevenção da doença seja algo inerente do homem, assim como atualmente é de grande

parte das mulheres” (FERREIRA, 2013, p. 1833).

De acordo com Ferreira (2013), a PNAISH orienta sobre a necessidade de articulação do serviço básico de saúde com o setor privado e sociedade civil por efetivar a atenção integral à saúde do homem.

A questão é que ainda existe um longo caminho a ser trilhado para que a consolidação dessa política seja realmente efetiva no Brasil, e especialmente em ações da APS para que de fato está se consolide como porta de entrada para estes usuários, garantindo a prevenção e promoção em saúde e a visibilidade que merecem enquanto sujeitos sociais de direito.

Por fim, enfatiza-se que o homem pode querer sim se cuidar, fazer exames de rotina e participar de ações de promoção e prevenção em saúde, possuindo esse direito e deve ter um local onde referenciar seus cuidados, papel considerado da UBS.

## METODOLOGIA

A metodologia usada para coletar as informações científicas para o desenvolvimento desde estudo foi através de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa/descriptiva baseada em material teórico, levantamento e análise do tema de investigação.

A pesquisa qualitativa responde à questões muito particulares da realidade que podem ou não devem ser quantificadas, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos e entendido como parte da realidade social (MINAYO, 2008).

Já a pesquisa descritiva é definida por Trivinos (1987) como:

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (TRIVIÑOS, 1987, p. 110).

Como técnica de coleta de dados foram utilizados análise das principais legislações e normativas referentes à PNAISH em âmbito nacional, estadual e municipal, bem como documentos institucionais dos referidos equipamentos públicos, analisando como uma UBS apresenta formas para desenvolver ações e estratégias para efetivar as diretrizes preconizadas na PNAISH.

Este trabalho de conclusão iniciou sua pesquisa em bases de coleta de dados utilizando como fontes livros e endereços eletrônicos (SUS, IBGE, LILACS, MDELINE, BVS, SCIELO) que contemplaram o tema desenvolvido na pesquisa descritiva-qualitativo.

O acesso aos artigos aconteceu nos meses de maio a junho de 2020. Os descritores foram pesquisados na (BVS) biblioteca virtual de saúde através dos descritores: **Saúde do Homem** (conceito que abrange as condições físicas e mentais de homens); **Política de Saúde** (decisões geralmente desenvolvidas por formuladores de políticas do governo, para definição de objetivos imediatos e futuros do sistema de saúde); **Atenção Primária** (é a assistência sanitária baseada em métodos e tecnologias práticas).

O número de artigos encontrados para o descritor saúde do homem foi de 3.437.525, sendo selecionados 29. Para atenção primária foram encontrados 101.989, sendo selecionados 22 e para política de saúde foram encontrados 253.907, sendo selecionados 15.

Foram selecionados vários artigos onde o critério de inclusão foi gênero masculino, atenção primária, atenção integral a saúde, política de saúde, idioma português.

O critério de exclusão se deu por não contemplarem nosso tema de investigação, os quais foram vigilância em saúde, seguridade social, recursos humanos em hospital,

gênero feminino, publicações com mais de cinco anos, publicação em língua estrangeira, os não gratuitos.

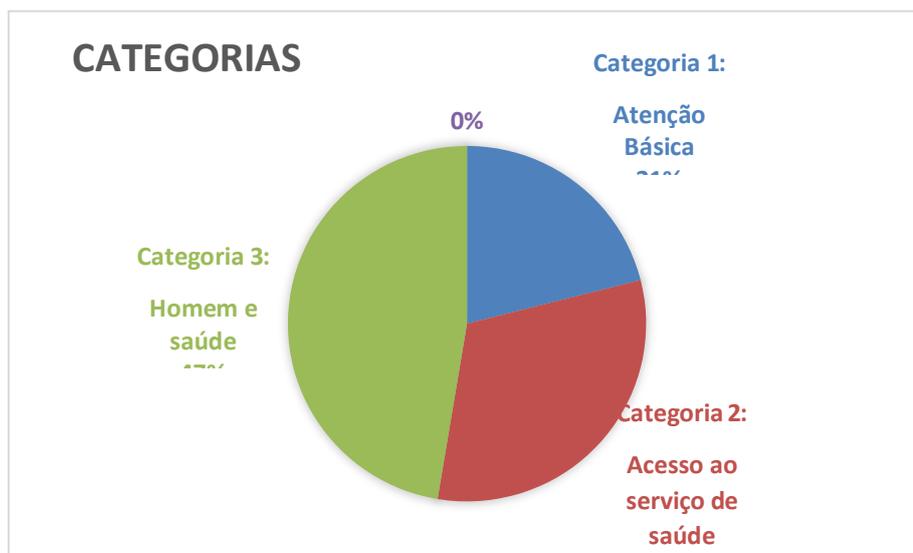
Entre os 66 artigos selecionados foram escolhidos apenas 10 e utilizados 3 que complementam o conteúdo abordado neste trabalho de pesquisa.

A análise dos dados foi realizada conforme a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977), este define-se por:

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. Podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos, etc. As categorias podem ainda ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos ou podem ser fundadas em critérios expressivos focalizando em problemas de linguagem. Cada conjunto de categorias entretanto, deve fundamentar-se em apenas um destes critérios (BARDIN, 1977).

Para tanto, os resultados e discussão do presente trabalho foi organizado em três categorias, dentre elas: Categoria 1: Atenção Básica; Categoria 2: Acesso ao serviço de saúde; Categoria 3: Homem e saúde. No gráfico abaixo pode-se visualizar a divisão dos documentos selecionados por categorias.

Gráfico 1 Organização dos documentos selecionados por categorias



Fonte: (elaborado pelos autores)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em três categorias: Categoria 1: Atenção Básica; Categoria 2: Acesso ao serviço de saúde; Categoria 3: Homem e saúde.

### Categoria 1: Atenção Básica

Na presente categoria foram selecionados quatro documentos intitulados: Atenção Primária a Saúde; A saúde no Brasil a partir da década de 80; Política nacional de Atenção Básica e Institui no âmbito do SUS, a política nacional de atenção integral a saúde do homem.

Tabela 3: Categoria Atenção Básica

Titulo	Autor	Revista	Base de dados	Resumo
<b>Atenção primária a saúde</b>	G Mendonça	Departamento de Atenção Básica	LILACS	A Atenção Primária à saúde refere – se ao primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando os serviços de atenção à saúde o mais próximo possível das residências.
<b>A saúde no Brasil a partir da década de 80</b>	Retkan <i>et al</i>	Unioeste - PR	BVS	A Previdência Social (PS) excluiu e restringiu o acesso a aos trabalhadores da economia formal assalariada.
<b>Política nacional de atenção básica</b>	Brasil	Departamento de Atenção Básica	BVS	O programa de saúde da família estabelecido desde a sua criação com o programa característico ligado ao modelo sanitário
<b>Institui no âmbito do SUS, a política nacional de atenção integral a saúde do homem</b>	Brasil	Plano de Ação Nacional	BVS	Diretrizes relativas a atenção primária a saúde: ação interdisciplinar e intersetorial ; a educação permanente em saúde dos profissionais e da população.

Fonte: Relação dos materiais selecionados na Categoria 1. (elaborado pelos autores)

Ressalta-se que a APS constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Ou seja, a APS engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes realizado pelas especialidades básicas da saúde.

A APS enquanto estratégia de reorganização do sistema de saúde contrapõe um longo processo social que anuncia as reordenações da sociedade capitalista, da relação entre o Estado e as diferentes origens sociais e econômicas, por meio de políticas sociais e, em particular, de saúde, na luta pelos direitos de cidadania.

Portanto, por meio dos dados coletados nessa categoria Giovanella e Mendonça (2008) citam as características específicas da APS:

a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 583).

É notável a pouca presença de homens nas ESF, uma vez que estes somente a procuram quando a doença se manifesta. O imaginário social de masculinidade ideal inibe as práticas do cuidado preventivo, sendo este postergado ou rejeitado.

Verifica-se ainda, a busca por serviços de saúde pela população masculina para além das necessidades trabalhistas. É possível constatar que o processo de envelhecimento aproxima o público masculino dos serviços de saúde. Dessa forma, a procura pela atenção básica ocorre, exclusivamente, após o adoecimento ou diante de doenças crônicas, que exigem um acompanhamento rigoroso pelos profissionais da área. O envelhecer, embora seja um processo natural, deve ser acompanhado, pois confronta o indivíduo com uma série de patologias crônicas e degenerativas.

## Categoria 2: Acesso ao serviço de saúde

Na presente categoria foram selecionados seis documentos intitulados: Atendimento da população masculina em unidade básica de saúde da família: motivo para a (não) procura; Departamento de Atenção Básica; Reflexões sobre gênero e a política nacional de atenção integral a saúde do homem; Necessidade de saúde e masculinidade: atenção primária no cuidado aos homens; Por quê os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres e Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviço em saúde.

Tabela 4: Categoria 2 Acesso ao serviço de saúde

Título	Autor	Revista	Base de Dados	Resumo
Atendimento da população masculina em unidade básica de saúde da família: motivo para a (não) procura.	Vieira <i>et al.</i>	Escola Ana Nery	BVS	O PNAISH visa promover ações q colaborem significativamente para compreender a singularidade masculina nos contextos sólidos, culturais, políticos e econômicos.
Departamento de atenção básica	Brasil	Caderno de Atenção Básica nº 27	Dab Saúde e	Criação da portaria 1944 em agosto de 2009 q visa o enfrentamento racional dos fatores de risco mediante facilitação ao acesso.
Reflexões sobre gênero e a política nacional de atenção integral a saúde do homem	Schwarz E.	Ciências Saúde Coletivas	Scielo	Legalidade da PNASH se constrói pelas análises críticas q adotam como objetivo dos temas saúde do homem. Coletiva e políticas publica de saúde.
Necessidade de saúde e masculinidade: atenção primária no cuidado aos homens		Caderno de Saúde Pública	BVS	A imagem do homem ideal ( viril, forte, invulnerável e provedor), vem sendo abalado a partir de alguns questionamentos
Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviço em saúde	Travassos e Martins	Caderno de Saúde Pública	BVS	O termo "acesso" é um conceito complexo, as vezes empregado de forma pouco clara na relação com o uso de serviço de saúde
Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?	Gomes <i>et al.</i>	Caderno de Saúde Pública	BVS	As mulheres recebem instruções, desde cedo, consolidando o papel que as tornam responsáveis pelo alto cuidado e também cuidados aos outros.

Fonte: Relação dos materiais selecionados na Categoria 2. (elaborado pelos autores)

Por meio dos dados encontrados nos documentos dos autores citados nessa categoria pode-se afirmar que devido a aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde.

Eles são mais resistentes à prevenção e ao autocuidado e costumam chegar aos serviços de saúde tardiamente.

Através de estatísticas oficiais em saúde, comprovou-se que os homens ainda adentram aos serviços de saúde pela atenção secundária ou terciária, ou seja, têm como porta de entrada a atenção especializada e não a APS espaço das UBS. A ideia dos serviços de saúde como um espaço feminilizado precisa ser transformada de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens. Isto não significa necessariamente apenas a mudança nos percentuais de trabalhadores homens e mulheres nesses serviços. É claro que um maior número de profissionais de saúde do sexo masculino nestes serviços, principalmente na equipe de enfermagem, contribuiria para uma maior percepção de pertencimento dos homens nas UBS.

Observa-se que a presença de homens nos serviços de APS é menor do que a das

mulheres. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (GOMES *et al.*, 2007).

É necessário admitir que a ausência de indivíduos do sexo masculino nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) se deve não apenas a pouca atenção atribuída à própria saúde, mas reflete questões relacionadas à rotina dos serviços que, muitas vezes, não incluem estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades de saúde dos homens, compreendidas em um contexto sociocultural e a partir da perspectiva relacional de gênero.

Alguns discursos analisados referem-se à tentativa de algumas unidades de saúde em desenvolverem estratégias atrativas ao público masculino, como o estabelecimento de horários diferenciados e atividades que promovam a integração do homem com a Atenção Básica.

É possível elencar ainda, que a pouca estruturação dos serviços de saúde, em termos de recursos humanos e materiais, em uma perspectiva qualitativa e quantitativa, bem como de espaço físico adequado para acolher e atender à clientela masculina reforça a baixa procura dos homens pelos serviços de atenção primária.

A implantação e execução de ações direcionadas à saúde do homem esbarram em falhas e déficits do próprio sistema. Portanto, infraestrutura precária, burocratização dos serviços, recursos humanos e financeiros insuficientes, ausência de continuidade das ações em saúde e de uma resposta adequada em tempo oportuno, terminam por gerar descrédito do serviço, não contribuindo para a adesão e para o aumento da demanda pelo público masculino.

Assim, buscando preencher essas lacunas e incluir o homem numa política de saúde voltada para atender as suas especificidades, foi criado no Brasil, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), propondo qualificar a atenção à saúde da população masculina, a fim de promover, prevenir e assistir os homens, compreendendo suas particularidades.

### **Categoria 3: Homem e saúde**

Nesta categoria foram selecionados nove documentos intitulados: Atenção primária e promoção da saúde; Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção, política, metodológica e prática; A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica; Política nacional de atenção básica; Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária; O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva do gênero; Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros; O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde e Desafios da política de atenção integral à saúde do homem: Análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação.

Tabela 5: Categoria 3 Homem e saúde

Título	Autor	Revista	Base de Dados	Resumo
Atenção Primária e Promoção da Saúde	Ministério da Saúde	Conselho Nacional de Secretários de Saúde	BVS	Não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações
Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: Construção Política, Metodológica e Prática	ASSIS <i>et al.</i>	Revista APS	Lilacs	Reforçar a importância dos sujeitos sociais inseridos nas diversas instituições de saúde, serem capazes de se articularem e cobrarem o atendimento de seus desejos e necessidades.
A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.		Caderno de Saúde Pública		Os serviços de saúde têm uma deficiência em mediar a demanda apresentada pelos homens, simplesmente pela falta de organização dos serviços de saúde não estimular o acesso destes homens aos atendimentos primários.
Política Nacional de Atenção Básica	Brasil	Dab	BVS	As principais causas de óbitos e atendimentos nas emergências hospitalares são em homens de 20 a 59 anos de idade
Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária.	Figueiredo	Ciências e Saúde Coletiva	Scielo	O homem encontra dificuldade de verbalizar as próprias necessidades, pois falar o que sente pode significar uma possível fraqueza.
O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero	COUTO <i>et al.</i>	Interface Comum. Saúde Educação	Scielo	Essa invisibilidade é concebida como a incapacidade dos profissionais de notarem a presença de alguns homens como usuários dos serviços
Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros	MOREIRA <i>et al</i> (org)	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Bireme	A ausência dos homens nos serviços, tem dificultado estratégias para a sua inserção.
O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde	ALBUQUERQUE, G. A.; LEITE, M.F	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Bireme	A ausência do homem esta relacionado aos procedimentos terapêuticos por consequência de alguma patologia
Desafios da Política de Atenção à Saúde do Homem: Análise das Barreiras Enfrentadas para sua Consolidação	FERREIRA, M. C	Revista Eletrônica a Gestão & Saúde	BVS	Para que a conscientização da importância de promoção da saúde e prevenção da doença seja algo inerente do homem, assim como atualmente é de grande parte das mulheres

Fonte: Relação dos materiais selecionados na Categoria 3. (elaborado pelos autores)

De acordo com os autores citados nessa categoria, atualmente existe uma questão cultural e educacional muito forte no Brasil e a maior parte dos homens só procura o sistema de saúde quando sua capacidade de trabalho é afetada, perdendo assim um tempo importante para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz das

doenças, uma vez que procuram assistência em situações consideradas limite.

A construção da masculinidade, regida através de marcas de identidade, tais como a invencibilidade, capacidade de exposição a riscos, dominador, ativo e provedor da família, contribui para dificultar a adoção de ações promotoras de saúde, fazendo com que muitos homens se declarem saudáveis, mesmo sem conhecerem seu real estado de saúde (VIEIRA *et al.*, 2007).

Outro fator observado é que a ausência dos homens nos serviços de saúde se relaciona ao medo da descoberta de doenças e aos procedimentos terapêuticos que venham a ser instituídos. Tal situação pode ter conotações relacionadas às consequências da patologia sobre o corpo e o confronto desta com a masculinidade, ao associar o adoecimento à fragilidade, pois a doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não compreendem como inerente à sua própria condição sociopsíquica e biológica.

Assim, a afirmação da masculinidade passa constantemente pela necessidade de se assumir características e comportamentos padrões que os fazem serem reconhecidos como homens, a exemplo da não manifestação de temores, típicos de uma representação feminina.

Na socialização do feminino, as condições fisiológicas possibilitaram que a exposição e manipulação do corpo da mulher fossem vista como algo mais natural que a do homem, fazendo com que a condição passiva de paciente pudesse ser percebida como algo que confronta a ideia do masculino, ou seja, pode haver uma percepção de que o masculino se feminiza ao ser tratado como passivo.

Dessa forma, as construções de masculinidades, por se estabelecerem em oposição ao universo feminino, se contrapõem a comportamentos baseados no cuidado em saúde. Portanto, admite-se que a demanda por assistência não seja de caráter preventivo, visando o autocuidado.

Tais falas remetem ao processo de construção da identidade masculina associada ao trabalho, inserindo o homem na sociedade como provedor e chefe de família, sendo estas características marcantes atribuídas ao homem, que desde a infância é incentivado a ser independente, a pertencer à vida pública.

Portanto, a ausência do homem nos serviços de saúde é também justificada, no discurso masculino, pela incompatibilidade entre os horários de trabalho e o de funcionamento das unidades. Além disso, há ainda os aspectos burocráticos, enfrentamento de filas, acolhimento deficiente e demoras no atendimento, que dificultam ainda mais a busca por assistência.

Observa-se, também, a presença de valores culturais que levam o homem a uma preocupação insipiente com a saúde, afastando-o da atenção primária tanto pelos estereótipos relativos aos cuidados preventivos, quanto pela atividade laboral priorizada em detrimento da saúde. No entanto, tal realidade se modifica quando as limitações advindas com o envelhecimento fisiológico impulsionam o homem idoso a se fazer presente no serviço de saúde, para tratar de vulnerabilidades que propiciam o seu adoecimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a realização deste trabalho de conclusão de curso constatou-se que a saúde do homem é um tema recente, portanto, a intencionalidade do mesmo foi despertar a importância dos serviços de APS para os cuidados em saúde voltados para a população masculina, pelo fato de que muitas doenças seriam preveníveis se fossem detectadas e tratadas precocemente e pela questão da invisibilidade da saúde do homem neste nível de atenção. Verificou-se que, de fato, abranger e focar a saúde do homem na APS é

um desafio às políticas públicas de saúde, pois estas, até pouco tempo, não reconheciam a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem.

Enfatiza-se que o homem pode querer sim se cuidar, fazer exames de rotina e participar de ações de promoção e prevenção em saúde, ele possui esse direito e deve ter um local onde referenciar seus cuidados, papel considerado da UBS.

Porém, identificam-se algumas dificuldades colocadas pelos homens para conseguir acessar os serviços oferecidos pela APS, entre elas destacamos: o horário de funcionamento das UBS que não privilegia o acesso por funcionar, em sua maioria, no mesmo horário de trabalho da população; o sentimento de muitos homens de não pertencerem ao espaço da UBS, espaço esse denominado como feminino pela quantidade de mulheres presentes, seja como usuárias ou como profissionais de saúde, além do espaço físico geralmente estar voltado para as mulheres (através de cartazes e ilustrações voltados para o câncer de mama, preventivo, gravidez, amamentação etc.); a falta de acolhimento e de escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde para as demandas masculinas; o machismo por parte de alguns homens que não querem demonstrar o adoecimento e por parte de alguns profissionais em lidar com as demandas masculinas; o medo de descobrir alguma doença; a dificuldade de falar aos profissionais de saúde o que sentem e de até mesmo se expor fisicamente perante estes profissionais; a falta de atividades e programas voltados especificamente para as demandas masculinas, dentre outras.

Importante destacar a necessidade de se reconhecer a população masculina enquanto protagonista de suas próprias demandas, através da pluralidade de contextos, realidades sociais e condições biopsicossociais em que se encontram. Corroborando com Schwarz (2012), o diálogo permanente da saúde com outras políticas públicas, possibilitará o desenvolvimento de ações e formulações de novas práticas por parte de gestores e profissionais de saúde. Desta forma, a saúde do homem poderá sair da invisibilidade e ter um maior reconhecimento na APS.

Assim, concluindo estas reflexões, entende-se que este trabalho não esgota a discussão da temática acerca da saúde do homem, que devem ser ampliadas. Pois a PNAISH deve alcançar sua efetividade, mas por se tratar de um processo em construção, cabe então aos fatores sociais envolvidos (incluindo a enfermagem) dar conta da superação das contradições e conflitos existentes.

A partir deste estudo nós acadêmicos do curso de enfermagem ficamos motivados a apresentar esse projeto de Lei que cria a integração do setor de saúde do trabalhador de empresas na prevenção à saúde do homem junto as Unidades básica de saúde.

## PROJETO DE LEI

**EMENTA:** “INSTITUI A INTEGRAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DE EMPRESAS NA PREVENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM JUNTO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE”.

**Art. 1º** - Fica instituído a integração da saúde do trabalhador de empresas na prevenção à saúde do homem juntos as unidades básicas de saúde.

**Art. 2º** - A criação desse vínculo e/ou integração do setor de saúde do trabalhador de empresas na prevenção à saúde do homem junto as unidades básicas de saúde tem como objetivos específicos:

I – Garantir o acesso integral á assistência para prevenção e combate de agravos relacionados a saúde do homem principalmente a do homem trabalhador como doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e hipertensão sem que o mesmo se ausente da sua jornada de trabalho, assim estando amparado pelo setor de enfermagem do trabalho

de sua empresa;

II – Promover a participação direta do homem “trabalhador” em palestras, debates cursos, pesquisas relativas à sua saúde, atividades físicas e de lazer;

III – explicar conhecimentos importantes para a saúde do homem nas diferentes etapas de sua vida, fortalecendo a prevenção e quebra de tabus e barreiras que impeçam cuidados necessários para uma vida saudável.

**Art. 3º** - Eventos educativos, culturais e sociais serão realizados nas empresas como:

I – Debates, palestras, cursos, aulas, oficinas, atividades físicas, esportivas, culturais e apresentações de vídeos que abordem temas relacionados à prevenção da saúde do homem;

II – Campanhas informativas sobre planejamento familiar, tabagismo, alcoolismo, nutrição, higiene pessoal e bucal, primeiros socorros, sexualidade e qualquer temática que envolva o bem estar e a saúde do homem;

III – Palestras sobre pedofilia e drogas realizadas por psicólogos.

**Art. 4º** - Durante a segunda semana de cada mês do ano, as unidades básicas de saúde juntamente ao médico e enfermeiro do setor de saúde do trabalhador da empresa e também um enfermeiro da UBS, deverá oferecer aos homens atendimento médico e de enfermagem preventivo com realização de exames adequados a cada faixa etária.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – As ações descritas no caput deste artigo poderão ser acrescidas de atividades na área de odontologia, como prevenção de cáries, extrações e obturações.

**Art. 5º** - Para os fins previstos nesta Lei fica a Prefeitura Municipal autorizada a firmar convênios e parcerias com instituições públicas e privadas, entidades sociais e educacionais, associações e organizações nacionais e internacionais e com órgãos dos governos federais e estaduais.

**Art. 6º** - A realização e o gerenciamento das atividades de que trata esta Lei será de responsabilidade da Secretaria do município da cidade que aprovar esta lei.

**Art. 7º** - As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

**Art. 8º** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A.; LEITE, M.F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Juazeiro do norte – CE, Out – Dez 2014.

ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, A. M.

Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: Construção Política, Metodológica e Prática. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

BARDIN, L.. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal. Edições 70. 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Documento apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. Brasília, MS; 2008. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2008. (Série Pactos pela Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 17 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009a. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 18 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 160 p.: (**Cadernos de Atenção Básica**; n. 27). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad27.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2014.

COUTO, M. T.; PINEIRO, T. F.; VALENÇA, O. A.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.;

GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comun Saúde Educ**, 2010, p.257 -270.

FERREIRA, M. C. Desafios da Política de Atenção à Saúde do Homem: Análise das Barreiras Enfrentadas para sua Consolidação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 01, Ano 2013 p.1833 – 1847. Disponível em:

<[https://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=DESAFIOS+DA+POL%C3%8DTICA+DE+A+TEN%C3%87%C3%83O+%C3%80+SA%C3%9ADE+DO+HOMEM%3A+AN%C3%81LISE+DAS+BARREIRAS+ENFRENTADAS+PARA+SUA+CONSOLIDA%C3%87%C3%83O](https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=DESAFIOS+DA+POL%C3%8DTICA+DE+A+TEN%C3%87%C3%83O+%C3%80+SA%C3%9ADE+DO+HOMEM%3A+AN%C3%81LISE+DAS+BARREIRAS+ENFRENTADAS+PARA+SUA+CONSOLIDA%C3%87%C3%83O)>. Acesso em: 21 maio 2016.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem**: proposta para uma discussão. Rio de Janeiro, 2003, p. 825-829.

GOMES, R.; LEAL, A. F.; KNAUTH; SILVA, G. S. N. **Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem**. Rio de Janeiro, 2012, p. 2589-2596.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-11, 2006.

\_\_\_\_\_. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

GONÇALVES, A.; SILVA, P. A.; GONZAGA, R. L. M. **Saúde do homem**: um novo conceito de saúde pública. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação) – Centro Universitário Monte Serrat, 2010. Curso: Gestão dos Serviços da Saúde. Orientador: Prof. Fabio Lopes C. da Silva. p. 59.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas.

**Departamento de população e Indicadores Sociais**. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 21 maio 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008

MOREIRA, R.L.F. et al (org). Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, João Pessoa – Paraíba, v. 18, p. 615 -621, Out – Dez 2014.

PAIM, J. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RETKA, N.; CENTENARO, A.; JUNIOR, H. I. G.; RIZZOTTO, M. L. F. **A saúde no Brasil a partir da década de 80**: retrospectiva histórica e conjuntura atual. Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel, Paraná, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINEHIRO, T. F.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; VALENÇA, O. A. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**. 2010, p. 961-970.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.10, pp. 2581-2583. ISSN 1413-8123.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**[online]. 2004, vol.20, supl. 2, pp. S190-S198. ISSN 0102- 311X.

TRIVIÑOS, A. N. S. - Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 110p.

VIEIRA, K. L. D; COSTA, C. F. S.; GOMES, V. L. O; BORBA, M. R. **Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família**: motivos para a (não) procura. Rio Grande, 2013, p. 120-127.

**Ana Cristina de Sousa Coelho**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Izabela Araujo Batista da Silva**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Hellen Lima dos Santos Almeida**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Helena Portes Sava de Farias**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

## RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a atuação do enfermeiro em tecnologias não invasivas no trabalho de parto, fazendo com que o enfermeiro oriente e esclareça a gestante as medidas auxiliadoras no momento do trabalho de parto, afim de que as mulheres sintam-se seguras e entendam a fisiologia do trabalho de parto, o enfermeiro deve atenta-se as individualidades de cada mulher, para que forneça as tecnologias necessárias para que se resulte um parto tranquilo e sem traumas. Tendo como questão norteadora, quais as estratégias de conscientização o enfermeiro deve usar a fim de desmitificar o processo do trabalho de parto. Esse estudo tem como objetivo descrever as estratégias do enfermeiro no uso de medidas não invasivas no trabalho de parto. Como metodologia foi realizada uma revisão bibliográfica desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de publicações na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com levantamentos de dados em artigos científicos e acervo físico da Biblioteca do Centro Universitário Augusto Motta. No total foram selecionados 37 artigos escolhidos pelo título, dentre esses foram lidos os resumos e selecionados 13 artigos de acordo com a temática. Os estudos foram organizados por categorias, que se destacaram da seguinte forma: Categoria 1: Atuação do enfermeiro nas ações direcionadas à promoção no processo 'parir'; Categoria 2: Adesão da gestante a escolha do parto natural; Categoria 3: Atuação do enfermeiro e gestante sobre medidas aliviadoras; Categoria 4: Fluxograma sobre o atendimento nas maternidades. Com isso podemos concluir o quanto a atuação do enfermeiro é importante no processo parir utilizando as medidas não invasivas no trabalho de parto, tornando o processo natural e fisiológico um momento mágico para a mãe

**Descritores:** enfermagem obstétrica, parto humanizado, humanização da assistência, manejo da dor.

## INTRODUÇÃO

O Objeto do estudo é a atuação do enfermeiro em tecnologias não invasivas no trabalho de parto.

O enfermeiro tem o objetivo de tornar esse momento único não somente para a mãe, mas para o pai, familiares e até a comunidade, se tornando um coadjuvante deste momento tão importante para uma nova família que está nascendo. O enfermeiro deve estar sempre

atento para qualquer intercorrência que pode acontecer, colocando todo seu conhecimento em prática, mas além disso seu olhar deve ser humanizado e não focado apenas como um processo biológico, deve estar preparado para tratar cada mulher na sua individualidade, reconhecendo suas necessidades (BRASIL, 2001).

O preparo da gestante deve ocorrer desde o pré-natal, sendo de fundamental importância que seu acompanhante possa participar, para que juntos possam receber orientações de todos os processos que a mulher irá passar, desde a mudança corporal que ocorre durante a gestação aos cuidados ao recém-nascido no puerpério, tratando sempre a mulher na sua individualidade, informando sobre todos os processos com clareza para sanar suas dúvidas. Lembrando sempre que as medidas educativas no período do pré-natal contribuem bastante para que o trabalho de parto ocorra da melhor forma, pois a gestante já está munida de informações sobre o que está acontecendo desde o pré-natal com seu corpo e com sua mente (BRASIL, 2001).

A motivação para a pesquisa surgiu através de um interesse profissional em trabalhar na área de ginecologia obstétrica das componentes deste trabalho. No qual se pretende mostrar o quanto a atuação do enfermeiro para o alívio da dor são eficazes para o incentivo ao parto vaginal.

Diversos fatores, associados ou não, envolvem as questões sobre a escolha ao tipo de parto mais adequado que vão desde a qualidade da assistência obstétrica até às implicações para a saúde da mãe e do bebê, algumas questões também estão relacionadas a mitos e informações ocultadas, além de se relacionar ao significado do parto atribuído por cada mulher. Nessa perspectiva, as mulheres devem receber informações precisas para que possam fazer valer, conforme preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o direito de livre escolha da via de parto que deverá ser respeitado, especialmente quando as gestantes forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto (FEITOSA et al., 2017).

Esta decisão pode ser influenciada por diversos fatores concernentes aos riscos, benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Sabe-se que a escolha ao tipo de parto tem relação com o conhecimento que as gestantes têm sobre o assunto por intermédio das orientações que são repassadas pelos profissionais de saúde. É fundamental para a decisão da via de parto, uma maior aproximação do profissional com a gestante, garantindo uma atenção integral e de qualidade, esclarecendo suas dúvidas a fim de que a escolha seja de total consciência da gestante e anseios no que diz respeito aos aspectos da gestação, parto e puerpério. Destarte, o papel do profissional na promoção da saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, na educação em saúde e na assistência ao processo parir/nascer é um instrumento chave para a construção da autonomia das gestantes (FEITOSA et al., 2017).

É de fundamental importância a atuação da enfermagem de forma holística no cuidado às gestantes, algumas mulheres não optam pelo parto vaginal por medo ou pavor no ato do trabalho de parto, desconhecendo assim importantes e atuais tecnologias que facilitam este processo, algumas se baseiam por relatos de experiências negativas de outras mulheres, podendo influenciar significativamente sua opção pela cesárea, inferindo-se que a escolha pelo parto vaginal ainda é repleta de conceitos estereotipados, sendo papel do enfermeiro trabalhar a desmistificação desses mitos, fazendo então a gestante entender que não há terror na fisiologia (CAMPOS et al., 2014).

A questão norteadora da pesquisa é: Quais estratégias de conscientização o enfermeiro deve usar a fim de desmitificar o processo do trabalho de parto?

Para tanto, o **objetivo** é: Descrever as estratégias do enfermeiro no uso de medidas não invasivas no trabalho de parto

Este estudo é importante para mostrar o quanto as atuações do enfermeiro com medidas não invasivas são importantes para o alívio da dor no trabalho de parto vaginal,

incentivando assim as parturientes a terem um parto natural e não cesáreo, mostrando o quanto esse processo é um percurso natural da vida e quando tratado da maneira correta desde o pré-natal ele empodera a parturiente podendo contribuir para uma assistência humanizada e de qualidade.

O Ministério Da Saúde criou um Protocolo Clínico De Diretrizes Terapêuticas (PCDT), a fim de reduzir o número de cesarianas desnecessárias, uma vez que esse procedimento pode levar o risco de morte materno-fetal, através de evidências científicas nacional e internacional, Portaria de nº 306, de 28 de março de 2016 (BRASIL, 2016).

De acordo com Narchi et al (2013) o aumento do número de parto normal ocorreu devido a autonomia dada a mulher para escolher a via de parto e também devido a algumas medidas implementadas pelo ministério como: o aumento do número de enfermeiras obstétricas buscando reduzir a mortalidade materna, oferecendo um ambiente acolhedor e uma assistência de qualidade voltada para as necessidades da mulher, o enfermeiro tem como enfoque fazer com que essa mulher se torne protagonista desse momento exercendo assim sua autonomia, o enfermeiro também realiza um trabalho de educação onde a mulher é orientada sobre suas mudanças fisiológicas, entendendo assim o processo de gerar e parir

Além do aumento dos enfermeiros obstetras, também foi criado afim de proporcionar um atendimento de qualidade, seguro e humanizado as gestantes, a Rede Cegonha, que visa oferecer a todas as mulheres desde a assistência ao planejamento familiar, a confirmação da gravidez, pré-natal, parto e o período pós parto cobrindo assim os dois primeiros anos de vida da criança, o diferencial da Rede cegonha é sua logística que atende esta mulher no seu transporte assistindo e regulando a gestante em suas etapas no processo de gestação (NARCHI et al., 2013).

Além de novos centros de partos normais e de qualificação das equipes de saúde nas maternidades de auto risco e a Atuação Da Agência Nacional De Saúde Suplementar (NARCHI et al., 2013).

Por fim, esse trabalho tem a intenção de contribuir para a assistência em uma forma ampla desde profissionais à sociedade, ser um instrumento para o conhecimento científico e acadêmico para a nossa formação e as possíveis formações posteriores e profissionais do ramo, gerar um impacto que possa refletir no meio cultural e social, para uma possível atuação profissional. Mostrar a importância da atuação do enfermeiro no parto humanizado, estimulando os profissionais no cuidado e no uso de medidas não invasivas à parturiente incentivando o parto natural. Esse tempo gasto será um investimento para o nosso futuro profissional, podendo até ser o nosso projeto de vida, o nosso TCC será mais do que um trabalho final.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Processo Histórico do Processo de Nascimento**

Antigamente, o parto acontecia nos lares sendo acompanhado por parteiras que não possuíam nenhum conhecimento científico, mas era rodeada de uma vasta experiência, fazendo com que o parto acontecesse com naturalidade e respeitando a mulher e seu momento de fragilidade (SANTOS; RAMOS, 2012).

É importante preparar a mulher para esse processo do nascimento, mostrando a fisiologia do parto normal, o quanto isso acarreta na vida do seu filho e por mais que essa gestante obtenha informações na mídia, internet e profissionais de saúde o governo brasileiro prefere que esse conhecimento tenha embasamento científico, para que tenha mais autonomia sobre sua decisão (VELHO et al., 2014).

No final da gestação, a mulher e o feto se preparam para o processo do trabalho de parto, as emoções afloradas se despertam na vida da mulher e familiares. O feto cresceu e se desenvolveu, preparando-se para a vida extrauterina. A mulher passou por várias adaptações fisiológicas durante a gestação, o corpo entende que o feto está pronto, então começa a ocorrer as contrações da parede no útero a fim de expulsar esse bebê que a preparam para o parto e para a maternidade. O trabalho de parto e o parto representam o final da gestação, o início da vida extrauterina e uma mudança na vida das famílias. Este processo é fisiológico e com um significado imenso onde a mulher deve ser a protagonista desse momento (LOWDERMILK et al., 2012)

## **Parto normal**

Embora o parto seja um processo natural é comum que as gestantes sintam preocupações quando se aproxima o momento tão esperado que é o parto. O medo determina forte tensão não só mental como também muscular dificultando a dilatação no momento do parto.

## **Etapas do Trabalho de Parto vaginal**

Os mecanismos do parto costumam variar de acordo com a morfologia pélvica da mulher, portanto, o profissional tem que realizar uma avaliação individual analisando essa gestante em seu todo. O parto é dividido por etapas, o primeiro dado como insinuação, onde as contrações se fortalecem e fluidos da gestante começam a se deslocar para fora do útero, na insinuação é possível visualizar a região cefálica do bebê já pode ser manuseada e por fim o desprendimento onde o corpo é expulsado completamente do útero (REZENDE FILHO, 2011).

O primeiro estágio corresponde ao período de dilatação, que é considerado o período mais longo onde começa as contrações regulares que fazem com que ocorra as mudanças na cérvix como apagamento completo do colo cervical que consiste no encurtamento e afinamento e dilatação total da cérvix, neste momento a mulher encontra-se dilatada ao toque vaginal, porém, ainda não é possível que ocorra a palpação e nem visualização do feto (GOLDMAN, 2002; FIGUEIREDO, 2005).

O segundo estágio ocorre após total dilatação da cérvix, essa fase tem uma duração mais curta que a primeira fase, a gestante encontra-se mais ambientalizada com o processo parir, sentindo-se um pouco menos insegura que no primeiro estágio, a mulher recebe orientações sobre respiração e também é ensinada a fazer força como se fosse evacuar, levando a distensão do períneo e só termina com o nascimento da criança (GOLDMAN, 2002; FIGUEIREDO, 2005).

O terceiro estágio é chamado de dequitação que começa após a expulsão do feto até a expulsão da placenta, é nesse período que as contrações são indolores de baixa frequência e alta intensidade que corresponde ao deslocamento da placenta, após esse processo ocorre o repouso fisiológico do útero, nesse momento a assistência deve ser criteriosa por haver risco de hemorragia, deve ser realizado uma avaliação no comportamento emocional da gestante (SCHIRMER et al., 2002).

O quarto e último estágio é definido como período de Greenberg que caracteriza a primeira hora após a saída da placenta e o período onde ocorre as maiores quantidades de hemorragias (SCRIRMER et al., 2002).

## O Enfermeiro Obstetra

A enfermagem obstétrica teve seu início com a iniciativa das parteiras, onde se compreendia que a questão fisiológica junto a ciência era indispensável na realização de um parto onde seus precedentes não traziam complicações, a classe se conscientizou que o cuidado tinha relação direta com o processo de parir, passou então ser chamado Obstetrix e a partir de 1949 as escolas de enfermagem formou as primeiras enfermeiras obstétricas (GARCIA et al., 2010).

Em 1922, foi fundada no Rio de Janeiro a Escola de Enfermagem Anna Nery, contemplando em seu currículo a arte de enfermagem na obstetria e ginecologia. A partir deste momento, a enfermeira começou a adquirir conhecimentos sobre o processo de parturição e, em 1988, a enfermeira obstetra foi inserida na assistência ao parto hospitalar, pela primeira vez, na tentativa de reduzir os índices de asfixia perinatal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a realização do parto normal pelo enfermeiro obstetra tem caráter menos intervencionista e sua técnica humanizada respeita a fisiologia do nascimento. Além disso, seus conhecimentos permitem detectar e corrigir precocemente qualquer intercorrência e/ou distorcia no trabalho de parto, assegurando, por participação ativa, que será mantida uma condução adequada pela equipe obstétrica. Apesar da formação técnicocientífica e da Resolução do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem MS/COFEN – 223/99 acobertar ética e legalmente a atuação do enfermeiro obstetra a prestar assistência à mulher durante todo ciclo gravídico puerperal, ainda é pequeno o número de partos realizados e registrados por ele (SANTOS; RAMOS, 2012, pág3).

Os enfermeiros que possuíam diplomas regidos pela Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949 reconhecidos pelo Governo Federal que fossem expedidos no Brasil pelas escolas de obstetrix permite o exercício do enfermeiro obstetrix, que veio para regulamentar e diferenciar algumas atividades privativas do enfermeiro obstetra. Dando autonomia para o enfermeiro obstetra participar de escola e banca de parteiras, na formação de novos enfermeiros obstetras e atuar na Saúde pública e hospitais exercendo suas atividades (BRASIL, 1949).

A atuação do enfermeiro obstetra vem trazendo muitos benefícios na caminhada da gestante, um olhar diferenciado que vai desde as consultas de pré-natal até o momento 19 do trabalho de parto, o enfermeiro obstetra se baseia no cuidado, respeitando os limites e o tempo da mulher, fazendo assim que esse momento seja mais digno e memorável, pois além de um simples trabalho técnico o enfermeiro tem sua base no cuidado o que torna diferenciada toda essa assistência.

Resolução COFEN nº 0516/2016 Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetria, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências” (COFEN, 2016).

### Atuação do Enfermeiro no Trabalho de Parto

A atuação da enfermagem no momento do trabalho de parto vem apresentando grandes conquistas no decorrer dos anos, os números de episiotomias vem sendo reduzido e em casos necessários de episiotomia a enfermagem tem diminuído a lesão desnecessária e extensa da região do períneo. O acompanhamento durante o pré-natal teve-se constituir-se como a primeira medida visando o processo de parturição humanizado, a gestante

precisa obter as informações adequadas para que ela possa preparar seu corpo e seu psicológico para o trabalho de parto, para que assim ela entenda as etapas e os processos.

A enfermeira que atua sob a perspectiva do parto humanizado tem desenvolvido papel relevante seja no acompanhamento das condições maternas e fetais, a gestante é a protagonista desse momento, podendo então ter total autonomia sobre o mesmo e a equipe de enfermagem deve respeitar suas escolhas, a participação ativa da mulher faz a diferenciação de um parto humanizado, onde ela compreende que quem domina esse momento é ela juntamente da equipe de enfermagem mostrando formas e manobras facilitadoras de forma que nenhuma maneira invasiva venha participar desse momento (REIS et al., 2016).

O enfermeiro deve estar presente em todas as etapas do parto, desde a dilatação onde ele avalia a evolução, orientando que a força deve ser feita somente no momento de contração e que os períodos das dilatações iram se encurtando com o tempo e sendo potencializadas, em seguida o momento de dilatação da cérvix, onde as contrações são mais presentes e o enfermeiro deve-a orientar sobre a respiração e sobre que tipo de força ela deverá realizar e por fim o período de expulsão, que não menos importante a puérpera precisa continuar sendo assistida não só pelo enfermeiro como por toda a equipe multidisciplinar.

O Ministério da Saúde tem trabalhado de forma onde os partos venham ser desmedicalizados e essa cultura da escolha da cesariana venha ser diminuída, desta forma o aumento de informações tem sido mais acessível as gestantes e a capacitação de profissionais que são treinados para que a mulher não venha encarar o parto vaginal como um momento de terror e sim de empoderamento e superação, sendo assim o profissional enfermeiro tem recebido muitos incentivos políticos e tem ganhado campo e espaço nessa área.

Através disso podemos observar que o enfermeiro deve orientar a gestante a buscar primeiramente um estado físico e emocional em harmonia, possibilitando a realização de suas atividades diárias sem muitos esforços, porém, que venha auxiliá-la no preparo do seu organismo para um parto calmo e saudável. Para que isso transcorra naturalmente é necessário que a gestante tenha uma alimentação adequada, respiração correta com o máximo de oxigenação do organismo, atividade física regular e relaxamento.

## **Resolução do Partograma do Ministério da saúde**

O uso do partograma é importante devido ao grande número de mortalidades decorrente ao trabalho de parto prolongado sem um acompanhamento adequado (BARROS; VERÍSSIMO, 2011).

## **Medidas Não Invasivas**

Para que as medidas não invasivas sejam eficientes é importante avaliar a mulher de forma individual, pois somente assim será possível saber suas reais necessidades, pois se a mulher no seu pré-natal não for munida de informações estará mais propensa a não saber o que está acontecendo com seu corpo, tornando esse momento tão esperado a uma experiência desagradável. Deixando o livre arbítrio para a mulher escolher sobre os meios farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor (DAVIM et al., 2009; GOLDMAN, 2002). Os métodos não invasivos são:

**Respeitar a participação da parturiente:** a gestante deve ter total consciência que ela é a maior protagonista desse momento, que suas decisões devem e serão acatadas e realizadas desde que não implique em complicações no momento do parto. O enfermeiro

também precisa tomar ciência de que o momento que tange desde os primeiros sinais de dor e dilatação a mulher deve ser escutada e avaliada com respeito e dignidade, compreendendo sua fisiologia e orientando sobre as próximas etapas. Apoio emocional e afetivo: existe uma importância muito grande na relação do equilíbrio no estado emocional da mulher, o profissional precisa estar atento e compreender que o momento do parto é um momento de grandes expectativas a mulher. A assistência do enfermeiro nesse no quesito apoio emocional é que vai ditar a humanização desse parto, onde sua fala precisa ser de amparo não causando nenhum terror a gestante. Além do apoio afetivo do profissional é importante orientar o acompanhante sobre seu papel, sendo o acompanhante uma referência que transmita segurança, força e apoio (SCHIRMER et al., 2002).

**Respiração padronizada:** a técnica de respiração, proporciona alívio nas dores, a respiração deve ser lenta e profunda, iniciando-se sempre pelo nariz e soltando pela boca. A importância da respiração é manter a oxigenação em bom estado, pois se no momento de dor e contração a gestante não encontrar controle, áreas deixam de ser irrigadas gerando um ciclo de mais dor e hipoxemia. O enfermeiro obstetra deve orientar a mulher sobre a fisiologia respiratória, fazendo-a entender que sua energia é restabelecida através de uma boa troca gasosa (LEMONS et al., 2014).

**Suporte nutricional (alimentação e hidratação):** o trabalho de parto consome uma energia elevada por isso deve ser ofertado líquido e dieta leve pois como não temos uma 23 previsão de duração essa energia deve ser mantida para que a gestante não perca suas forças, porém, devemos avaliar e controlar o que será ingerido por essa mulher pois o peristaltismo e absorção gastrointestinal diminuem durante o trabalho de parto, recomenda-se que a ingestão líquida permaneça, desde que não comprometa a evolução da mulher (SCHIRMER et al., 2002).

**Massagens na região lombar:** muitas gestantes não têm o conhecimento dessa massagem lombosacral, neste momento a gestante pode escolher uma música de sua preferência para tornar o ambiente menos tenso e mais harmonioso. Essa massagem pode ser realizada pela Doula, Enfermeiro ou até mesmo ensinada ao acompanhante para gerar alívio no momento de dor, com as mãos espalmadas deve-se realizar movimentos circulares liberando o fluxo sanguíneo e conseqüentemente melhorando a oxigenação (MAFETONI; SHIMO, 2014).

**Deambulação ou mudança de posição:** as atividades de deambulação e mudança de decúbito realizada pela gestante vem tendo resultados benéficos do seu trabalho de parto, permitir que a gestante deambule permite de seu foco saia da dor, a gestante deve ser encorajada a posição vertical, nessa posição ela se torna mais ativa. O que vem sendo observado é que a famosa posição ginecológica não vem sendo regra do momento de dar à luz, diversas posições vêm sendo aderidas por serem mais confortáveis para a gestante, como por exemplo, a posição de cócoras, onde a gestante se posiciona agachada e realiza sua força desta forma. Essa escolha da posição deve ser de escolha da gestante e o profissional deve garantir a segurança e os meios viáveis para o parto acontecer (MAFETONI; SHIMO, 2014).

**Hidroterapia:** o banho de chuveiro ou na banheira tem sido um grande marco fazendo do parto um momento mais relaxante, a temperatura morna da água causa a sensação de alívio, promove vasodilatação periférica, fazendo assim, mais tolerável os momentos de dores e contração, essa técnica vem ganhando espaço na humanização (MAFETONI, SHIMO, 2014).

**Relaxamento pélvico:** técnicas de relaxamento que vai auxiliar na descida e rotação do feto, essa movimentação da gestante recorda a um movimento com um bambolê em sua cintura, onde ela irá deslocar a pelve de um lado para o outro em movimento circular, esse movimento vem sendo realizado com a bola suíça que vem sendo mais um referencial

no momento do parto, a fim de auxiliar no TP causando o relaxamento do períneo (GOMES, 2010).

**Estimulação oral:** encorajar e estimular a gestante na vocalização, as expressões verbais da mulher como gemidas e falas repetitivas podem ser um meio para ela lidar com a dor. O enfermeiro deve orientá-la a dizer palavras empoderadas, jamais negativas, em sua fala precisa conter força e coragem, no contrário o enfermeiro deve intervir mudando esse conceito (CANÇADO et al., 2015).

A finalidade de todas essas técnicas é fornecer um trabalho de parto tranquilo e individualizado a mulher, não a encarando como uma máquina e sim respeitando sua fisiologia, essas técnicas não invasivas têm diminuído muito as intervenções cirúrgicas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, descritiva, com abordagem qualitativa, pois o método descritivo tem como propósito explicar a relevância do tema e o qualitativo busca entender o problema através de informações colhidas. Realizada a partir de estudos científicos sobre a atuação do enfermeiro em medidas não invasivas no trabalho de parto.

Segundo Severino (2007), pesquisa bibliográfica é o primeiro passo para a construção de uma nova investigação. Desenvolvida com base em material já elaborado, que estão disponíveis e já prontos, principalmente de livros e artigos científicos. Essa forma de pesquisa contém grande bagagem para quem precisa desenvolver um trabalho científico e de conhecimento, que habitam a produção de trabalhos originais e registrados.

Para Gil (2010), a pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever e apontar algumas características populacionais ou aproximar variáveis por associação, nessa pesquisa é realizado o estudo de algumas análises.

De acordo com Turato (2005), a pesquisa qualitativa é aquela descritiva, que não pode ser quantificável, os dados obtidos são analisados e existe uma indução da pesquisa, uma investigação científica, uma espécie de trabalho que se baseia na teoria. É utilizado para o estudo de histórias sociais de grupos delimitados, análise de discursos e documentos, é por isso que este método está ligado ao desenvolvimento de novas hipóteses, tem um caráter investigativo.

Este estudo de dados será realizado a partir da leitura e análise de artigos científicos coletados em acervos virtuais. A busca dos documentos científicos foi realizada no período de novembro de 2017 a maio de 2018. Utilizando quatro descritores relacionados com o tema: parto humanizado; enfermagem obstétrica, humanização da assistência, manejo da dor, nas bases de dados do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui: nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A condução da revisão bibliográfica percorreu as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca nas bases de dados; extração dos dados; avaliação dos resultados; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão.

Tabela 1: Busca em Bases de Dados

Descritores	Nº de artigos encontrados	Nº de artigos analisados	Nº de artigos usados
Parto humanizado and enfermagem obstétrica	325	37	3
Parto humanizado and humanização da assistência	710	23	3
Parto humanizado and manejo da dor	13	4	4
Enfermagem obstétrica and manejo da dor	26	5	2
Humanização da assistência and manejo da dor		3	1

### **Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão delimitados foram: estudos que possuem aderência com a temática; estudos publicados em português e inglês; no período de 2008 a 2018. Justifica-se a utilização de artigos com mais de cinco anos de publicação, por várias vertentes de publicações recentes. Considerando o número total de produções encontradas, optou-se por um refinamento. Assim, inicialmente as produções foram sendo filtradas, considerando-se a leitura dos títulos dos artigos. Posteriormente, realizou-se a leitura dos resumos e os que apresentavam relevância com o tema, foram selecionados e lidos na íntegra. Foram utilizados os sete artigos que mantinham correlação com atuação do enfermeiro e medidas não invasivas. A partir dessa análise, foi extraída a bibliografia potencial. A análise dos dados será realizada a partir da Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin (2011).

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a seleção dos artigos e materiais didáticos iniciou-se a leitura dos mesmos seguidos da construção do trabalho escrito de forma minuciosa, e formando as categorias por meio de análise de conteúdo. No total foram selecionados 36 artigos escolhidos pelo título, dentre esses foram lidos os resumos e selecionados 7 artigos de acordo com a temática. Os estudos foram organizados por categorias, que se destacaram da seguinte forma: categoria 1: Atuação do enfermeiro nas ações direcionadas à promoção no processo 'parir'; categoria 2: Adesão da gestante a escolha do parto natural; categoria 3: Atuação do enfermeiro e gestante sobre medidas aliviadoras; categoria 4: Fluxograma sobre o atendimento nas maternidades.

#### **Categoria 1: Atuação do enfermeiro nas ações direcionadas à promoção no processo de "parir"**

A primeira categoria foi embasada nos seguintes artigos: "Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades", "Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização". O primeiro estudo intitulado "Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades" refere-se à autonomia que as enfermeiras passam a desenvolver em relação ao parto normal, onde elas deixam de ser apenas assistentes ao patamar de conduzir o trabalho de parto, trazendo junto de si a essência do cuidado e o respeito pelo corpo feminino. Passou a ser considerado de suma importância o acompanhamento do trabalho de parto e parto pela enfermeira obstétrica,

como estratégia para a redução de intervenções, na tentativa de promover segurança e respeito ao processo (OMS, 1998).

A humanização da assistência ao parto implica, prioritariamente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, reconheça aspectos sociais e culturais da família e ofereça suporte emocional facilitador de vínculo entre mãe e bebê. A assistência da enfermeira obstétrica permeia uma diversidade de saberes e competências que influenciam diretamente o cuidar de mulheres no trabalho de parto. Neste contexto, a Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, 572/GM, institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o qual aponta para uma política que busca devolver à 28 mulher o protagonismo de seu parto. Entretanto, a prática revela dificuldades vivenciadas pela gestante na obtenção de um serviço condizente com o preconizado. Portanto, percebemos que a implantação da atenção aos partos por enfermeiras obstétricas está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que se caracteriza como uma atitude a favor da humanização do parto e nascimento (VARGENS et al., 2016 p.6).

O enfermeiro exerce o papel de educador até mesmo no período que antecede o trabalho de parto, com suas habilidades e conhecimentos baseados no corpo da mulher que tem por ciência a comprovação de ser apto a desenvolver a estrutura uterina a ponto de chegar ao ponto de expulsão do bebê. O segundo estudo intitulado: “Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização”, vai tratar sobre a valorização da individualidade, fazendo com que o profissional enfermeiro tenha um olhar mais holístico, não tratando apenas do mecanismo de gerar e parir, a mulher precisa ser compreendida em seus medos e fragilidades, sendo assim a assistência deve ser mais humanizada.

Frente a essa responsabilidade, a enfermagem precisa criar e garantir a concepção filosófica e política do cuidado e do conforto, com clareza das rotinas a serem cumpridas não só pelo enfermeiro, mas também pelos demais profissionais da equipe de enfermagem; tendo também clareza sobre a maleabilidade dessas rotinas, a fim de proporcionar segurança e satisfação à mulher no seu processo de parir (SOUZA et al., 2013 p 2).

O profissional de enfermagem precisa despertar na gestante a segurança na questão do ambiente e procedimento, alertando-a sobre seu direito de acompanhante e que ela será respeitada a todo momento no seu evento do processo do trabalho de parto e parto.

## **Categoria 2: Adesão da gestante a escolha do parto natural**

A segunda categoria foi construída a partir dos artigos intitulados: “Cuidados humanizados: a inserção do enfermeiro obstetra em hospital de ensino”, “Humanização da assistência do parto no Brasil, os muitos sentidos de um movimento”.

O primeiro intitulado “Cuidados humanizados: a inserção do enfermeiro obstetra em hospital de ensino”, vai reforçar a tentativa do Ministério da Saúde em fornecer informações suficientes a ponto de que as gestantes tenham ciência da assistência que pode ser recebida, com os novos modelos de tecnologias facilitadoras no momento do parto.

O enfermeiro é o profissional mais preparado e habilidoso para orientar a mulher nesse momento, pois está relacionado a fisiologia e cuidado, o enfermeiro demonstra práticas encorajadoras e posicionamento claro sobre qualquer dúvida gerada pela mulher. O segundo intitulado “Humanização da assistência do parto no Brasil, os muitos sentidos de um movimento”, relata sobre o parto hospitalizado, as posições tradicionais e a cultura ainda defasada sobre o modelo de assistência.

As novas práticas de tecnologias já devem ser espalhadas justamente para que esse terror se acabe e possamos abordar a práticas do trabalho de parto com mais leveza e aceitação, as informações precisam ir a diante e a estigma seja sem preconceitos e medos.

### **Categoria 3: Atuação do enfermeiro e gestante sobre medidas aliviadoras**

A terceira categoria corresponde a dois artigos intitulados: “Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica”; “Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto”.

O primeiro artigo intitulado: “Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica” vai tratar sobre métodos não invasivos a fim de aliviar a dor do trabalho de parto/parto, sem que haja malefícios para o feto ou parturiente, incentivando as práticas seguras a fim de minimizar o desconforto.

A dor é uma experiência subjetiva, que envolve uma interação complexa entre a fisiologia do corpo, o espírito e o ambiente. É uma experiência emocional, sensível e desagradável associada à lesão tecidual. No trabalho de parto, a dilatação do colo uterino é um componente importante da dor, adicionado a outros fatores, como: contração e distensão das fibras uterinas; tração de anexos e peritônio; distensão do canal vaginal; pressão nas estruturas pélvicas, na uretra, na bexiga e sobre as raízes do plexo lombo-sacro. O desconforto da dor pode ser aliviado através do uso de métodos não farmacológicos. A diminuição da sensação dolorosa permite à parturiente sua participação ativa no parto, aumenta a autoestima, possibilita uma melhor relação com o recém-nascido (RN) e contribui na construção de lembranças positivas no pós-parto (LEHUGEUR et al.; 2017 p 2).

Neste caso, a presença da enfermeira obstétrica na assistência à mulher em processo de parturição auxilia na implementação de práticas humanizadas de cuidado como métodos não farmacológicos de alívio da dor em busca de menos desconforto. A humanização da assistência ao parto preconiza que o profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, oferecendo-lhe suporte emocional e facilitando sua escolha no momento de parir, agregando assim mais confiança.

O segundo artigo intitulado: “Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto”, vai tratar sobre a importância do apoio emocional, já que nesse momento a dor existe e é real, porém métodos diferenciados vão oferecer tranquilidade no momento do parto.

É necessário o enfoque em técnicas de relaxamento a fim de oferecer qualidade nesse período curto de tempo, apresentar as possibilidades de posições e garantir sua total autonomia nesse momento.

## Categoria 4: Fluxograma sobre o atendimento nas maternidades

Imagem 1: Fluxograma de medidas não invasivas no trabalho de parto



Fonte: Tabela elaborada pelas autoras

## CONCLUSÃO

A elaboração deste estudo destaca como a atuação da enfermagem obstétrica que assiste a parturiente no processo de parir, colabora com o uso das medidas não invasivas no trabalho de parto e parto, proporcionando à gestante um momento mais sublime e mágico da vida humana com menos traumas no processo parir. Também nos mostra o quanto as medidas utilizadas pela enfermeira obstétrica preservam o parto normal como processo natural e fisiológico onde a parturiente participará de forma ativa compreendendo que ela é a protagonista deste processo juntamente com a participação da equipe de enfermagem que é a facilitadora deste processo.

O uso das medidas não invasivas no trabalho de parto oferece benefícios a parturiente como: alívio da dor, conforto, diminuição da ansiedade, relaxamento e respeito à fisiologia da mulher no parto, evitando assim danos a mulher e ao bebê durante a parturição e exercendo um papel de vinculação entre a equipe de saúde e a parturiente, aumentando a confiabilidade na equipe de enfermagem que respeitará sua individualidade proporcionando a parturiente uma experiência agradável.

A enfermagem obstétrica levará em consideração o desejo de cada parturiente, tendo sua vontade respeitada em utilizar ou não das medidas não invasivas no trabalho de parto. A enfermeira irá apresentar as propostas explicando seus benefícios e permitindo que a futura mamãe decida sobre sua aceitação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 775 de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e dá outras providências. Brasília, DF, 1949. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-775-6-agosto-1949-363891-normaatualizada-pl.pdf> Acesso em: 22/04/2018 às: 00:43

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Dispõe sobre a operação da Cesariana 2016. Disponível em : <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolocom-diretrizes-para-parto-cesariana> Acesso em: 22/04/2018 às: 22:50

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 14/11/2017 às: 22:38

BARROS, L. A; VERÍSSIMO, R. C. S. S, Uso do partograma em maternidades escola de alagoas. Revista da rede de enfermagem do Nordeste. Fortaleza. v.12, n.3, p.438- 445 jul/set. 2011.Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976015> Acesso em: 23/04/2018 às: 21:50

CAMPOS A.S; ALMEIDA A.C.C.H; SANTOS R.P. crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. Rev. Enfermagem UFSM. Rio Grande do Sul v.4, n.2, p.332- 341 abr/mai 2014 Disponível em:

CANÇADO, A; VALLERINI, A. P; LEÃO, B. C. C; SOUZA, K. V; JARDIM, D. M. B; MOGIONI, H. H; FERREIRA, K; JUNIOR, M. D. C; MARCELINO, M. O; MAGALHÃES, P. P. R; AGUIAR, R. A. L. P. Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o cuidado Multidisciplinar. Belo Horizonte. p.1-60. 2015. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-degoverno/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocoloassistencia\\_parto\\_nascimento-13-01-2016.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-degoverno/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocoloassistencia_parto_nascimento-13-01-2016.pdf) Acesso em: 25/04/2018 às: 20:57

DAVIM, R. M. B; TORRES, G. V; DANTAS, J, C; Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Rev Da Esc. Enferm. USP. São Paulo. v.43, n.2, p.438-445 jun. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200025>. Acesso em: 21/04/2018 às: 23:56

FEITOSA R.M.M; PEREIRA R.D; SOUZA J.C.P; FREITAS R.J.M; CABRAL S.A.R; SOUZA L.F.F. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. Rev. Fund. Care Online. Rio de Janeiro. v.9, n.3, p.717-726 jul/set 2017 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726> acesso em: 14/11/2017 às: 22:49

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém nascido.** São Caetano do Sul: Yendis, 2005

GIL, A. C. Como Elaborar projetos de Pesquisa 5ed. São Paulo:Atlas. 2010

GOLDMAN, R. E. Prática de Enfermagem durante o Parto In: BARROS, S.M; MARIN, H. F; ABRÃO, A, C. **Enfermagem obstétrica e Ginecológica: Guia para a prática Assistencial** 1º ed: São Paulo: Roca, 2002 cap. 12, p.212-230

GOMES, M. L. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 2010. 168p. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-225904.pdf/1.0>. Acesso em 25/04/2018 às: 23:45

LEMONS, I.C, AGENOR C.S, OLIVEIRA D.C.C, CARVALHO F.C. Produção científica nacional sobre práticas interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura. Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro. v.1, n.1, p.25-30 jan/abr. 2014. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/7/9> acesso em: 25/04/2018 às: 22:20

LEHUGEUR D, STRAPASSON MR, FRONZA E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(12):4929-37, dec., 2017 acesso em: 17/06/2020 às 14:18 disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22487p4929-4937-2017> ISSN: 1981-8963

MAFETONI, R. R; SHIMO, A. K. K, Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa Rev. Mineira de enfermagem. Minas Gerais. V.18, n.2, p.505-512

REIS, C. S. C; SOUZA, D. O. M; NOGUEIRA, M. F. H; PROGIANTI, J. M; VARGENS, O. M. C. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. Rev. Fund. Care Online. Rio de Janeiro.8, n.4, p. 4972-4979. out/dez.2016 out/dez: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4972-4979> acesso em: 16/03/2018 às: 13:34

REZENDE FILHO, J; MONTENEGRO, C. A. B. Rezende Obstetrícia Fundamental. 12ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011

SCHIRMER, J; BARBIER, M; GABRIELLONI, M. C; FUSTINONI, S.M. Incentivando o Parto Normal In: BARROS, S.M; MARIN, H. F; ABRÃO, A, C. Enfermagem obstétrica e Ginecológica: Guia para a prática Assistencial 1º ed: São Paulo: Roca, 2002 cap. 11, p.203-211 acesso em: 21/04/2018.

Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR et al. EQUIPE DE ENFERMAGEM E OS DISPOSITIVOS DE CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO: ENFOQUE NA HUMANIZAÇÃO J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):743-54 ACESSO EM : 17/06/2020 ÀS 14:02

SEVERINO, A. J. Pesquisa bibliográfica. In: Metodologia do Trabalho Científico. 3ed. São Paulo: Cortez. 2007

TURATO, E,R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública. São Paulo, março-abril, 2005. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci\\_arttext&lng=acesso](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext&lng=acesso) em 29/052018 às 01:52.

**Alessandra Pereira da Silva**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Marcela Pereira de Matos**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Marcelle Nunes Ferreira**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Helena Portes Sava de Farias**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

## RESUMO

**Introdução:** Esse estudo tem como objeto a atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos prestados a criança com câncer em fase terminal e sua família. **Objetivos:** Descrever a comunicação como elo entre a equipe de enfermagem, criança com câncer e sua família; Esclarecer a importância da assistência de enfermagem a criança com câncer em cuidados paliativos; Identificar as dificuldades do enfermeiro e da aceitação da criança em fase terminal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa que tem como referencial no Manual de Cuidados Paliativos. O levantamento dos dados bibliográficos foi realizado por meio de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a busca, primeiramente foi realizada uma consulta aos Descritores em Saúde (DECs), selecionando-se os termos mais específicos para nortear a coleta de dados. Assim, foram utilizados os descritores: cuidados de enfermagem, câncer, criança, cuidados paliativos, terminalidade de vida. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise em manuais de saúde (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A partir dos descritores “Cuidados de enfermagem”, “Câncer”, “Cuidados paliativos”, “Criança” e “Fase terminal”. Também foram utilizados para subsidiar o desenvolvimento do estudo as publicações livros, manuais do Ministério da Saúde. Para a seleção dos dados da BVS, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, publicados no idioma português, no recorte temporal compreendido entre os anos 2014 a 2018. **Análise dos resultados:** Verificou-se uma considerável demanda em atenção à saúde, havendo a necessidade de organizar e expor em formas de categorias temáticas. Categoria 1: A comunicação como elo entre a equipe de enfermagem, criança com câncer e sua família; Categoria 2: A importância da assistência de enfermagem e a criança com câncer em cuidados paliativos; Categoria 3: O enfermeiro e as dificuldades de aceitação da criança em fase terminal. Demonstrando as dificuldades enfrentadas pelas famílias no trato diário, seja pela insuficiência de recursos, pelo desconhecimento de mecanismos facilitadores do cuidado e pelo desafio proposto aos profissionais diante o cuidado paliativo à criança com câncer. **Conclusão:** Conclui-se que o enfermeiro tem papel fundamental, tanto na capacitação de sua equipe como na orientação ao familiar a respeito dos cuidados paliativos, buscando assim um comprometimento e parceria da sua equipe e familiares para ofertar uma conduta terapêutica adequada em cuidados paliativos à criança com câncer.

**Descritores:** enfermagem, câncer, criança, cuidados paliativos

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos prestados a criança com câncer em fase terminal e sua família.

A motivação para elaboração do estudo surgiu a partir de uma apresentação de seminário no sétimo período, na disciplina Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente em Unidade Hospitalar, no qual foi abordado o cuidado da enfermagem à criança e ao adolescente em fim da vida. Diante dessa experiência, surgiu assim o interesse do grupo em aprofundar-se mais sobre o tema, tendo em vista que os cuidados de enfermagem não somente visam a criança, mas também abrangem toda a família.

Para fundamentar teoricamente o estudo, toma-se como norte o referencial do Manual de Cuidados Paliativos (ANCP 2009).

No que se refere ao câncer, nota-se que na origem vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. (BRASIL, 2015). O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo (BRASIL, 2015).

O câncer é o nome genérico de um conjunto de mais de 200 doenças distintas, com multiplicidade de causas, formas de tratamento e prognósticos. Várias transformações podem ocorrer na mesma célula, fazendo com que ela se prolifere rapidamente e se transforme em massa tumoral (INCA, 2008).

É ainda uma doença caracterizada pelo crescimento celular descontrolado que leva a uma massa de células chamada neoplasia ou tumor. As neoplasias malignas invadem os tecidos vizinhos formando metástase. Isso ocorre por se tratar de um processo patológico, cuja célula é transformada por mutação (MÜLLER *et al*, 2015)

Considerando os relatos descritos acima as questões que norteiam esse projeto de estudo são:

- 1- Qual o papel do enfermeiro no atendimento a crianças com necessidades em fase terminal?
- 2- Quais são as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro e pela aceitação da criança em fase terminal?
- 3- Qual a importância da comunicação no recurso terapêutico a crianças e seus familiares?

Para essas questões em destaque, os objetivos desse estudo são:

- a) Esclarecer a importância da assistência de enfermagem a criança com câncer em cuidados paliativos.
- b) Identificar as dificuldades do enfermeiro e da aceitação da criança em fase terminal.
- c) Descrever a comunicação como elo entre a equipe de enfermagem, criança com câncer e sua família.

Dessa forma, o estudo poderá contribuir para a pesquisa em enfermagem e assistência em enfermagem, uma vez que o enfermeiro precisa estar atualizado, adquirindo maior conhecimento sobre o tema para saber lidar com essa situação em sua prática hospitalar, ampliando o acervo bibliográfico existente sobre o tema.

Do mesmo modo, é possível que contribua para o ensino, a fim de incentivar acadêmicos e profissionais de enfermagem sobre o assunto desenvolvendo novas competências.

E para a sociedade as contribuições resultarão em um acolhimento e cuidado com maior excelência, elevando a qualidade da vida da criança e da família nessa fase terminal.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Considerações sobre o Câncer pediátrico**

O câncer é uma doença que acomete a todos grupos de pessoas com idades diferenciadas, principalmente em crianças e adolescentes (BRASIL, 2018). Diante dessa realidade surgiu a necessidade do estudo onde é expressado a importância do enfermeiro na com o grupo pediátrico, por meio de uma atuação com um olhar holístico, humanizado, compreensivo e generalizado com à criança e a família. O cuidar de crianças com câncer é um desafio para os profissionais de saúde, pelo alto custo emocional e especificidades que envolvem esse processo terapêutico (RIBEIRO; SILVA; FRANÇA, 2016).

A fim de um tratamento com maior excelência, cuidado e humanização, o Ministério da Saúde vem trabalhando na criação de protocolos que auxiliem os profissionais desde a Atenção Básica até a Alta Complexidade (BRASIL, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil o câncer responde a oitava posição entre as causas de óbito entre crianças de 0 a 4 anos, mas é a principal causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos em 2014, de acordo com o SIM (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE, 2014).

No Brasil, segundo estimativa do INCA (Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva), o percentual dos tumores pediátricos observados nos Registros de Câncer de Base Populacional -RCBP brasileiros encontra-se próximo aos 3% ou seja 12.600 novos casos de câncer em crianças e adolescente até os 19 anos (2016). Estima-se que a região Sudeste e Nordeste apresenta 6.050 e 2.750 de novos casos, seguidas pelas regiões Sul com 1.320 casos novos, Centro-oeste com 1,270 casos e o Norte com 1.210 casos novos, sendo os tipos de câncer infantil mais comuns em crianças são: as leucemias, seguidas dos tumores do sistema nervoso central (conhecidos como cerebrais) e os linfomas (câncer dos gânglios linfáticos) (BRASIL, 2017).

De acordo com o que se refere no Protocolo de Diagnóstico Precoce do Câncer Pediátrico (BRASIL, 2017, p.4), observa-se que:

O câncer pediátrico não é uma doença prevenível e sua prevenção é um desafio para o futuro e a ênfase atual na abordagem a esse câncer deve ser dada ao seu diagnóstico precoce e encaminhado para um tratamento oportuno e de qualidade, que possibilite maiores taxa de cura (BRASIL, 2017, p.4).

O câncer em crianças apresenta características que tornam diferentes dos tipos de câncer em adultos, pois possui origem predominantemente de células embrionárias, curto período de latência e seu crescimento em geral é rápido (BRASIL, 2017). Daí a importância do profissional estar atento às necessidades apresentadas pela criança e seus familiares, observando sinais e sintomas em geral, contribuindo para a realização do diagnóstico precoce para assim conseguir planejar e implementar melhor os cuidados a essa criança (BRASIL, 2018).

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias

(que afeta os glóbulos brancos), os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático) (BRASIL, 2016). O câncer infanto-juvenil pode ser dividido em dois grandes grupos, de acordo com o Protocolo de Diagnósticos Precoce do Câncer Pediátrico (BRASIL, 2017) que são:

- 1- Tumores hematológicos, como as leucemias e os linfomas.
- 2- Tumores sólidos, como os do sistema nervoso central/cérebro, tumores abdominais (neuroblastomas, hepatoblastomas, nefroblastomas), tumores ósseos e os tumores de partes moles (rabdomyosarcomas, sarcomas sinoviais, fibrossarcomas, entre outros).

Os principais tipos de cânceres infanto-juvenis e incidências, de acordo com Protocolo de Diagnósticos Precoce do Câncer Pediátrico (BRASIL, 2017), correspondem aos descritos a seguir:

- Leucemia agudas: É a principal neoplasia que acomete as crianças e adolescentes, possuindo um período de latência curto com história de surgimento dos sintomas em poucas semanas.
- Tumores nos Sistema Nervoso Central: Representam a segunda neoplasia mais frequente da infância.
- Linfomas: Estão presentes entre os três grupos de neoplasias mais comuns na faixa etária pediátrica. Seus sintomas são apresentados por aumento ganglionar denominado adenomegalia.
- Massas abdominais: É uma das principais apresentações clínicas dos tumores sólidos em crianças. Na maioria das vezes essas massas são causadas por doença benignas. Vale destacar que essa neoplasia varia de 1 ano a 5 anos, sendo idade as quais a criança não consegue definir nem determinar o local da dor.
- Tumores Oculares: O Retinoblastoma é um tumor maligno que tem origem na membrana neuroectodérmica da retina embrionária, compreende de 2% a 4% dos tumores malignos pediátricos, é o tumor maligno ocular mais frequente na infância. Afetando crianças abaixo de 3 a 4 anos, sendo a média de idade do diagnóstico de 2 anos. E crianças de 6 anos é raro.
- Tumores Ósseos: É uma neoplasia tipicamente de adolescentes representada principalmente pelo osteossarcoma e pelos tumores da família Ewing. Manifestam-se por meio de dor local associado ao aumento regional de partes moles.
- Tumores de Partes Moles: O rabdomyosarcoma é uma neoplasia que acomete mais frequentemente os meninos com idade média de 4 anos. Quando ocorre em meninas, em geral, são os ligeiramente mais velhas. Essa neoplasia pode ocorrer em qualquer parte do corpo, mais frequentemente nas regiões de cabeça e pescoço, sendo a órbita o local mais comum.

O restante dos casos que acometem a cabeça e os pescoço divide-se em tumores parameningeos (nasofaringe, seios paranasais, ouvido médio, mastoides, fossas pterigopalatina e infratemporal) e não parameningeos. (BRASIL, 2017). Outras regiões que podem ser acometidas por esses tumores incluem abdômen, trato geniturinário, próstata, bexiga, vagina, útero, ductos biliares, tórax, tronco, coxas e região inguinal. Os casos com comprometimento das extremidades são mais comuns na segunda década de vida e geralmente mais agressivos (BRASIL, 2017). Estudos mostram que aproximadamente 25% das crianças apresentam doença metastásica ao diagnóstico, e os principais locais de acometimento são os pulmões, medula óssea, ossos e linfonodos (BOUZAS; CALZANS, 2007).

A sobrevivência de pacientes com câncer depende principalmente da localização do tumor, da histologia, das suas biológicas e do estadiamento da doença aos diagnósticos. Pacientes com doença localizada têm melhor prognóstico que aqueles com doença

avançada (BORIM, 1999).

De acordo com informação vinculada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, p.10).

Algumas associações são observadas com mais frequência, tais como a ocorrência de leucemia em pacientes com síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21) e a ocorrência de tumores no SNC e sarcomas em pacientes com neurofibromatose (doença de Von Recklinghausen). Malformações do trato genitúrio, aniridia, hemihipertrofia, síndrome de Beckwith-Wiedemann (visceromegalias, defeitos do fechamento da parede abdominal, hipoglicemias neonatais) são exemplos de alterações associados aos diagnósticos de tumores de Wilms (nefroblastoma) (BRASIL, 2017, p.10).

O tratamento de acordo com o Protocolo de Diagnósticos Precoce do Câncer Pediátrico (BRASIL, 2017) compreende três modalidades (quimioterapia, cirurgia e radioterapia, quando necessário), sendo aplicado de forma racional e individualizado para cada tumor e de acordo com a extensão da doença.

Vale ressaltar a importância da família na conscientização e conhecimento dos principais sintomas da doença na fase infantil que são (BRASIL, 2017):

- Perda de peso;
- Palidez inexplicada;
- Manchas roxas, sangramento pelo corpo machucado;
- Febre prolongada de causa não identificada;
- Vômitos acompanhados de dor de cabeça, diminuição da visão ou perda de equilíbrio;
- Dores nos ossos das juntas, com ou sem inchaços;
- Caroço em qualquer parte do corpo, principalmente na barriga;
- Crescimento do olho, podendo estar acompanhado de mancha roxa no local.

## **Cuidados paliativos**

O termo cuidados paliativos é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional a pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura (HERMES; LAMARCA, 2016).

A palavra “paliativa é originada do latim Palliun que significa manto, proteção, ou seja proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe” (HERMES; LAMARCA, p.1, 2016). Para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), cuidados paliativos é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam as doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

Para a ANCP, a proposta de cuidados paliativos não se baseia em protocolos, mas sim em princípios, conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica. Esses princípios foram listados pela OMS em 1986 e reafirmados em sua revisão em 2002, sendo eles: (ANCP, 2009, P.16-18):

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto;

- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia;
- Iniciar todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

O enfoque tradicional dos cuidados paliativos não é morte, mas uma assistência humanizada e especializada com o indivíduo. Baseia-se em uma compreensão abrangente do sofrimento do paciente, tendo por objetivo proporcionar alívio efetivo da dor e controle dos sintomas a pacientes gravemente enfermos, melhorando a sua qualidade de vida (BRUNNER, 2012, p.157).

E partindo desses princípios, entende-se que os cuidados paliativos visam oferecer melhores condições de vida para aquelas crianças acometidas por câncer em qualquer fase da vida e ou estágio da doença (BRUNNER, 2012). Nesse sentido, vale à pena ressaltar a importância do enfermeiro aprofundar seus conhecimentos em cuidados paliativos para oferecer este um tratamento com excelência e dedicação. Segundo as autoras Guimarães e Silva (2016), o papel do enfermeiro inicia-se no momento da notícia à família e à criança, dependendo de sua idade e da sua capacidade de compreender o que está sendo dito, até o momento de apoio ao luto da família. Este profissional deve promover um cuidado centrado nas particularidades da criança, além de estabelecer comunicação com a família.

Sendo assim, Vendrami (2014, p.7) afirma que:

A inserção da família no cuidado paliativo ao paciente oncológico é fundamental para promover as necessidades quase que incondicionalmente impostas pela doença e seu agravamento. Onde a escuta sensível, a comunicação terapêutica, o apoio e o processo de ensino-aprendizagem ao lidar com a problemática vivenciada pela família” (VENDRAMI 2014, p.7).

Os cuidados paliativos estão relacionados com a preservação da autonomia por meio da assistência individual, a qual sinaliza a valorização dos sentimentos experimentados e expressos pelo ser humano no percurso da doença (VENDRAMI; NACIMENTO; LIMA, 2014).

As autoras enfatizam em seu artigo a importância da participação dos pais nos cuidados paliativos, pois assim eles podem discutir junto à equipe sobre os benefícios, complicações do tratamento e seus resultados, na tomada de decisão para melhor abordagem do tratamento, de modo que seja abordada a melhor forma de tratamento para essa criança com o objetivo de amenizar as demandas, seu sofrimento e garantir qualidade de vida. Ressaltando sempre o diálogo aberto e honesto (VENDRAMI; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Para Magalhães (2016), os cuidados paliativos em pediatria são aqueles que buscam a melhoria de qualidade de vida da criança, com alívio da dor e outros sintomas físicos, bem como apoio às necessidades e expectativas espirituais e psicossociais da criança e família, uma vez que esta precisa de apoio no momento do luto.

Por sua vez, Rudival Souza (2016) relata que a Organização Mundial de Saúde, ao definir em 2002 o que são cuidados paliativos e seus princípios filosóficos, deixa claro que existe a necessidade de prestar assistência à unidade de cuidados paciente/família, de modo a proporcionar cuidados totais e integrais ao paciente em prol de uma qualidade de vida e dignidade no processo de morrer e oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com todo o sofrimento gerado com o decorrer da evolução clínica da doença e também no período de luto incluindo aconselhamento de luto, se indicado. Diante dessa

definição, é possível inferir que a família deve participar do processo de tomada de decisão, fortalecendo o apoio, a confiança e o reconhecimento da sua relevância na vida do seu ente querido.

O autor Rudival Souza (2016) ressalta que o enfermeiro deve buscar interagir com a família, de modo que seja possível observar como esta tem vivenciado o processo de morrer de seu ente querido, com a finalidade de analisar e compreender como esses familiares enfrentam e lidam com as dificuldades advindas da doença do seu familiar para que, assim, possam ser repassadas novas estratégias que busquem minimizar o sofrimento e auxiliar no enfrentamento das dificuldades.

Um acompanhamento domiciliar feito por equipe de profissionais paliativos, contribui para melhora do aporte físico, orientações e desenvolvimento técnico refletindo assim num fortalecimento na relação com os familiares (MARTINS; JUNIOR; SANTANA; SANTOS 2018).

Uma vez inserido o paciente nos cuidados paliativos, a equipe passa a buscar aprimoramentos para a oferta qualificada e humanizada dos cuidados, não só visando a doença, mas o paciente como um todo, buscando melhorias no atendimento prestado (VENDRAMI; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Por outro lado, o familiar exerce um papel importante pois através dele que a equipe saberá a evolução desse cuidado prestado, abrangendo todas as necessidades desse paciente. Considerando que a assistência paliativa não vislumbra a cura, um dos objetivos mais importante dos cuidados de enfermagem no cenário em destaque consiste em possibilitar o alívio da dor, portanto o enfermeiro deve ser atencioso e ter total conhecimento do quadro clínico da criança e das diferenciadas abordagens terapêuticas disponíveis para os sintomas em destaques, para assim orientar a família e como proceder, dando-lhes apoio que precisarem (BERNARDO; 2014).

Relata-se ainda que no contexto da atenção paliativa oncológica, a integralidade do cuidado depende do empenho de todos os integrantes da equipe de saúde, sendo o tempo um grande aliado para o estabelecimento das relações de vínculo e confiança, consequentemente para o sucesso do cuidado. Assim os indícios da integralidade do cuidado evidenciaram-se, dentre outros aspectos, na postura profissional e no modo de trabalho em equipe, o comprometimento e compromisso da equipe de enfermagem (MIRANDA; MOREIRA; LEITE; ERDMANN, 2014).

Bernardo (2014) aborda a comunicação como o elo entre a equipe de enfermagem com a criança com câncer e seus familiares, onde a comunicação é facilitadora do trabalho em saúde entre a equipe, a criança e a família, cabendo ao profissional de saúde interagir com a criança e com a família dando-lhe as informações necessárias sobre o quadro clínico e apoio que se mostrar necessário.

O Manual de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009, p.49) “aborda a importância da comunicação para com os pacientes sob cuidados paliativos, a comunicação interpessoal e o relacionamento humano são ressignificados representando a essência do cuidado que sustenta a fé e esperança nos momentos mais difíceis que são enfrentados”.

O paciente deseja ser compreendido como um ser humano que sofre porque além da dor física possui conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem suprir. Assim compartilhar seus medos e anseios relacionando-se com seus pares, ele necessita sentir-se cuidado, apoiado, confortado e compreendido pelos profissionais da saúde (ANCP, 2009).

O papel do enfermeiro compreende tarefas e relações que vão desde a interação com cada cliente até articulação mais complexas com familiares, equipe de saúde multiprofissional e institucional, que permeia diferentes faces do processo de cuidado, desde a entrada até a saída desse paciente, seja por alta hospitalar ou pelo óbito (ANCP, 2009).

De acordo com a ANCP (2009, p.216-217).

No âmbito dos cuidados paliativos o enfermeiro exerce seu papel desenvolvendo ações práticas e gerenciais. Porém suas habilidades deverão estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas e no estabelecimento das prioridades de cada cliente (ANCP, 2009, p.216-217)

## Cuidados Paliativos no Brasil

A história dos cuidados paliativos no Brasil é recente, tendo se iniciado na década de 1980. Conforme Hermes, o primeiro Serviço de Cuidado Paliativos no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul em 1983, seguido da Santa Casa de Misericórdia em São Paulo, em 1986, e logo após em Santa Catarina e Paraná. Em 1998 foi inaugurada a unidade IV no Instituto Nacional do Câncer-INCA exclusivamente dedicado aos cuidados Paliativos. Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e em 2000 surgem o Programa do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, onde deu início aos cuidados em paciente com câncer metastático, e posteriormente em 2003 criou uma enfermaria de cuidados Paliativos. (HERMES; LAMARCA, 2013)

De acordo com Hermes e Lamarca (2013, p.4).

Ainda não há no Brasil uma Política Nacional de Cuidados Paliativos. O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os cuidados Paliativos no âmbito do sistema de Saúde do país, por meio de portais e documentos emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2.430/2005) que inclui os cuidados paliativos na Política Nacional de Atenção Oncológica (HERMES; LAMARCA, 2013, p.4).

Os mesmos autores relatam ainda que as principais dificuldades apresentadas para o trabalho de cuidados paliativos no Brasil, conforme notícia vinculada pela Fundação do Câncer em 2010, são (HERMES; LAMARCA, 2013): “a inclusão dos Cuidados Paliativos na atenção Básica; o atestado de óbito em domicílio; a “cesta básica” de medicamentos, que é muito cara e; o armazenamento, a distribuição e o descarte desses remédios”.

## Sistematização da Assistência De Enfermagem

Wanda Horta organizou a sistematização da assistência de enfermagem a partir do que designou Processo de Enfermagem (PE), que é composto por seis etapas distintas, interdependentes e complementares, a saber: Histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação, avaliação de enfermagem e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979; TANNURE; PINHEIRO, 2015).

A Resolução COFEN 358/2009 define que o SAE tem por finalidade organizar o trabalho da enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo que seja possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (COREN, 2016).

A primeira etapa do processo, intitulada **histórico de enfermagem** consiste no levantamento de informações sumariamente importantes da vida, saúde e atividades do paciente que devem ser imprescindivelmente genuínas. É possível que a coleta dessas informações seja realizada através de entrevista com o próprio paciente ou terceiros, do exame físico, de leitura de prontuário. Nesse contexto, é importante ressaltar que todas as informações são úteis e devem constar no prontuário do paciente (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

A segunda etapa do processo, o **diagnóstico de enfermagem**, consiste no “julgamento clínico” (COREN-SP, 2015, p.47), a partir dos problemas relacionados à

necessidade de bem-estar e clínica do paciente. O diagnóstico viabiliza um caminho para a futura “ação” (intervenção) de enfermagem, a fim de que seja possível atingir resultados positivos (COREN-SP, 2015).

A terceira etapa do processo, o **planejamento da assistência de enfermagem** trata-se do plano de cuidados traçados pelo enfermeiro, que deve estar relacionado aos diagnósticos previamente reconhecidos (descritos na etapa anterior), que visa solucionar os problemas reais e potenciais e, elaborar registro por escrito deste plano (ALFARO-LEFREVE, 2005).

A quarta etapa do processo, a implementação das **intervenções de enfermagem**, consiste em pôr em prática as intervenções de enfermagem prescritas, com objetivo de minimizar os problemas causados pela patologia, bem como promover bem-estar e conforto ao paciente (TANNURE; GOLÇALVES, 2008).

A Quinta etapa do processo, a **avaliação da assistência de enfermagem**, é deliberada, sistemática e contínua, sendo útil e ao mesmo tempo necessária para verificar as ações que deram certo ou que precisam ser ajustadas (COFEN, 2009).

O estudo analítico e avaliação dos passos anteriores completa com a sexta fase. A sexta etapa, denominada por Horta como **prognóstico de enfermagem**, consiste na estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem. (HORTA, 1979).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa que tem como referencial no Manual de Cuidados Paliativos (ANCP).

De acordo com Vosgerau (2015, p.6), “a revisão bibliográfica possui dois propósitos: a construção de uma contextualização para o problema e a análise das possibilidades presentes”.

Considerando os apontamentos de Kauark (2010), pode-se afirmar que essa reflexão apresenta abordagem qualitativa, pois seus objetivos pressupõem a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números.

Para Minayo (2011), a pesquisa qualitativa ocupa um lugar central na teoria e se trata basicamente do conjunto de técnicas que foi adotado para construção de uma realidade.

Para a elaboração desse estudo, o levantamento dos dados bibliográficos foi realizado por meio de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a busca, primeiramente foi realizada uma consulta aos Descritores em Saúde (DECs), selecionando-se os termos mais específicos para nortear a coleta de dados.

Assim, foram utilizados os descritores: cuidados de enfermagem, câncer, criança, cuidados paliativos, terminalidade de vida. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise em manuais de saúde (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Para esse movimento de busca, foram pré-selecionadas as produções que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no idioma português, no recorte temporal compreendido no período de 2014 a 2018, disponibilizados sob forma de texto completo. Após coleta dos artigos, foi realizada leitura exploratória e seletiva do resultado dessa busca preliminar.

Inicialmente foram pesquisados os descritores individualmente, sendo encontrados artigos científicos conforme o Quadro 01, a seguir:

Quadro 1 – Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas bases de dados com os descritores individualizados.

Descritores	Bdenf	Lilacs	Medline	Total de artigos
Cuidados de enfermagem	32.548	14.139	286.087	332.774
Câncer	2.352	56.250	28.111	86.713
Cuidados Paliativos	11.835	1.388	53.796	67.019
Criança	4.186	97.007	20.579	121.772
Fase terminal	1.176	397	17.133	18.706

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Diante do número extenso de publicações encontradas, optou-se por um refinamento. Dessa forma os descritores foram pesquisados de forma associada em dupla, utilizando o termo “and” para obtenção de um melhor resultado, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas bases de dados com os descritores associados em dupla.

Descritores	Banco de Dados			
	Lilacs	Bdenf	Medline	Total
Cuidados de enfermagem and cuidados paliativos	308	188	6.327	6,823
Cuidados paliativos and câncer	622	106	28.347	29.075
Cuidados de enfermagem and criança	2.214	1,367	26.888	30,469
Cuidados de enfermagem and fase terminal	48	39	194	281
Cuidados paliativos and criança	147	28	4.488	4.663

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Considerando ainda ser extensa a quantidade de produções científicas, optou-se pela busca com os descritores associados em trio. Os resultados dessa busca se encontram descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas bases de dados com os descritores associados em trio.

Descritores	Banco de Dados			
	Lilacs	Bdenf	Medline	Total
Cuidados de enfermagem and cuidados paliativos and criança	41	24	0	65
Fase terminal and câncer and criança	9	3	118	130
Cuidados de enfermagem and criança and câncer	187	115	0	302
Cuidados de enfermagem and fase terminal and câncer	12	18	23	53

Cuidados paliativos and criança and câncer	62	19	1.109	1190
--	----	----	-------	------

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Em última instância, foi realizada busca associando os descritores em quadra, conforme o Quadro 4, a seguir

**Quadro 4 – Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas bases de dados com os descritores associados em quadra.**

Descritores	Banco de Dados			
	Lilacs	Bdenf	Medline	Total
Cuidados de enfermagem and cuidados paliativos and criança and câncer	26	15	169	210
Fase terminal and criança and câncer and cuidados de enfermagem	3	3	9	15
Cuidados paliativos and criança and câncer and fase terminal	4	3	16	23

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

A partir dessa leitura preliminar, foram selecionados 09 artigos que mantinham coerência com os descritores acima apresentados e considerados importantes para os objetivos do estudo. Subsidiando a bibliografia potencial, explícita no quadro 5, a seguir:

**Quadro 5 – Bibliografia Potencial**

Título	Autores	Objetivos	Revista	Ano	Principais resultados
Cuidado Paliativos à criança portadora de doença oncológica	Larissa Lucena Ribeiro, Lucyanna Estevão da Silva e Alba Maria Bomfim de França	Descrever os cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem em ambiente hospitalar e domiciliar.	Ciências Biológicas e da Saúde.	2016	Mostraram que a assistência à criança portadora de doença oncológica ressaltando a necessidade de inserir a família nos cuidados paliativos em ambiente hospitalar e domiciliar
Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem.	Tuani Magalhães Guimarães, Liliane Faria da Silva, Fátima Helena Espírito santo, Juliana Rezende Medeiros de Moraes	Conhecer a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica.	Escola de Enfermagem Ana Nery	2016	Para os acadêmicos. Os cuidados paliativos pediátricos estão relacionados ao controle de sinais e sintomas, conforto, apoio, promoção da qualidade de vida e bem-estar. E alguns entendem que cuidados paliativos tem como objetivo prolongar a vida.
A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal	Carolina Marinato Bernardo, Debora Marinato Bernardo, Izabele Alves Costa, Lidia Rodrigues Silva, Renê dos Santos Spezani	Refletir sobre a importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal.	Revista de pesquisa cuidados é fundamental.	2014	Os resultados desse estudo ratificam a importância da atuação do enfermeiro, onde a proximidade, vínculo permitirá uma prática de enfermagem.

Cuidados paliativos à criança com câncer	Jael, Rubia Figueiredo, Solange Maria Geraldo	Compreender a experiência do enfermeiro no cuidar de crianças com câncer sem possibilidades terapêuticas	Enferm. UERJ	2013	A pesquisa revela que os enfermeiros reconhecem a importância da comunicação verbal e não verbal à criança com câncer em cuidados paliativos
Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico	Sonia Sirtoli Farber	Acompanhar e cuidar da criança com câncer na sua fase terminal.	Cad. Saúde coletiva Vol.21	2013	A elaboração dos lutos é implementada por medidas educativas e práticas, favorecendo o bem-estar e conforto do paciente pediátrico.
Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro	Tuani Magalhães Guimarães, Liliane Faria da Silva, Fátima Helena Espírito Santo, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes, Sandra Teixeira de Araújo Pacheco	Identificar e descrever a visão dos acadêmicos de enfermagem sobre os cuidados paliativos em oncologia pediátrica.	Gaúcha. Enf Vol:38	2017	É necessária a ampliação da discussão sobre os cuidados paliativos em oncologia pediátrica.
Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros	Gisele Elise Menin, Marinez Koller Pettenon	Compreender as percepções e sentimentos do profissional enfermeiro diante do processo de morte e morrer infantil.	Bioética	2015	Os resultados evidenciam despreparo emocional dos enfermeiros bem como a falta de suporte terapêutico nas instituições de saúde para lidar com a situação.
Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal	Alencar, Delmo de Carvalho; Carvalho, Antonia Taísa de; Macedo, Rejane Lopes de; Amorim, Ana Maria Neiva Eulálio; Martins, Álissan Karine Lima; Gouveia, Marcia Teles de Oliveira.	Identificar os sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal.	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 9(4):1015-1020	2017	A vivência do enfermeiro é marcada por situações conflitantes, expondo o profissional de enfermagem a uma atmosfera de sentimentos, principalmente negativos.
Dor e processo de morrer: perspectiva a partir do método criativo e sensível.	Cordeiro, Franciele Roberta, Beuter, Margrid, Roso, Camila castro, Kruse, Maria Henriqueta Luce	Descrever as possibilidades de cuidados de enfermagem ao paciente oncológico em processo de morrer na ótica da equipe de enfermagem	Revista online Braz.j. nurs (online);12(1), Apr	2013	O decorrer do artigo apresentou alternativas possíveis para a minimização da dor, destacando como principais medidas terapêuticas a utilização de medicações e o suporte para a dificuldade respiratória

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

De posse dos dados encontrados, procedeu-se à análise de conteúdo, de acordo com Laurence Bardin (2011). A análise de conteúdo é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa e significativa mais do que um procedimento técnico, consistindo em uma história busca teórica e prática no campo das investigações sociais (GIL, 2010).

Os resultados do presente estudo serão socializados através da apresentação em sessão pública de defesa acadêmica de Trabalho de Conclusão de Curso no auditório do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM) em data futuramente agendada. Outrossim, planeja-se também divulgar os resultados do estudo em eventos científicos de interesse em

enfermagem e saúde em geral. Almeja-se, se possível, a socialização do estudo mediante a publicação em periódicos de enfermagem ou de interesse em saúde.

## **Resultados e Discussão**

Após a leitura do material reunido, verificou-se a necessidade de organizar e expor de forma de categorias as temáticas: Categoria 1: A comunicação como elo entre a equipe de enfermagem, criança com câncer e sua família; Categoria 2: A importância da assistência de enfermagem a criança com câncer em cuidados paliativos; Categoria 3: O enfermeiro e as dificuldades de aceitação da criança em fase terminal.

No decorrer da leitura, observamos que a equipe de enfermagem tem um papel fundamental no atendimento as necessidades humanas básicas, sendo extrema importância estar sempre atualizado acerca dos cuidados prestados a essa criança, a fim de atender as suas demandas diárias de forma humanizada.

### **Categoria 1: A comunicação como elo entre a equipe de enfermagem, criança com câncer e sua família**

A primeira categoria foi construída a partir de 3 artigos intitulados: “Cuidados paliativos à criança com câncer”; “Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico” e “Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros”.

O primeiro estudo intitulado: Cuidados paliativos á criança com câncer relata que reconhecer a importância da comunicação entre o enfermeiro e a criança com câncer fora de possibilidades terapêuticas, por meio de uma relação eu-tu autêntica, é sobremaneira relevante, uma vez que a situação em que elas se encontram, põe-nas, algumas vezes, em condições difíceis de compreender, caracterizadas pela dor e pelo sofrimento, o que lhes causa angústia e depressão, como mostram estes trechos dos relatos:

Se a criança está consciente, está orientada, eu falo: fique tranquila, vai dar tudo certo. [...]. Outra coisa, nós atendemos crianças e adolescentes. Os adolescentes geralmente são mais orientados, perguntam mais. [...]. Assim, o ato de se comunicar tem que ser direcionado para todos os sentidos (FRANÇA et al, 2013).

A gente procura ter uma visão geral da criança e procura também saber o que ela está sentindo, se comunicando, conversar, fazer uma brincadeira que a criança sorri, acho que é tudo. [...].

A gente tem que saber o que está fazendo, com quem está lidando, saber como lidar, saber o que vai falar, temos que aproveitar, chegar lá, conversar, sorrir, brincar, demonstrando uma expressão de felicidade. [...] se você tem um momento bom, viva! Não deixe para amanhã, não. Então, se a criança está bem, vamos usufruir, vamos dar amor, vamos sorrir (FRANÇA et al, 2013).

Eu acho que é muito importante, porque você ter uma criança que está em fase terminal, que você vai perder e você se comunica, leva seu apoio através da comunicação verbal ou não verbal; até tranquiliza a criança, [...]

Segundo o autor existem Estratégias pautadas nos cuidados paliativos para minimizar o sofrimento existencial da criança com câncer quando a comunicação e a observação são realizadas, é possível, conforme as falas dos depoentes, identificar a mudança de comportamento apresentada pela criança e reconhecer se ela, realmente, encontra-se bem ou mal.

O segundo estudo intitulado: Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico relata que Criança acometida de câncer, em estágio terminal,

pode ficar incapacitada de desenvolver atividades, tornando-se totalmente dependente, mas essa condição não é regra; mesmo estando com suas funções comprometidas, o paciente infantil apresenta forte resiliência. Valendo-se dessa prerrogativa, o cuidador deve oferecer e acompanhar atividades que proporcionem contentamento e bem-estar ao paciente. De outra forma, a criança pode desenvolver um quadro de apatia e depressão que incidirá negativamente em sua condição.

Os Autores evidenciam que a comunicação é facilitadora do trabalho em saúde entre a equipe, a criança e a família, cabendo ao profissional de saúde interagir com a criança e com a família dando-lhe as informações necessárias sobre o quadro clínico e apoio que se mostrar necessário.

Afirma ainda que embora encontrem dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, destaca-se que muitos dos enfermeiros que trabalham com pacientes sem prognóstico de cura consideram a comunicação com o paciente terminal um recurso terapêutico importante e efetivo.

A segunda pesquisa enfatiza que a comunicação é relevante na atuação da equipe de enfermagem, como elo humanizador e facilitador do equilíbrio emocional entre a criança e sua família diante de um momento em que maioria das vezes se encontram extremamente fragilizados.

O terceiro estudo intitulado: Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros relata que uma equipe de cuidados paliativos, que mantém uma comunicação aberta, procurando explicar detalhadamente o que pode acontecer com o paciente até os últimos momentos de vida está mais habilitada a acalmar os temores em relação à morte. O autor ressalta que quando há somente a comunicação instrumental e não há relação afetiva entre enfermeiros e pacientes com câncer, desenvolve-se um desequilíbrio maior.

Sendo assim Menin e Petternom (2015) afirma que:

Afirma ainda que essa relação de efetividade e comunicação facilita o processo de avaliação da dor pela segurança transmitida e é um cuidado que deve ser valorizado. Embora se reconheça que a comunicação entre enfermeiro, família e criança com câncer é parte importante do processo de cuidar, ainda há uma grande falta de conhecimento da equipe de enfermagem por não saber lidar com essa situação de morte e morrer (MENIN; PETTERNOM, 2015).

Muito se investe na comunicação instrumental como já foi dito, mas uma parte fundamental que vale ressaltar é a falta do preparo psicológico do enfermeiro em administrar esse recurso como parte integrante de seu trabalho diante desse processo doloroso. Diante dessa perspectiva, vale destacar a importância da informação e orientação prestada pelo enfermeiro à família sobre a evolução de seu ente, contribuindo para amenizar o sofrimento e tornando a família ativa e participante no cuidado a criança.

Teve uma criança que eu pesei outro dia e ela, o tempo todinho, ficava jogando beijo, mas naquele dia ela não quis nem olhar para mim. A comunicação dela não estava boa, [...]. Então, se ela não está bem, a gente vai ver por que ela está daquele jeito. [...] (MENIN; PETTERNOM, 2015).

Alguma coisa está acontecendo, pois, a Criança, às vezes, em fase final da doença, não tem comunicação da palavra, mas ela tem a comunicação com o olhar, com o toque. Nos discursos transcritos, referentes à categoria A comunicação e o relacionamento interpessoal do enfermeiro com a criança com câncer em fase terminal, os enfermeiros elucidam a importância da comunicação autêntica, uma maneira eficaz de se cuidar das crianças com câncer fora de possibilidades terapêuticas. As falas enunciam que a comunicação deve ser direcionada para todos os sentidos - para o modo verbal e o não verbal - e que a capacidade cognitiva e o nível de consciência e de orientação da criança

são fatores essenciais para que a comunicação seja compatível com o seu nível de entendimento.

Os discursos expressaram que a comunicação entre os enfermeiros e as crianças com câncer fora de possibilidades de cura tem uma presença autêntica e uma disponibilidade de estar com o outro, compreendendo-o e ajudando-o nessa fase da vida. Em seu discurso, o depoente enfatizou que procura ter uma visão geral de como a criança se encontra através da comunicação. Em outro discurso os enfermeiros desvelam que a conversa e a brincadeira que fazem a criança sorrir assumem grande relevância nesse processo de cuidar, por isso, o enfermeiro deve saber como se expressar e como lidar, pois, se trata de uma criança que está vivenciando os seus últimos dias de vida.

O Autor afirma que É através do sorriso e do bom humor, sobretudo, que os enfermeiros, quando transmitem às crianças alegria e afeto, deixam aflorar o seu modo de cuidar delas. A esse respeito, os entrevistados expressaram que a brincadeira e o bom-humor devem fazer parte do cuidado com as crianças com câncer, para que aproveitem bem cada momento de suas vidas. O humor é um componente precioso da comunicação e do cuidado afetuoso em cuidados paliativos, em que se considera tal disposição de espírito como uma dimensão do cuidado emocional.

O estabelecimento do bom humor, no ambiente onde se assistem pacientes sem possibilidades terapêuticas, denota a ideia de bem-estar do paciente e a importância dos relacionamentos, o que vai ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos. Nessa prática, o humor é um importante componente da comunicação e do cuidado afetuoso, por ser apreciado em uma dimensão do cuidado emocional, propiciar relações terapêuticas que minimizam a angústia referente à complexa condição de terminalidade do paciente e proteger sua dignidade e seus valores. Em outro discurso, evidenciou a importância de uma boa comunicação e ressalta que até tranquiliza a criança nesse processo de finitude.

## **Categoria 2: A importância da assistência de enfermagem a criança com câncer em cuidados paliativos**

A segunda categoria foi construída a partir de três artigos intitulados: Cuidados paliativos à criança portadora de doença oncológica, A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal e Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem

O primeiro estudo intitulado: Cuidados paliativos à criança portadora de doença oncológica relata que quando existe a possibilidade de o diagnóstico de câncer confirmar-se, surge logo uma penumbra de medo por parte do doente e da família. Esse sentimento ocorre devido às incertezas do que poderá acontecer. Ao mesmo tempo, tanto a criança quanto sua família alimentam a esperança de que essa confirmação não ocorra.

Segundo o autor no decorrer do adoecimento da criança por câncer, ela e sua família passam a enfrentar problemas como reinternações frequentes, terapêuticas agressivas, alterações no cotidiano, limitações na compreensão do diagnóstico, desajuste financeiro, angústia, dor, separação entre criança e família em decorrência das reinternações, sofrimento e medo constante da morte.

De acordo com Ribeiro; Silva e França (2016) Os programas de cuidados paliativos incluem, em geral, a clínica dia, a assistência domiciliar, a internação, os serviços de consultoria e o suporte para o luto, tudo monitorado diariamente.

Os autores afirmam ainda que: O cuidado paliativo tem início quando a criança é diagnosticada e continua mesmo que a criança receba ou não tratamento com finalidade curativa; um cuidado paliativo efetivo requer abordagem multidisciplinar que inclua a família e a utilização de recursos não limitados; profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o

sofrimento físico, psicológico e social da criança e pode ser oferecido por instituições em nível terciário, em centros de saúde, até na casa da criança.

A abordagem terapêutica paliativa a ser escolhida precisa ser discutida entre a equipe, a família e o paciente. É importante reforçar com os pais e com o paciente (quando possível), a função paliativa das modalidades, pois é comum que os mesmos acreditem em novo tratamento com finalidade curativa, o que gera frustrações, perda de confiança e do vínculo com a equipe (RIBEIRO; SILVA; FRANÇA, 2016).

O segundo estudo intitulado: A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal relata que, os cuidados paliativos abordam uma ampla gama de questões, integrando as necessidades individuais de cada paciente. Os efeitos físicos e emocionais devido ao câncer e seu tratamento podem ser muito diferentes de paciente para paciente, nas diferenças de idade ou nas condições culturais, o enfermeiro deve atuar em cada questão, de forma individual e positiva.

Os autores evidenciam que a assistência de enfermagem se caracteriza por atividades técnicas, centrada no anátomo-fisiológico e ações de caráter mais amplo, que visam a manutenção do crescimento e desenvolvimento, procurando proporcionar uma melhor qualidade de vida. Além das ações básicas referentes a higiene, alimentação e medicação, soma-se outras como recreação e implementação do relacionamento mãe-filho por meio do alojamento conjunto.

De acordo com os autores Bernardo et al (2014).

A atuação do enfermeiro na atenção paliativa oncológica pediátrica é acompanhada por inúmeros desafios os quais influenciam sobremaneira o modo de gerenciar o cuidado de enfermagem. Um dos grandes desafios para o enfermeiro e demais profissionais da equipe de saúde é proporcionar qualidade de vida à criança com câncer em cuidados paliativos, exigindo a compreensão de que as ações direcionadas à criança na atenção paliativa oncológica não visam à cura, mas à qualidade de vida durante o viver/morrer da criança (BERNARDO et al, 2014).

Os autores afirmam que neste momento de dor, causado pelo sofrimento associado ao câncer, o único conforto desta família é ter a certeza que os cuidados paliativos serão prestados por uma equipe de enfermagem qualificada e preparada a esta criança, proporcionando-lhe assistência individualizada.

Essa característica demonstra que na fase terminal da doença, em que a criança já não tem possibilidade de cura, o tratamento paliativo deve ser intensificado e garantido, com vistas a propiciar, através das inúmeras ações que o constituem, uma melhor qualidade de vida.

O terceiro estudo intitulado: Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem relata que a equipe de enfermagem tem o papel de minimizar o sofrimento da criança em fase terminal e de sua família, proporcionando todo o apoio necessário em todos os momentos que comportam a assistência paliativa e suas contribuições são destacadas de modo enfático pela literatura.

Segundo os autores considerando que, a assistência paliativa não vislumbra a cura, um dos objetivos mais importantes do cuidado de enfermagem no cenário em destaque consiste em possibilitar o alívio da dor. Para tanto, o enfermeiro deve ser atencioso e ter total conhecimento do quadro clínico da criança e das diferenciadas abordagens terapêuticas disponíveis para o sintoma em destaque, para assim orientar a família em como proceder, dando-lhes o apoio que precisarem.

Na percepção dos acadêmicos de enfermagem participantes da pesquisa, os cuidados paliativos em oncologia pediátrica têm por finalidade o alívio dos sintomas, além de oferecer conforto e bem-estar à criança. Acrescenta-se que, para alguns participantes

da pesquisa, esse cuidado tem por finalidade o prolongamento do tempo de vida dos pacientes.

Os acadêmicos de enfermagem destacaram que esta modalidade de cuidado é realizada com a finalidade de aliviar os sintomas, tais como dor, desconforto respiratório, dificuldade na alimentação e locomoção, além da identificação de alguma intercorrência.

Para a maioria dos acadêmicos de enfermagem, o cuidado paliativo oferecido à criança com doença oncológica não tem como objetivo apenas o alívio da dor e dos sintomas físicos, mas também visa a promoção de bem-estar e saúde mental por meio de atividades e brincadeiras lúdicas, aproximação da família, apoio psicológico, interação social e atividades que elevem a autoestima da criança. Para isso, eles reforçam a importância de um ambiente agradável, sendo adaptado às necessidades que são específicas da infância.

### **Categoria 3: O enfermeiro e as dificuldades de aceitação da criança em fase terminal**

A terceira categoria foi construída a partir de 3 artigos intitulados: Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro, Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal e Dor e processo de morrer: perspectiva a partir do método criativo e sensível.

O primeiro estudo intitulado: Cuidados paliativos em oncologia pediátrica relata das dificuldades enfrentadas por enfermeiros na aceitação da criança em fase terminal pois os enfermeiros, em sua maioria, apresentam grande desconforto em lidar com a morte da criança com câncer sob cuidados paliativos, pois os indivíduos durante a infância são vistos pela sociedade como portadores de alegria e vida, qualidades que se opõem à morte. Guimarães et al (2017) afirmam que:

A morte, em geral, causa grande impacto na vida das pessoas. O modo como cada um compreende ou vê a morte, ou ainda como estes a relacionam em suas vivências pessoais ou profissionais, faz diferença no enfrentamento desse processo. Dessa maneira, percebeu-se que profissionais entendem a morte como o fim de um ciclo na vida, uma passagem, que os seres humanos irão enfrentar na sua existência (GUIMARÃES et al, 2017)

Os autores evidenciam a dificuldade enfrentada pelo enfermeiro em se lidar com a morte e o morrer, que são fatos inerentes à realidade do trabalho dos profissionais que assistem o cliente pediátrico fora de possibilidade de cura na oncologia.

Por sua vez, a pesquisa acrescenta que muitos profissionais parecem desconhecer técnicas de comunicação terapêutica, evitando o contato verbal com os pacientes que vivenciam o processo de morrer, afastando-se, por não saber trabalhar os sentimentos que a situação de morte iminente lhes desperta.

O segundo estudo intitulado: sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal relata que grande parte dos profissionais apresentam dificuldades ao relacionar-se com pacientes que estão em fase terminal, considerando a permanência prolongada de internação, o que possibilita a criação de vínculos fortes com o paciente e seus familiares, além disso, o fato de presenciar a aproximação da morte. O enfermeiro está diante do conflito de como irá se posicionar frente à dor e sofrimento que nem sempre pode aliviar, além de ter que elaborar perdas, principalmente com aqueles que estabeleceu vínculos mais intensos

Nota-se a partir desses apontamentos que essa realidade ocasiona desdobramentos importantes para as relações de cuidar e ser cuidado, instituindo barreiras assistenciais que corroboram para que muitos profissionais se distanciem de seu papel acolhedor, seja por despreparo profissional, ou até mesmo por medo de se envolver, principalmente quando

são crianças que já se comunicam verbalmente, tendo a capacidade de expressar seus sentimentos e seus sofrimentos.

Os autores relatam que o contato, as limitações e a necessidade de lidar com a morte resultam em sensação de impotência e insuficiência no enfermeiro, o que causa sofrimento em consequência do envolvimento com a criança e sua família e da impotência frente à evolução negativa da doença, podendo resultar em atendimento frio e impessoal.

Por outro lado, enfatiza que o sentimento de negação não impede que os profissionais procurem conviver de forma aceitável com o processo de morrer dos pacientes e apesar de demonstrarem ver a morte como fato natural, estes acabam desenvolvendo outros sentimentos, como a imparcialidade, considerada como uma forma de defesa diante do sofrimento que termina em morte.

A pesquisa aponta que um dos aspectos mais difíceis e dolorosos na oncologia pediátrica é aprender a aceitar e lidar com a morte da criança terminal. O que pode vir a ser uma experiência pessoal de valor, pelo conforto que se pode proporcionar e a sensação de ter feito o máximo para amenizar o sofrimento do paciente e da família, proporcionando uma morte com dignidade.

Por outro lado, infere-se que essa mesma experiência pode se caracterizar como uma ameaça psíquica ao profissional enfermeiro no desempenho de suas funções, evidenciando fazer-se necessário investir também no cuidado de quem cuida, de modo que os enfermeiros possam usufruir de acompanhamento psicológico; que realizem cursos de especialização na área dos cuidados paliativos de forma a desenvolver competências para lidar com os doentes terminais e a respectiva família, com a morte e com o luto.

O terceiro estudo intitulado: Dor e processo de morrer: perspectiva a partir do método criativo e sensível. Ressalta que, a criança com câncer desestrutura uma família de diversas formas e embora o profissional de enfermagem vivencie todo esse processo de adoecer e morrer dessa criança em cuidados paliativos, não se pode deixar a desejar, ainda que por medo ou por falta de envolvimento.

Essa realidade induz ao pensamento de que é essencial que o enfermeiro seja melhor preparado e estruturado para que assim possa desempenhar um papel relevante diante da inevitável possibilidade de a criança ir a óbito.

Segundo os autores Cordeiro et al (2013) afirmam que:

*Acredita-se que o enfermeiro possa se empenhar ainda mais e, através de seus conhecimentos e experiência adquiridos ao longo de sua trajetória, possa desenvolver métodos de abordagem adaptativos e reflexões que vislumbrem contemplar as necessidades de assistência apresentadas por parte da criança e também do seu familiar (CORDEIRO et al, 2013).*

Os autores concluem que o cuidado paliativo em oncologia pediátrica, é um desafio para os enfermeiros, que precisam de preparo para lidar com sentimentos que pode emergir como impotência. Percebe-se que os enfermeiros possuem dificuldade em lidar com a morte, explicada pelo sofrimento e negatividade trazidos pelo sentimento de pena e fracasso.

A dificuldade em lidar com a terminalidade pode ser amenizada criando-se espaços de reflexões, momento em que os profissionais podem expressar suas angústias, pois no dia-a-dia pouco se discutem as questões relacionadas à morte.

O processo de morte pode ser estressante para os pais, uma vez que o filho doente aos poucos fica menos em alerta nos dias que antecedem a morte. Assim, o enfermeiro pode ajudar a família identificar mudanças que poderão ocorrer à medida que evolui o processo terminal. Com a proximidade da morte as visitas de enfermagem tornam-se mais frequentes, pois a família necessita de apoio adicional. Com isso, é possível buscar a melhoria da qualidade de vida por meio de cuidados durante o luto.

A pesquisa finaliza que a complexidade do cuidado à criança com câncer, principalmente durante os cuidados paliativos, requer da enfermagem prática de ações solidárias e norteadas de compaixão, para que assim ofereça apoio a pais e filhos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os cuidados paliativos na enfermagem vêm com a proposta de melhorar a qualidade de vida do paciente, oferecendo suporte multiprofissional focando suas necessidades mental, física e biológica até mesmo ao acompanhamento do luto.

Define-se que o enfermeiro tem papel fundamental, tanto na capacitação de sua equipe como na orientação ao familiar à respeito dos cuidados paliativos, buscando assim um comprometimento e parceria da sua equipe e familiares para ofertar uma conduta terapêutica adequada em cuidados paliativos à criança com câncer.

Uma das prioridades dos cuidados paliativos está na prevenção da autonomia por meio da assistência individualizada, na valorização dos sentimentos expressados no percurso da doença, bem como o apoio as necessidades, sendo de extrema importância a participação dos pais, pois assim eles podem discutir junto à equipe sobre os benefícios, complicações do tratamento e seus resultados nas tomadas de decisão.

A terminalidade de uma vida nunca é bem aceita pelo profissional de enfermagem, principalmente na pediatria, por isso foi percebida a necessidade do estudo e a contribuição para a temática. Atribuir mais conhecimento a esse profissional, proporcionando um cuidado mais holístico e humanizado a essa criança e aos seus familiares. Contribuir para uma compressão maior de uma realidade que não se pode mudar.

Percebe-se a importância de determinar uma melhor abordagem do tratamento para essa criança com o objetivo de amenizar as demandas, seu sofrimento e garantir qualidade de vida. Ressaltando sempre o diálogo aberto e honesto.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, A.L.S. O Processo de Enfermagem e suas cinco etapas. *Enferm. Fogo*. v.4, n.2, p.140-141,2013 Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/531/214>>. Acesso em: 20 mar.2018.

ALENCA et al. Sentimentos de Enfermeiros que atuam junto à pacientes com Câncer fase terminal . **Revista Pesquisa Cuidados e fundamentos (on line)**., v 9 n.4 p. 1015-1020,2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Particularidade do Câncer Infantil (on line). Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br> Acesso em: 29 mar.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014-incidência de câncer no Brasil. [citado em 2015 jul 16]. Disponível em:<<http://www.inca.org.br/2014/estimativ-24042014.pdf>> Acesso em: 07 mar. 2018.

BERNARDO, C. M et al. A importância dos Cuidados Paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com Câncer em fase terminal **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online** v.6 n.3 p.1221-1230, Jul-Sep,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Diagnóstico Precoce do Câncer Pediátrico. Brasília – DF.2017. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/protocolo\\_diagnostico\\_precoce\\_cancer\\_pediatrico.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/protocolo_diagnostico_precoce_cancer_pediatrico.pdf)> Acesso em: 20 mar. 2018.

CORDEIRO, R. F et al. Dor e Processo de Morrer: perspectiva a partir do método criativo e sensível. **Revista online Braz.j.nurs** v. 12, n.1, Apr,2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Processo de Enfermagem: guia para a prática** / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Alba Lúcia B.L de Barros..[et al.] - São Paulo: COREN-SP 2015. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>.

CARVALHO, R. T; PARSONS, A. H. **Manual de Cuidados Paliativos** 2 ed. São Paulo: Editora Solo, 2012.

FRANÇA, J. R. F. S et al. Cuidados Paliativos à criança com Câncer. **Revista enfermagem UERJ**- Rio de Janeiro, v. 21(esp.2) p.779-84. Dez,2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a14.pdf>> Acesso em: 23 mar. 2018.

FARBER, S. S. Tanatologia Clínica e Cuidados Paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. **Cad. saúde coletiva [online]**. v.21, no.3 - Rio de Janeiro July/Sept. 2013 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000300006>> Acesso em: 26 mar.2018.

GUIMARÃES, T. M et al. Cuidados Paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Escola de Enfermagem Anna Nery [on line]**.v.20, n.2, p.261-267, Apr- Jun 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160035>> Acesso em: 26 mar. 2018.

GUIMARÃES, T. M; SILVA, L. F; SANTO, F. H. E; MORAES, J. R. M. M; PACHECO, S. T. A. Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica na formação do enfermeiro. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.38, n.1, p.409-465,2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.65409>>Acesso em: 23 mar.2018.

MENIN, G. E; PETTENON, M. K. Terminalidade da vida infantil: percepção e sentimentos de enfermeiros. *Rev. Bioét.* vol.23 no.3 Brasília set./dez. 2015 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233097>

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**.30 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes,2011.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan,2012.

RIBEIRO, L. L; ESTEVÃO, L; FRANÇA, A. M. B. Cuidados Paliativos à criança portadora de doença oncológica. **Ciência Biológicas e da Saúde**. Maceió, v. 3, n. 3, p. 151-164 Nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/3416>> Acesso em: 22 mar. 2018.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prática**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2015.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da assistência de Enfermagem: Guia Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

VASGERAU, R. S. D; ROMANOWSKI, J. P. Estudo de revisão: Implicações conceituais e metodológicas. Revista Educativa. Curitiba, v.14, n. 41, p. 170, Jan/abr. 2014. Disponível em: <[https://www.google.com.br/gfe\\_rd=cr&ei=AgQ-wlroNMvM8AfSvaLQAw#q=vosgera+artigo.](https://www.google.com.br/gfe_rd=cr&ei=AgQ-wlroNMvM8AfSvaLQAw#q=vosgera+artigo.)> Acesso em: 29 Ago. 2016.

**Ana Alice Soares da Silva**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Camila Motta Almeida**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Daniela Batista Viana**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Rosilene Vieira de Souza**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Helena Portes Sava de Farias**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

## RESUMO

Esta pesquisa tem por objeto o acolhimento ao familiar e ao paciente em cuidados paliativos oncológicos, trazendo a atuação do enfermeiro neste processo final, auxiliando no suporte a esse paciente e seus familiares. Os objetivos desse estudo são: Descrever a atuação do enfermeiro no acolhimento ao familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos e construir um plano de atuação do acolhimento ao familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, de natureza qualitativa. Os dados foram coletados nas bases de dados BVS, SCIELO e LILACS, no período de agosto de 2016 a maio 2017. Para análise foi elaborado uma tabela de artigos encontrados (Autores, Ano, Título, Bases de dados, Revista, Categoria e Resumo). Os resultados foram discutidos e interpretados de acordo com a análise da temática dos artigos sendo separados em categorias (BARDIN, 2011). Resultados: Após a análise, foi constatado a importância do enfermeiro frente a este paciente e seus familiares. Sendo assim, a temática foi abordada, utilizando as seguintes categorias: Importância da família nos cuidados paliativos; Religiosidade e Espiritualidade; Dor e O enfermeiro no acolhimento da família. Conclusão: A oncologia, os cuidados paliativos, a dor, a família, o paciente e todo esse enfrentamento da fase terminal do paciente oncológico está descrito neste trabalho. Pode-se perceber que é de suma importância a construção de um plano de ação para esse acolhimento. Para tanto, foi reunido informações para a construção de um material didático, por meio de uma cartilha, para otimizar as condições de trabalho do enfermeiro contendo informações pertinentes que devem ser orientadas aos familiares.

**Descritores:** Enfermeiro; Família; Oncológico; Paciente Terminal; Cuidados Paliativos

## INTRODUÇÃO

A motivação partiu da experiência e da vivência em Unidades de Saúde oncológicas, CTI e enfermarias, em que as autoras perceberam lacunas no acolhimento da família do paciente fora de possibilidade de vida, ou seja, aquele que está em cuidados paliativos.

O Tema do projeto de TCC é Enfermeiro Frente ao Familiar do Paciente em Cuidados Paliativos Oncológicos.

Os pacientes que se encontram em situação de cuidados paliativos são aqueles que recebem os cuidados humanizados tanto para eles e quanto para seus familiares que passam por este momento de sofrimento. O enfermeiro tem que estar atento para perceber os sintomas desta fase final e tornar um ambiente tranquilo para este paciente e seus familiares.

Segundo Brasil (2008), a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua cuidados Paliativos como a abordagem que oferece a qualidade de vida dos pacientes e sua família, aqueles que enfrentam os problemas associados a doenças que põem em risco a vida. Essa abordagem é realizada como a prevenção e alívio do sofrimento, como a identificação precoce, correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossocial e espiritual. Esse cuidado tem enfoque nas necessidades e não nos diagnósticos, a palição está indicado para todos os pacientes com doenças crônicas-degenerativas. As ações paliativas devem funcionar em todos níveis da atenção à saúde, proporcionando uma sobrevida com qualidade.

Segundo Gutierrez (2001), a definição deste paciente terminal, vai além da biologia, e um processo cultural e subjetivo, ou seja, humano. Para isso precisamos da clínica (exames laboratoriais, imagens, anatomopatológico) e a experiência da equipe para desconstruir esse momento para o paciente e para sua família, pois dizer que se esgotaram os recursos não é fácil, e que as condutas agora serão de conforto até o momento final e que será acompanhado pela equipe multidisciplinar que se chama cuidados paliativos.

Muitos profissionais não dão conta que muitos familiares podem ter conhecimento da causa da doença, não tendo o cuidado de acolher essa família, tendo uma visão somente da doença. Entretanto, enfermeiros devem ter a visão de um todo, ressaltando que o responsável pelo doente autorize ou não, qualquer procedimento, pois ele que acompanha o mesmo em tempo integral.

Segundo Santana *et al.* (2008) observa-se a pertinência no assunto humanização para cuidar dos pacientes em cuidados paliativos e em fase terminal. Entretanto, não esquecendo seus personagens nesta dramática situação como os familiares, visto que abrange sentimento de insegurança, impotência, tristeza, dentre outros. Com isso, a equipe multidisciplinar tem que ter uma visão da complexidade do contexto, respeitando a espiritualidade e individualidade de cada um, proporcionando dignidade e respeito aos sentimentos dos pacientes e familiares. Certamente se essa equipe tiver um despreparo não somente o paciente vai sofrer, sua família também. Atualmente a ciência tem a seu favor a tecnologia e avanços de pesquisas como UTIs (Unidade de Terapia Intensiva) que prolongam a vida, porém cada profissional deve se fazer a seguinte pergunta: Estamos preparados para ver a vida mantida através de aparelhos? Será que este familiar suportaria tal situação?

Segundo Sales (2010), cabe ao enfermeiro, em conjunto com toda a equipe de saúde, buscar o bem-estar biopsicossocioespiritual do doente e sua família, pois cuidar não é somente buscar a cura, mas é, principalmente, procurar entender o doente em suas necessidades assistenciais prioritárias e específicas no seu convívio com a enfermidade, ou seja, estar com ele de uma forma autêntica.

A interação com a enfermagem é importante, por isso o profissional deve acolher, informar e estar sempre solícito a qualquer dúvida, angústia, momento de depressão, tanto do paciente quanto desse acompanhante, que sempre é um familiar próximo. Deve-se orientar sobre as possibilidades de tratamento e deixar que este paciente busque outras alternativas como espiritualidade para afago de suas dores e nostalgias, grupos de apoio, terapias com florais e ervas, para que se sinta bem, mas sem esquecer a terapia medicamentosa. Todas essas técnicas buscam a cura ou o controle da dor e das complicações da doença.

Segundo Ferreira *et al.* (2008), o envolvimento da família é primordial. Ao receber a

notícia de que seu familiar está como um câncer, já é difícil, imagina receber a notícia que ela não tem possibilidade de cura. O paciente e sua família passam por um momento doloroso, de tristeza, negação, revolta e isolamento. A enfermagem pode por meio da humanização ajudar tanto o paciente quanto aos seus familiares, minimizando o medo e a ansiedade da fase terminal.

A relevância da pesquisa se dá a importância deste trabalho, pois servirá para trazer a melhoria para o acolhimento deste familiar e o paciente nesta fase final, e assim seguir com os cuidados paliativos.

A questão norteadora do estudo é: Como o enfermeiro atua no acolhimento ao familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos?

## **OBJETIVO GERAL**

Identificar a atuação do enfermeiro no acolhimento ao familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos.

## **OBJETIVO ESPECIFICOS**

Valorizar a participação da família nos cuidados paliativos.

Construir um plano de atuação do acolhimento ao familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Oncologia**

Segundo Volpato (2014) o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos podendo espalhar-se, dizendo assim que ocorreu uma metástase para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas, incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasia malignas. Por outro lado, o tumor benigno significa simplesmente uma massa localizado de células que se multiplicam vagarosamente e assemelha-se raramente ao tecido original.

Segundo Brasil (2008) câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo.

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. De acordo com Brasil (2008):

Começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases). As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos

ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (BRASIL, 2008).

## **Conceitos Em Cuidados Paliativos**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2002).

Os cuidados paliativos incluem as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas, tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser positivos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal (BRASIL, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a abordagem dos Cuidados Paliativos, fornece alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas, reafirmar vida e a morte como processos naturais, integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente, não apressar ou adiar a morte, oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente, oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte (BRASIL, 2008).

Segundo Brasil (2008), a assistência paliativa é para o controle dos sintomas, sem função curativa, que visa a qualidade de vida até o momento final, o conforto, a higiene, a alimentação, os curativos e os cuidados com a ostomias. Esses são os principais cuidados, mas sem deixar para traz os recursos tecnológicos, o conhecimento e a habilidade dos profissionais envolvidos que compoem a equipe multidisciplinar. Essa equipe tem ênfase na assistência integral e individual a cada paciente. Cada família tem seu perfil. A reorganização das rotinas familiares é a principal proposta adequada ao ambiente domiciliar, ajudando no controle da dor, preservando a autonomia do autocuidado do mesmo.

O controle dos sintomas e as intervenções necessárias vão de acordo com o diagnóstico de cada paciente. Os principais sintomas são dor, fadiga, dispneia, alterações cognitivas, anorexia, constipação intestinal, náuseas, vômitos, lesões fungóides (lesões ulcerado, tumores volumosos, exsudativos e etc.). Todos esses sintomas fazem parte desta etapa e causam muito desconforto ao paciente que está fragilizado com a doença.

Segundo Sales (2008), constituídos basicamente como uma filosofia do cuidar, os cuidados podem ser utilizados em diferentes contextos e instituições. Ou seja, no domicílio da pessoa com doença crônico-degenerativa em fase terminal, na instituição de saúde onde esteja internada, em uma unidade específica dentro da instituição de saúde destinada exclusivamente a esta finalidade, e ainda em instituições sociais que acolhem doentes com câncer para realizar tratamento antineoplásico.

Mediante a pesquisa realizada no decorrer foi observado os tipos de tratamento que

são: Quimioterapia Radioterapia, Braquiterapia e cirurgias que são realizados antes ou depois desses tratamentos, também convergindo com as medidas homeopáticas, fitoterapia, cromoterapia e aromoterapia mais sem abstenção do tratamento principal (INCA, 2011).

Segundo Brasil (2008), a vida e morte entra em cena quando descobrimos um câncer, e se ele for sem possibilidade de cura já associamos a morte. A partir de então, entram dois conceitos básicos que influenciam todas as abordagens que se diz respeito a vida humana, com o direito e o tipo de condições que esse ser humano vive. O código de ética e o pensamento jurídico brasileiro entende que a vida inicia no momento da concepção até a interrupção da vida. Atualmente o critério que determina a morte é a ausência das funções cerebrais, as características de dilatação e não reação das pupilas, ausência de respiração espontânea e traçado plano do eletroencefalograma (EEG). Deixar este paciente em manutenção tecnológica não vai mudar o prognóstico, entretanto o profissional tem que zelar pela dignidade do final de vida, além da abordagem com a família e o preparo do corpo neste final de vida.

### **Profissional de saúde na atuação com a família**

O profissional enfermeiro atua de forma essencial no cuidado e na orientação para com esses familiares, que são os primeiros a lidarem com o paciente oncológico, traçando assim o perfil da assistência de cada familiar, que tem a aceitação ou não da doença.

O paciente oncológico tem um histórico típico pessoal que levam a esperança e um baixo autoestima com o diagnóstico que lhe é passando. Esses sentimentos são opostos. A vontade de viver, o estresse, cansado pela depressão no momento desse resultado torna-se um fator crucial para o paciente. Vimos que essas emoções causam reações fisiológicas positivas ou negativas ao corpo e na mente, que ambos estão interligados.

A família que conseguir ajudar o paciente oncológico a encarar a morte da maneira examinada neste capítulo estará ajudando o processo da morte. O que mais pode fazer a família? Em primeiro lugar, e sem dúvida o mais importante, a presença da família é um dos maiores confortos que se pode dar ao paciente. O fato de saber que não está sozinho é de grande ajuda. Em segundo lugar, é importante que o paciente saiba que a família o ama, e que sentirá sua falta. Isto ajuda a reduzir a maior ansiedade que a pessoa próxima da morte sente: o medo de que deixe completamente de existir. Mesmo para as pessoas extremamente religiosas, não existe uma certeza absoluta de experiência consciente após a morte. Se o paciente souber que será lembrado, sentirá que sua existência não acabou pura e simplesmente. " Uma parte de mim continuará na lembrança das pessoas que amaram. E a outra continuará nas contribuições que fiz à sociedade enquanto vivo (SIMONTON, 1990).

O câncer é visto na atualidade como uma das mais graves doenças que podem acometer o ser humano, pois muitos relacionam o câncer como risco eminente de morte. Mesmo frente aos avanços tecnológicos que auxiliam na detecção precoce, prevenção e tratamento para vários tipos de patologias. Podemos observar e perceber o quão importante é o auxílio do enfermeiro, não só para os cuidados com os pacientes mais também com a família do mesmo. A família merece atenção especial por parte da equipe multidisciplinar no sentido de amenizar o sofrimento quando o paciente é sem possibilidade de cura. A taxa de mortalidade ainda é muito alta. É de suma importância estender o atendimento ao paciente e familiares, por meio de ações que estimulem a permanência da família ao lado do paciente durante o tratamento recebendo as informações necessárias, como o uso de medicações e os cuidados a serem realizados. Cada família tem seu perfil e é assim que traça-se um atendimento especial para cada família, enfatizando sempre o paciente, com um cuidado digno e humanizado (RIBEIRO, 2014).

## METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, de natureza qualitativa, com o propósito de sumarizar os estudos publicados em livros e artigos em periódicos de enfermagem, acerca da temática, cuja análise será descritiva. Este tipo de pesquisa tem como base a análise do material, através da organização e interpretação para o atendimento do objetivo de estudo.

Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelos autores por ocasião da realização de uma revisão de literatura.

A pesquisa qualitativa é considerada uma dinâmica entre o mundo real e o sujeito, possuindo um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade, não podendo ser descrita em números (GIL, 2002).

Gil (2002) afirma ainda que a pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações variáveis.

O presente estudo iniciou-se com a escolha do tema, “O Enfermeiro Frente ao Familiar do Paciente em Cuidados Paliativos” com a seguinte questão norteadora: Como o enfermeiro atuaria no acolhimento ao familiar do paciente em cuidados paliativos?

Iniciou-se a busca dos descritores através dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), onde encontramos os descritores como: Cuidados paliativos, Enfermeiro e Oncologia.

A pesquisa será realizada com os descritores, nas bases de dados Bdenf, Scielo e Google Acadêmico.

Tendo como critérios de inclusão: Artigos completos, em português no período de 2001 a 2016, com aproximação da temática e como critérios de exclusão artigos duplicados e sem aderência com o objeto de estudo. Os 08 artigos estão disponibilizados na internet e em bases indexadas. Após a coleta dos artigos, foi realizada a leitura exploratória e seletiva dos resultados que possibilitou obter mais conhecimento sobre o tema proposto. Nesta etapa serão excluídos os trabalhos e pesquisas que não colaboravam com informações com este estudo.

A análise dos dados foi orientada de acordo com a análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011).

As categorias devem possuir certas qualidades como: exclusão mútua – cada elemento só pode existir em uma categoria; homogeneidade – para definir uma categoria, é preciso haver só uma dimensão na análise. Se existem diferentes níveis de análise, eles devem ser separados em diferentes categorias; pertinência – as categorias devem dizer respeito às intenções do investigador, aos objetivos da pesquisa às questões norteadoras, às características da mensagem, etc; objetividade e fidelidade – se as categorias forem bem definidas, se os temas e indicadores que determinam à entrada de um elemento numa categoria forem bem claros, não haverá distorções devido à subjetividade analistas; produtividade – as categorias serão produtivas se os resultados férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos (BARDIN, 2011).

Quadro 1: Descritores: Cuidados Paliativos, Enfermeiro e Oncologia.

Palavra-Chave	Descritores		
	Português	Inglês	Espanhol
Enfermeiro	Enfermeiros	Nurse Mal	Enfermeiro Hombre
Família	Relações Familiares	Family Realations	Relaciones familiares
Oncológico	Oncologia	Medical Oncology	Oncologia Médica

<b>Paciente Terminal</b>	Doente Terminal	Terminally Ill	Enfermo Terminal
<b>Cuidados Paliativos</b>	Cuidados Paliativos	Palliative Care	Cuidados Paliativo

Fonte: confeccionado pelas autoras (2017).

**Quadro 2:** Classificação de Artigos para Análises de Resultados

AUTORES	ANO	TITULO	REVISTA	CAT	RESUMO
KRUS,M; VIEIRA,R; AMBROSI NI,L; et al	2007	Cuidados Paliativos: Uma Experiência	Rev. HCPA	4	Este artigo nos traz a experiência da enfermagem com os doentes incuráveis em fase paliativa, em fase final, sem possibilidade de cura, mostrando que temos um novo modelo de assistência para este doente e sua família, podendo trazer a proposta de uma morte com dignidade, uma boa morte, sendo assistido por toda a equipe multidisciplinar.
FERREIRA,N; SOUZA,C; STHUCHI,Z.	2008	Cuidados Paliativos e Família	Rev. Ciência Med. Campinas	1	O envolvimento da família é primordial, este paciente sofre e sua família também, quando a evolução da doença é inevitável, os sintomas, as internações fazem parte, mas é minimizado com o apoio da família que também é apoiado por uma equipe, assim tentando trazer o conforto antes do fim deste paciente.
GUTIERREZ,P;	2001	O Que é o Paciente Terminal?	Rev. Assoc. Med. Bras.	1	Esse artigo nos mostra que a terminalidade é um conceito, que diz que este paciente é irrecuperável, e se esgotaram as possibilidades, este paciente entra na fase de cuidados paliativos, estabelecemos o apoio a este doente e seus familiares, tentando levar alívio e conforto neste momento.
SANTANA, B.C.J; CAMPOS, V.C.A; BARBOSA, G.B.B et al	2009	Cuidados Paliativos aos Pacientes Terminais : Percepção da Equipe de Enfermagem	Centro Universitário São Camilo	4	A abordagem de um equipe qualificada e humanizada, que atua em prol do paciente e de sua família, abrangendo sentimentos de esperança, espiritualidade, dignidade, paciência dentre outros. A equipe de enfermagem é de grande valia neste processo final e estão ligados diariamente com o paciente e o familiar.
SALES,A.C;	2010	Cuidado Paliativo e o Profissional Enfermeiro	Rev. Cienc CuidSaud e	4	A importância de associar os cuidados paliativos com os cuidados humanizados, faz com que este enfermeiro possa atuar com um olhar diferenciado para este paciente em fase final, priorizando sempre o bem-estar do paciente e seus familiares,

RIBEIRO, L.A.; ALMEIDA, S.L.C.; RETICENA, O.K.; et al	2014	A Enfermag em no Cuidado Paliativo Domiciliar : O Olhar do Familiar do Doente com Câncer	Rev. da Rede de Enfermag em	1	A atuação do enfermeiro no acompanhamento domiciliar dos paciente em fase final, possibilitou observações, orientações e execução de procedimentos, que realizados por um profissional é mais seguro e juntamente com família este paciente sente-se mais seguro no seio familiar, e o profissional enfermeiro pode dar qualidade de vida até o final deste paciente.
HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A;	2013	Cuidados Paliativos: Uma Abordagem a Partir das categorias de saúde.	Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde, Fio Cruz	4	A atuação de cada profissional de saúde envolvido na fase de cuidados paliativos é de grande importância, as categorias são divididas por psicologia, serviço social, medicina e enfermagem, todos esses trabalham juntos para uma melhor assistência ao paciente em cuidados paliativos.
SILVA, D.L.S;	2011	Significados e Práticas da Espiritualidade no Contexto dos Cuidados Paliativos	Rev. HCPA	2	O artigo nos mostra como conhecer os significados da espiritualidade para o paciente, familiar e o enfermeiro, é um grande desafio em muitos momentos quando se está em cuidados paliativos, onde a negação se faz presente, e quando se tem um prática religiosa, ela ajuda de forma emocional e espiritual, ajudando neste processo de terminalidade.
CERVELI, A.P; KRUSE, M. H.L;	2015	Espiritualidade e Religiosidade nos Cuidados Paliativos: Produzindo um Boa Morte	Rev. Enferm UFPE online, Recife	2	O artigo aborda a religiosidade e espiritualidade deste paciente em fase final de vida, sobre cuidados paliativos, o enfermeiro tem uma grande importância, ajudando ao paciente e o família, mostrando o significado da vida e também de um boa morte, com a ajuda da religião.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2017)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados surgiram a partir da leitura de 08 artigos e 07 livros dos quais foram divididos em 4 categorias, dentre eles são: Categoria 1: Importância da Família na Cuidado Paliativo, Categoria 2: Religiosidade, Categoria 3: Dor e Categoria 4: O Enfermeiro no Acolhimento da Família.

## **Categoria I: Importância da Família no Cuidado Paliativo**

Nesta categoria foram agrupados 01 artigos e 01 livros.

De acordo com Ferreira (2008) o artigo “cuidados paliativos e família” discute que cuidar de uma pessoa com doença terminal requer equilíbrio contínuo entre a sobrecarga e a capacidade para superar. A sobrecarga do cuidado restringe as atividades, traz preocupações, insegurança e isolamento, e coloca a família diante da morte e da falta de apoio emocional e prático. Faz-se necessário o cuidado da família, pois a mesma estando abalada, implica no cuidado com o doente. Muitas famílias relatam a falta de informação, de cuidados com os eles, sentindo-se despreparados para tal cuidado. É de extrema valia a melhora na qualidade de vida dos membros familiares, tendo em vista que as famílias aprendem a viver cada momento, e em sua grande maioria aceitam ajuda de outras pessoas nesta fase terminal.

Para Ferreira (2008), a doença não envolve só a pessoa doente, mas também todo grupo familiar. O doente passa a ser o foco da atenção e o familiar eleito cuidador tem que abdicar de algumas rotinas no seu modo de vida para poder se dedicar. Torna-se necessário, que o enfermeiro dê orientações aos familiares, esclareça suas dúvidas e satisfaça suas necessidades de conforto, carinho e atenção. Sendo assim, compreende-se que somente pela comunicação efetiva o profissional poderá ajudar o paciente e sua família. A família também precisa se sentir cuidada, visto que ela muda todo seu cotidiano, seus afazeres, suas rotinas, assim precisando de ajuda e apoio para dar continuidade ao tratamento do doente com êxito.

Depois que o câncer afeta um membro da família, ele afeta também todos os outros membros. Geralmente, é um membro da família que se torna o cuidador do cliente. O cuidador familiar é uma experiência desgastante, dependendo da relação entre o cliente e o cuidador e a natureza e extinção da doença do cliente. Os cuidadores membros da “família sanduiche”, na faixa etária compreendida entre 30 e 50 anos de idade, frequentemente encontram-se divididos entre os cuidados com sua própria família imediata e um parente com câncer. As exigências são muitas, desde encorajar e apoiar, ajudar nas tarefas domésticas até realizar cuidados físicos (por. ex. dar banho, ajudar na higiene ou troca de curativos) quando o câncer está avançado. Cuidar também envolve a demanda psicológica de comunicação, resolução de problemas e tomada de decisões; as demandas sociais de permanecer ativo na sociedade e trabalhar; e as necessidades econômicas de suprir as obrigações financeiras (POTTER, 2009, p. 90).

## **Categoria II: Religiosidade**

Nesta categoria foram agrupados 02 artigos e 01 livro.

Segundo Cervelin (2015) no artigo intitulado “*Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte*”, os estudos mostram que a equipe de enfermagem e enfermeiros vem se preocupando com um assunto pertinente que é a religiosidade/espiritualidade de cada indivíduo. Entendendo a importância dessa busca para enfrentar o tratamento da doença crônica, os cuidados paliativos, o processo de morte e morrer e suas fases. Os cuidados biopsicosociospirituais ajudam a compreender essas etapas. Esse enfermeiro tem que estar preparado e capacitar a equipe.

Silva (2011) no artigo “*Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos agudos*” reforça que a espiritualidade também é importante para família de pacientes em cuidados paliativos. Ela tem o papel de trazer para este paciente, o conforto da palavra, falar da cura, da manutenção da doença, sobre o enfrentamento, como lidar e aliviar o sofrimento.

Potter (2009) no livro *“Fundamentos de Enfermagem”* discute que os profissionais de enfermagem incentivam os cuidadores a participarem das práticas espirituais realizadas na unidade, ex: orações e participação em cultos religiosos. Em geral, tais atividades aumentam o bem-estar espiritual. Ao lidar com o paciente e familiares em cuidados paliativos, as enfermeiras se envolvem em seus problemas, apresentando sentimentos de raiva, culpa, tristeza e perda.

Ao dar assistência a clientes terminais e suas famílias, as enfermeiras também experimentam luta e perda. As enfermeiras de assistência a doentes terminais perdem muitos clientes, alguns dos quais a quem prestaram cuidados por longos períodos de tempo. Antes de se recuperarem de uma perda, elas são introduzidas em outra história humana difícil. As enfermeiras em ambientes de atendimento agudo costumam testemunhar sofrimentos prolongados e concentrado diariamente, levando-o a sensação de frustração, raiva, culpa, tristeza ou ansiedade (POTTER, 2009. p.482).

Esses profissionais buscam apoio entre os colegas, além de técnicas de controle e estresse buscando a restauração, pois outros pacientes e familiares precisam de seus cuidados. No entanto, seu papel é promover o conforto a eles.

### **Categoria III: Dor**

Nesta categoria foram agrupados 01 livro e 01 manual.

Segundo Pollock (2006) no manual *“Manual de Oncologia Clínica”* a dor no câncer é o resultado de múltiplas causas, incluindo envolvimento direto do tumor, compressão ou infiltração de nervo ou comprometimento de partes moles com frequência. A dor também é resultado de tratamento, incluindo quimioterapia, radioterapia e síndromes pós-cirúrgicas como a dor pós-mastectomia. A dor aguda, como a dor relacionada à uma cirurgia ou a um procedimento é associada a ativação do sistema nervoso autônomo.

Paciente com dor aguda apresenta comportamentos pela adaptação do sistema nervoso autônomo resultando na ausência de comportamentos exteriores em pacientes e/ou presença de outro comportamento de doença crônica, como a depressão.

Pollock (2006) afirma ainda que a dor também é um sintoma que impacta a família assim como o paciente com câncer. O bem-estar social é reduzido à medida que a dor interfere nos papéis e relacionamentos, na sexualidade e na aparência, no bem-estar espiritual incluindo crenças religiosas e a dimensão do sofrimento, assim como o significado da dor para o paciente.

Os problemas relacionados aos profissionais de saúde, mostram a importância do conhecimento especializado para que os provedores possam melhorar o atendimento fornecido aos pacientes com dor. A avaliação da dor começa com o dimensionamento de sua intensidade.

As práticas de controle da dor para os residentes de casas de repouso em estado em terminal são melhores para os que estão inscritos no programa de assistência do doente terminal. Familiarize-se com os serviços de assistência ao doente terminal para informar melhor os clientes e familiares sobre a disponibilidade desta assistência nas casas de repouso. O controle diário da dor nos residentes em casa de repouso no estado terminal continua subótimo para os clientes em assistência do doente terminal ou não, o que enfatiza a orientação profissional contínua para a fase terminal e a dor. Defenda as melhores práticas de manejo a dor pelos residentes de enfermagem que oferecem cuidados domésticos no fim da vida. (POTTER, 2009, pg ....)

De acordo com Pollock (2006), a avaliação da dor do paciente e da eficácia do plano de tratamento deve ser contínua e os relatórios documentados. Ela deve ser avaliada e

documentado em intervalos regulares após o início do tratamento e a cada novo relato de dor. As drogas adjuvantes são opioides incluindo a aspirina e o paracetamol, onde os opioides inibem a dor primária por meio de mecanismo centrais ao se ligarem com os receptores.

#### **Categoria IV: O Enfermeiro no Acolhimento da Família**

Nesta categoria foram agrupados 01 artigo e 01 livro.

Segundo Pollock (2006) no manual *“Manual de Oncologia Clínica”* pode-se perceber que mesmo após diversos estudos, pesquisas e artigos comprovam a eficácia dos cuidados paliativos na melhora da qualidade de vida do doente, mesmo havendo um grande déficit na qualificação dos profissionais da área. É necessário melhorar o treinamento da equipe para oferecer uma melhor assistência tanto para o doente como para seus familiares, orientando-os e ensinando-os mais sobre a doença, os cuidados, os tratamentos e reações após o início dos mesmos. Quando o profissional ajuda o paciente e sua família na melhora da qualidade de vida, este auxilia-o na melhora da autoestima desse doente, na melhor aceitação de sua doença e muitas vezes ajudando-o na sua perspectiva de vida.

Ferreira (2008) no artigo intitulado *“Cuidados paliativos e família”*, o profissional enfermeiro sabe que o familiar, é de certa forma o recurso que o paciente oncológico tem, sendo a fonte de apoio. Entretanto, há uma sobrecarga dos cuidadores, atribuídos aos cuidados exaustivos, chegando a relatar um cansaço maior que o do paciente havendo dificuldades na realização desse cuidado direto.

O cansaço e a sobrecarga dos cuidadores familiares são considerados fenômenos multidimensionais atribuídos a causas múltiplas e com efeitos negativos na qualidade de vida dos membros familiares. Em alguns casos, os familiares dos doentes referem ao final do tratamento que sentem mais o impacto do cansaço que os doentes (FERREIRA, 2008).

Este enfermeiro não somente visa o paciente, mais sim os familiares envolvidos dando suporte para enfrentar o que há por vir, pois todos ficam emocionalmente abalados, prejudicando a prática de cuidados domiciliares. Essa percepção do enfermeiro ajuda evitar déficit nos cuidados exercidos pelos familiares, visto que o diagnóstico desestabiliza os sentimentos de todos.

O autor afirma ainda que a família ao estar envolvida no tratamento, a mesma sofre frente ao prognóstico manifestando sentimentos de negação, reserva e dentre outros. Este enfermeiro tem que ter a percepção e minimizar essa angústia, inserindo no contexto a participação da família em cuidados paliativos em casa, orientando este familiar quanto as medicações, higiene e etc.. Sabe-se que as fases terminais causam preocupações por parte dos familiares, em cumprir tais tarefas aflorando sentimentos nunca vividos.

#### **CONCLUSÃO**

Conclui-se que a visão do enfermeiro tem que ser como um todo, não somente em relação ao paciente, mas sim envolvendo a família, pois está inserida num contexto que há sentimentos, responsabilidades acerca dos cuidados paliativos na internação e no atendimento domiciliar desse paciente oncológico. Visando o apoio e trazendo esta família para junto da realidade que este paciente vai vivenciar nesta fase final. A equipe multidisciplinar é uma peça essencial, para haver a ligação entre profissionais, paciente e familiares. Podendo assim trazer as informações necessárias, sanando as dúvidas e sendo de total apoio para este paciente e seus familiares.

O enfermeiro tem o papel muito importante, pois se faz elo entre o paciente e sua família. O enfermeiro passa toda orientação, esclarecimento sobre o cuidado, sobre tratamentos paliativos (quimioterapia e radioterapia), e sobre sua fase final, para que haja conforto, controle da dor, a autonomia da própria higiene e incentivando o autocuidado, acesso a religiosidade e espiritualidade, uma equipe multidisciplinar com escuta ativa e a companhia constante da família.

A oncologia, os cuidados paliativos, a dor, a família, o paciente e todo esse enfrentamento da fase terminal do paciente oncológico, está descrito neste trabalho que tem por objetivo a atuação do enfermeiro no acolhimento a esta família.

Pode-se perceber que é de suma importância a construção de um plano de ação para esse acolhimento, como isso reunirmos elementos para a construção do conteúdo didático, cartilha, para otimizar as condições de trabalho do enfermeiro. Contendo informações pertinentes que deve ser repassada aos familiares em questão de forma facilitadora.

A cartilha é uma ferramenta para os profissionais de enfermagem, orientações importantes que devem ser repassadas para os familiares, de forma que venha a acrescentar nesta fase cuidados paliativos tanto para o paciente e seus familiares.

## REFERÊNCIAS:

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA. Ações de Enfermagem para o controle do Câncer: Uma proposta de interação ensino-serviço. 3º Edição. **Revista Atualizada e Ampliada**, Rio de Janeiro, 2008.

CERVELIN, AF; KRUSE, MHL. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife.

FERREIRA, ALMN; SOUZA BLC; STHUCHI, Z. – Cuidados paliativos e família – 2008, **Rev. Ciên. Méd.** Campinas.

GUTIERREZ, PL. **O que é o paciente terminal?** Rev. Assoc. Med. Bras, 2001.

HERMES, HR; LAMARCA, ICA. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias de saúde. Departamento de Ciências Sociais, **Escola Nacional de Saúde Pública**, FIOCRUZ, ANO 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **ABC DO CÂNCER**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

KRUS, LHM; VIEIRA, W.R; AMBROSINI, L. *et al.* Cuidados paliativos: uma experiência. **Rev. HCPA**, 2007.

POLLOCK, RE., *et al.* **UICC Manual de Oncologia Clínica**. Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

POTTER, P. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2009.

RIBEIRO, LA; ALMEIDA SLC; RETICENA OK., *et al.* A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. **Rev. Rene**, 2014.

SALES, CA. Cuidado Paliativo e o Profissional Enfermeiro. **Rev. CiencCuidSaude**, 2010.

SANTANA, BCJ; CAMPOS, VCA; BARBOSA, GDB., *et al.* **Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem.** Centro Universitário São Camilo, 2009.

SILVA, DLS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes adultos. **Rev. HCPA**, 2011.

SIMONTON, SM. **A Família e a Cura** / Stephanie Matthews, Robert L. Shook; [ tradução Heloisa Costa ]. - São Paulo: Summus, 1990.

VOLPATO, A.B; VITOR, CS; SANTOS, MAM; **Enfermagem em emergência.** São Paulo. 2º Edição, 2014.

## ANEXOS

<p>ACOLHIMENTO AO FAMILIAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS: Uma Orientação ao Enfermeiro</p>  <p>Ana Alice Soares da Silva Camilla Motta Almeida Daniela Batista Viana Rosilene Vieira de Souza</p> <p>Orientadora: Profa Msc. Helena Portes Sava de Farias</p>	<p><b>Cancer</b></p> <p>CUIDADOS PALIATIVOS: Segundo Brasil (2008), a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua cuidados Paliativos como a abordagem que oferece a qualidade de vida dos pacientes e sua família, aqueles que enfrentam os problemas associados a doenças que põem em risco a vida.</p> <p>Essa abordagem é realizada como a prevenção e alívio do sofrimento, como a identificação precoce, correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossocial e espiritual.</p> <p>Esse cuidado tem enfoque nas necessidades e não nos diagnósticos, a palição está indicado para todos os pacientes com doenças crônicas degenerativas, as ações paliativas devem funcionar em todos níveis da atenção à saúde, proporcionando uma sobrevivência com qualidade.</p>	<p>5</p> <p>on unkosozz ejs e qseomijmado eadonowz: ebusz taw iudjo em tesciqoz abtsejz como bejs bejs e jowazoz de wazj de nu rbo de eejmz zc o eadzew qmewoz rboz de ebusz de bejs boudne e lhuoz rboz de eejmz qo colbo' joi eadewj' Oz qsejsejz rboz de ebusz cozeboudew zoz</p> <p>ueso de miz: zen tesciqo ouidijw' tawewewte cozejtuwjo nu zc wujtjbejzaw ladjozawewewte e zc eadewewjzaw zo zimbjzawewewte nuw wazoz jocajjzozoz de eejmz dne onko jzqo' nu tawoz pwejmo zidwuz eejmz ebuszozoz) on wozbuzoz wujtjzoz: joi qsejwawjuzo e jowazoz de tawozoz (eajwuzo de zel wuzo eadewewte e jucotjowewj' jwujtjuzoz zc tawozawewte' ezaz eejmz tawewte e eadewewte zc bejs onjzoz tawozoz qo colbo' eejmz dne wuzozoz oz tesciqoz e oujzoz' boqewjo coowuz o tawozawewte qsejzozozoz (wujtjuzo) de coowuzo de wazj de too qsejzoz dne taw em zebwuzo eadewewte jowoz e o nome eadew e nu</p> <p>ONCOLOGIA:</p>	<p>A ABORDAGEM DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE EM TRATAMENTO PALIATIVO</p> <p>O enfermeiro é o elo entre o diagnóstico da doença até a fase paliativa, este profissional está atuando junto com o paciente em todas as fases e em tempo integral, diferente de outros profissionais da equipe multidisciplinar.</p> <p>Ele atua de frente ao cuidado ao paciente, na orientação para esses familiares, que são os primeiros a lidarem com o paciente oncológico, traçando assim o perfil da assistência de cada família, podendo visualizar as que tem uma boa aceitação e as não tem a aceitação da doença, assim podendo trabalhar com cada família de uma forma.</p> <p>O enfermeiro sabe que a família, é de certa forma o principal recurso que o paciente oncológico tem, sendo a fonte de apoio, amor e compreensão.</p>
<p>Este enfermeiro não somente visa o paciente, mais sim aos familiares envolvidos dando suporte para enfrentar o que está por vir, pois todos ficam emocionalmente abalados, com o diagnóstico de que este paciente é sem possibilidade de vida, e tanto na internação quanto na prática dos cuidados domiciliares, a família é essencial.</p> <p>O enfermeiro é uma peça importante para que este paciente tenha o melhor tratamento paliativo e um final de vida com menos sofrimento.</p> 	<p>A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR</p> <p>É responsabilidade de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais.</p> <p>Esses Profissionais da área de saúde proporcionar esse cuidado, são capacitados para lidar com os medos, angústias e sofrimentos do paciente e da família, agindo com respeito frente à realidade da finitude humana e às necessidades do doente, esta equipe deve unir esforços para oferecer um cuidado o mais abrangente possível, utilizando todos os recursos diagnósticos necessários para a melhor compreensão e manejo dos sintomas e tendo sempre em foco que a melhora da qualidade de vida pode influenciar positivamente no modo como o paciente lida com as questões relacionadas ao processo de adoecer até o processo morrer.</p>	<p>O enfermeiro atua na assistência total a este paciente, visando a qualidade de vida na fase de cuidados paliativos, e neste processo entra o controle da dor, controle dos sintomas relacionados as terapias como quimioterapia e radioterapia, preservar o autocuidado do paciente para que ele tenha autonomia da sua higiene e cuidados básicos pessoais, se não possível, trazer a melhor forma para este cuidado, realizar a mudança de decúbito e hidratação da pele, para evitar as lesões por pressão, cuidados com os curativos e com as ostomas, auxiliar na alimentação se necessário e observando sua aceitação. Podendo assim oferecer o conforto necessário até o momento final.</p> 	<p>4</p>
<p>5</p>	<p>6</p>	<p>7</p>	<p>4</p>

**Aline Valença Ferreira**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Márcia da Silva Fonseca**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Rejane de Souza L. dos Santos**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Sabrina Lucena Vieira**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Helena Portes Sava de Farias**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

## RESUMO

O presente objeto de estudo é o impacto do serviço noturno na vida dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva visando a qualidade de vida. O trabalho noturno é aquele realizado durante um período mínimo de 7 horas consecutivas, entre meia noite e cinco horas da manhã. A motivação para a elaboração desse estudo originou da inquietação de uma das autoras que vivência as consequências que o trabalho noturno causa na vida do profissional enfermeiro como: dificuldade de recuperação do sono, exclusão de vida social, interferência na vida familiar, maior desgaste físico e psicológico que muitas vezes acomete a saúde do mesmo. Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem descritiva, utilizando conhecimento prático de revisão integrativa para consulta do impacto do serviço noturno na vida dos enfermeiros em uma UTI. Foram encontradas sessenta e cinco referências na base de dados BVS. Para limitar os textos foram utilizados critérios de inclusão e exclusão da seguinte forma: texto completo, artigos em português, ano de publicação 2008 - 2018. Com a leitura dos resumos excluiu-se artigos por não estarem de acordo com a temática proposta sendo utilizados nove artigos para os resultados e discussões. Diante do estudo observa-se que esses profissionais podem melhorar significativamente sua qualidade de vida adotando estratégias dentro e fora do ambiente de trabalho entre elas estão: maior contato com a família em momentos de lazer, praticar exercícios físicos, manutenção de um ambiente harmônico no setor de trabalho através de um bom relacionamento interpessoal. As terapias alternativas também podem ser utilizadas sendo uma grande aliada para minimizar ou evitar doenças ocupacionais.

**Descritores:** Qualidade de vida; Saúde; Esgotamento profissional; Unidade de terapia intensiva; Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A UTI de um hospital é um setor onde se desenvolvem atividades extremas, lidando-se com pacientes graves, que necessitam de cuidados e monitorização contínua, frequentemente em risco iminente de morte.

Trata-se de um estudo cujo objeto é o impacto do serviço noturno na vida dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva visando a qualidade de vida. O trabalho noturno é aquele realizado durante um período mínimo de 7 horas consecutivas, entre meia noite e cinco horas da manhã, e trabalhador noturno é o assalariado que executa um número de horas de trabalho à noite fixado pela legislação de cada país (VEIGA *et al*, 2013).

A motivação para a elaboração desse estudo originou da inquietação de uma das autoras que vivência as consequências que o trabalho noturno causa na vida do profissional enfermeiro como: dificuldade de recuperação do sono, exclusão de vida social, interferência na vida familiar, maior desgaste físico e psicológico que muitas vezes acomete a saúde do mesmo. Para garantir uma assistência de qualidade ininterruptamente, faz-se necessário os serviços de enfermagem serem contínuos, implementando-se assim o serviço noturno, podendo levar a implicações na saúde do trabalhador nos trazendo como questões norteadoras: De que forma a carga horária noturna impacta a qualidade de vida dos enfermeiros e quais estratégias podemos criar para amenizar tais impactos? E para responder as questões foram formulados os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores impactantes do trabalho noturno na vida dos enfermeiros;
- Sugerir práticas alternativas, a fim de reduzir tais impactos no ambiente de trabalho.

Neste contexto, o enfermeiro que trabalha neste setor fica submetido a uma sobrecarga física e emocional, posto que o mesmo precisa ter um amplo conhecimento teórico e prático, estar sempre familiarizado com novos equipamentos e tecnologias, visitar os pacientes sob sua responsabilidade, realizar exame físico, observando atentamente seus pacientes, somando-se a isso também as tarefas administrativas, como liderar e coordenar a equipe de enfermagem sob sua responsabilidade, fazer pedidos de materiais, dentre outras funções, sempre mantendo também um bom relacionamento com os membros da sua equipe, evitando conflitos entre os mesmos. Tudo isso faz com que este profissional esteja permanentemente exposto a riscos operacionais (físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos) e danos psicológicos causados pelo stress, o que impacta diretamente sobre a sua qualidade de vida.

Os enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva estão continuamente expostos a fatores como ruído intenso excessivo, postura inadequada, fadiga, sono, risco de acidentes com perfuro-cortantes, carga horária e trabalho excessivos, além do desgaste psicológico de lidar diariamente com a dor e sofrimento dos seus pacientes. Tendo em vista este cenário, torna-se fundamental buscar atividades e estratégias que visem minimizar a influência destes fatores na qualidade de vida do enfermeiro, tais como atividades de lazer, maior contato com familiares, prática de exercícios físicos, buscar apoio em religião ou crenças pessoais, dentre outras.

Aliado a isso, deve também buscar desenvolver melhores condições no ambiente de trabalho, estimular o aperfeiçoamento profissional, ginástica laboral no início ou fim da jornada de trabalho, por exemplo. Além disso, pode-se buscar também alívio do stress laboral com a adoção de práticas alternativas que visem a assistência à saúde dos trabalhadores, quer seja na prevenção ou no tratamento. Citam-se como terapias alternativas, aromaterapia, acupuntura, musicoterapia, massoterapia, Reiki, medicina ayurvédica, yoga, automassagem, LianGong e pilates.

Apesar das negativas que ainda existem em relação ao serviço noturno, não podemos deixar de ressaltar o adicional noturno que ajuda muito na vida do trabalhador aumentando sua renda. Muitos deles entram na área visando o benefício mesmo sabendo dos problemas que enfrentarão mais tarde.

Algumas ações devem ser mais analisadas ou até mesmos solucionados como, por exemplo, o trabalhador ter um acompanhamento em relação a sua saúde através de exames periódicos que visem a garantia de saúde física e mental, a diminuição também da

jornada de trabalho poderia agregar essa saúde, evitando assim a necessidade de ter mais de um emprego e como também melhorar a sua remuneração.

O trabalhador noturno deve ter ciência dos seus limites físicos para que a atividade que vá desempenhar não interfira na sua saúde e também não comprometer a assistência prestada. Fica claro a necessidade de adotar certas medidas para diminuir o impacto na saúde do trabalhador de enfermagem. Medidas que visem o bem-estar individual e coletivo assim também como das organizações.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **Terapia Intensiva**

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um setor hospitalar altamente especializado destinado ao atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis. Esta visão de cuidados contínuos iniciou-se com Florence Nightingale onde, durante a Guerra da Crimeia, acomodava os pacientes de acordo com sua gravidade, de forma a prestar cuidados imediatos.

Este setor tem por objetivo oferecer suporte, monitoração hemodinâmica, metabólica, nutricional, ventilatória, reabilitação de pacientes com doenças graves e condições críticas de desequilíbrio da saúde. Para esse atendimento além de recursos materiais concentrados em uma área específica, se faz necessárias pessoas capacitadas e treinadas para esses cuidados.

Para uma boa recuperação dos doentes a tecnologia é essencial. No entanto, torna-se imprescindível humanizar as ações de enfermagem, tornando os enfermeiros mais efetivos, compreensivos, sensíveis e solidários (OLIVEIRA, 2008).

Os enfermeiros atuantes nessa clínica ficam expostos a riscos operacionais, por prestarem cuidados a pacientes totalmente dependentes e pelo ambiente apresentar aspectos emocionais difíceis pelas condições clínicas do paciente.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em sua resolução 0527/2016, estabelece o quadro de Enfermeiros para cuidados de pacientes em terapia intensiva, já que "...o quantitativo e o qualitativo de profissionais de enfermagem interferem, diretamente, na segurança e na qualidade da assistência ao paciente". Portanto seguindo Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e o Índice de Segurança Técnica (IST) será necessário para cuidados a esses pacientes como horas de enfermagem, por paciente, nas 24 horas: 18 horas e sendo o percentual de 52% de enfermeiros.

### **Qualidade de vida**

A qualidade de vida atualmente é considerada como um objetivo a ser alcançado, e esta cada vez mais sendo valorizada em relação ao tempo de vida e o modo em que se vive. A qualidade de vida pode ser determinada pelo tempo em que uma pessoa leva de casa ao trabalho, pelos serviços médicos, pela presença de áreas verdes na cidade, falta de segurança, uso de medicamentos e sucesso profissional. Então, a qualidade de vida foi definida como uma sensação de conforto, bem estar, ou felicidade pessoal e profissional. (NOBRE, 1995)

O termo qualidade de vida passou a ser muito utilizado e com o passar dos anos foi sendo relacionado a crescimento econômico, desenvolvimento social, e entre outros. Ultimamente, fatores como qualidade de relacionamentos, realização pessoal e bem estar também estão sendo associados. Assim, existe uma constante mudança nos fatores

relacionados à qualidade de vida. E por isso, existe um parâmetro de qualidade de vida que é diferente em relação à outra época ou sociedade. A Organização Mundial de Saúde de diversos lugares se uniram em um projeto e criaram três aspectos a subjetividade, a multidimensionalidade, e a bipolaridade. A mutabilidade também foi apontada devido a qualidade de vida poder mudar em relação ao tempo, o local e a pessoa (KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) para obter qualidade de vida é necessário que o indivíduo tenha a capacidade de percepção quanto a importância da cultura e seus valores, porém fica claro que a presença desses fatores interfere de maneira visível a qualidade de vida dos seres humanos.

O IDH (índice de desenvolvimento humano) é uma das formas para avaliar a qualidade de vida na população. Em um relatório feito no ano de 2006 pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD), o Brasil teve melhora no IDH, mas caiu uma posição no ranking mundial e foi para a sexta posição dentre os 177 países. Assim, é importante essa análise para avaliar se poderia estar mais relacionado ao crescimento e menos com o desenvolvimento, que teria um conceito maior considerando as mudanças básicas na sociedade (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012). Laurenti (2003) afirma que:

os instrumentos para avaliação da qualidade de vida normalmente podem apresentar falhas quando aplicados em culturas diferentes, e por isso não tem necessidade de validação. Ele sugere que essas avaliações devem avançar considerando o momento histórico e o contexto cultural do grupo que pretende analisar.

## Serviço noturno

O serviço noturno surgiu com Florence Nightingale que ficou conhecida como a "Dama da lâmpada" pelo fato de usar uma lâmpada para auxiliar na iluminação ao cuidar dos feridos. Ela também acreditava em um cuidado mais eficaz diante de um ambiente limpo, da higiene pessoal, boa iluminação, ventilação e repouso, objetivando o máximo possível até a cura. Florence se tornou popularmente conhecida pela sua eficiência, gentileza, doçura e bravura diante da guerra da Criméia, em 1854. Seu grande mérito foi o de também dar voz aqueles que trabalhavam em silêncio, prestando cuidados de enfermagem sem serem reconhecidos e da participação da mulher nas práticas que até então só podia ser executada por religiosos. Nightingale considerava a enfermagem uma arte que tinha que haver todo um treinamento de ordem, praticidade e ciência e que toda enfermeira deveria ser capacitada.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!" (NIGHTINGALE, 1989).

A escala de enfermagem é organizada em turnos para prestar assistência continuada e atender a demanda da população por serviços de saúde. As variações ocorridas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde dos trabalhadores de forma incisiva. A integração de novas tecnologias, adicionadas a um complexo conjunto de inovações organizacionais tem interferido nas condições e as relações de trabalho. A intensificação laboral é elemento característico da atual fase do capitalismo o que implica em consumo de energias físicas e espirituais dos trabalhadores.

Eu uso a palavra enfermagem na falta de uma melhor. Ela tem sido limitada para significar pouco mais do que a administração de medicamentos e a aplicação de emplastos. Ela deve significar o uso adequado de ar fresco, luz, calor, limpeza, tranquilidade, a seleção adequada e a administração de uma dieta - tudo à menor despesa de energia vital para o paciente (NIGHTINGALE, 1989).

Essas transformações podem desencadear numa discordância na relação homem-trabalho, o que viabiliza a ocorrência de alterações na saúde do trabalhador em decorrência do processo de trabalho que precisa ser reorganizado, de forma a suprir as necessidades de cada profissão. Na área da saúde, em especial na enfermagem, uma das formas de organizar o trabalho foi implantar o trabalho noturno com o intuito de prestar cuidado ininterrupto e atender a demanda da população pelos serviços de saúde.

As consequências da realização do trabalho no período noturno na saúde do trabalhador manifestam-se como alterações do equilíbrio biológico, dos hábitos alimentares e do sono, na perda de atenção, na acumulação de erros, no estado de ânimo e na vida familiar e social. Essa particularidade requer atenção dos profissionais que têm a responsabilidade de dimensionar os recursos humanos em relação às atividades de enfermagem.

Essas transformações podem desencadear numa discordância na relação homem-trabalho, o que viabiliza a ocorrência de alterações na saúde do trabalhador em decorrência do processo de trabalho que precisa ser reorganizado, de forma a suprir as necessidades de cada profissão. Na área da saúde, em especial na enfermagem, uma das formas de organizar o trabalho foi implantar o trabalho noturno com o intuito de prestar cuidado ininterrupto e atender a demanda da população pelos serviços de saúde.

### **Qualidade de vida para enfermeiro que atua no serviço noturno**

A qualidade de vida no trabalho é fundamental em qualquer atividade, especialmente na Enfermagem que tem um enfoque direcionado para melhoria da qualidade de vida da população.

A qualidade de vida pode ser considerada uma teoria abstrata, que indica condições de vida de um ser humano que envolve várias áreas como o bem físico e mental, psicológico, emocional e os relacionamentos sociais (LUONGO & FREITAS, 2012).

A qualidade de vida no trabalho abre espaço para novos olhares aos profissionais de enfermagem e cria uma nova conduta no trabalho da equipe. Na década de 1980, existiram vários estudos sobre a saúde do trabalhador, e a partir desta começaram a utilizar a saúde ocupacional como um método para, não apenas garantir a saúde dos profissionais, mas também para a motivação e satisfação no trabalho, e assim a produtividade no trabalho. Neves *et al* (2010) afirmam que:

O profissional de enfermagem está sujeito a situações de ansiedade e tensão no seu ambiente de trabalho, entre os fatores que contribuem para essas situações o que mais se destaca são as longas jornadas de trabalho, a baixa remuneração, o tipo de trabalho desenvolvido e entre outros. E, com isso o profissional se afasta de seus familiares e de situações simples de sua vida pelo fato de ter longas jornadas de trabalho e com isso influencia a sua qualidade de vida. A qualidade de vida desse profissional noturno é alterada pela qualidade de sono, distúrbios digestivos e fadiga (NEVES *et al*, 2010).

O trabalho noturno é apontado em vários estudos como opção para melhorar as necessidades financeiras, e isso influencia na qualidade de vida dos enfermeiros tanto nos

fatores físicos, psíquicos e sociais. A alteração no sono é o fator que mais incomoda a maioria dos enfermeiros, e tem fator significativo de natureza física e psíquica. E com relação aos prejuízos de origem social, o convívio familiar (AMARAL *et al*, 2015).

Fogaça (2009) afirma que dores crônicas, insatisfação com o sono, dependência de medicamentos, depressão e outros. Tanto para médico como para enfermeiros, altos esforços, demandas físicas, psicológicas e a insegurança no trabalho repercutem na qualidade de vida no trabalho.

### **Estratégias adotadas para a manutenção da qualidade de vida: Práticas alternativas**

É necessário promover ações de prevenção a saúde, para minimizar pelo menos os riscos já existentes. Buscar estratégias de melhoria das condições de trabalho, como, a regularização dos locais de repouso, oferta de alimentação vinculada ao local e o turno de trabalho, entre outros (COSTA *et al*, 2013).

Algumas medidas são necessárias para reduzir o impacto na saúde do trabalhador e melhorar a sua segurança durante o trabalho noturno. Medidas individuais e coletivas, sendo elas, investir na melhoria das condições de trabalho, boa iluminação, ginástica laboral no ambiente de trabalho no intuito de colaborar com saúde desses profissionais. E também se sugere que os trabalhadores consumam alimentos mais leves durante os plantões noturnos, evitem o açúcar em excesso e alimentos fritos, e restrinja o consumo de café excessivo. Porém, isso compete ao enfermeiro participar, opinar e intervir sobre a dimensão política dessas práticas e para uma atuação mais efetiva é necessário reivindicar junto aos sindicatos por uma melhoria nas condições de trabalho na categoria de enfermagem para garantir uma melhor qualidade de vida aos trabalhadores (SILVA *et al*, 2011).

As práticas alternativas se mostram muito eficazes para a prevenção e tratamento de diversas patologias. Dentre elas podemos citar a Acupuntura, que integra a Medicina Tradicional Chinesa usando técnica estimular determinados pontos na superfície da pele; a Automassagem originária também da China que associa exercícios físicos e respiratórios com a finalidade de manter o equilíbrio energético, proporcionando bem-estar geral; Musicoterapia: realizando um processo para facilitar e promover a comunicação, relação, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas, visando alcançar uma melhor integração interpessoal; Reiki: Uma energia que leva a uma relação harmoniosa entre o homem e seu meio, que se adapta aos novos paradigmas da saúde, emergindo na área de saúde e inclui consciência, corpo, mente e principalmente a prevenção. Contribui para o equilíbrio do corpo, das necessidades físicas, mental, emocional e espiritual; Yoga: Tem como proposta atuar nos níveis físico, mental e emocional conduzindo o praticante a um estado de hiperconsciência denominado Samadhi. Para conquistar esse nível de megalucidez, é necessário operar uma série de metamorfoses na estrutura biológica do praticante (MARQUES e NETO, 2010).

### **METODOLOGIA**

Para abordar o tema " O impacto do serviço noturno na vida dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva", a metodologia aplicada para a realização foi revisão bibliográfica descritiva de abordagem qualitativa. Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Já Minayo (2007), diz que a abordagem qualitativa responde as questões particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificada com atitudes, que correspondam a um espaço muito profundo nas relações dos processos e fenômenos.

Esse estudo foi iniciado com a definição da escolha do tema, escolha da problemática, objetivos, determinação da fonte de dados pesquisa e materiais, seleção, leitura e confecção.

O levantamento bibliográfico foi realizado de agosto/2017 a abril/2018. As fontes de pesquisa utilizadas foram, artigos científicos, revistas eletrônicas, periódicos recentes, e a realização da coleta de dados foi feita pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS, BDEF e BIREME, com os descritores em ciência da saúde: trabalho noturno, sono, saúde do trabalhador, qualidade de vida e unidade de terapia intensiva. Foram encontradas sessenta e cinco referências na base de dados BVS. Para limitar os textos foram utilizados critérios de inclusão e exclusão da seguinte forma: texto completo, artigos em português, ano de publicação 2008 - 2018. Com a leitura dos resumos excluiu-se artigos por não estarem de acordo com a temática proposta sendo nove artigos para estudo bibliográfico e início das discussões, conforme tabela 1.

Tabela 1: Artigos selecionados

Procedência	Autores	Título do Artigo	Ano	Consideração Temática
<b>Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná</b>	AMARAL, J.F, J.P; PAIXÃO, D.X.	Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa (4)	2015	O instrumento válido da prática baseada em evidências, sobretudo no cenário atual da enfermagem em ambiente hospitalar.
SciELO	BECK, C.L.C; SILVA, R.M; PRESTES, F.C.	Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. (1)	2015	Estratégias de educação continuada dos funcionários quanto às medidas de precaução diante de agentes biológicos, físicos e químicos.
Repositório Digital da UFSM	SILVEIRA, M.	As repercussões do trabalho noturno para os trabalhadores de enfermagem na unidade de cuidados intensivos (3)	2014	O estudo traz contribuições para a reflexão do trabalho noturno na vida do enfermeiro.
Revista Oficial do Conselho Federal De Enfermagem	GIRONDI JBR; GELBCKE FL.	Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. (3)	2014	Esse trabalho objetivou identificar a percepção dos enfermeiros acerca dos efeitos do trabalho noturno.
Revista Saúde E Desenvolvimento	FERREIRA	Estresse do profissional de enfermagem no serviço noturno: uma questão de saúde (2)	2008	O estudo busca identificar os fatores que favorecem o desenvolvimento do estresse no serviço noturno do enfermeiro.
SciELO. Revista Redalyc.org, ciência e profissão	MONTEIRO, J.A, ET.al	Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva (2)	2013	Esta pesquisa teve como objetivo compreender aspectos da organização do trabalho que podem estar associados ao adoecimento psíquico em trabalhadores da saúde de UTIs e às estratégias defensivas utilizadas, com a utilização do método misto.

Revista Enfermagem Contemporânea.	SILVA, P.A, CARVALHO, E.S, CARDIM A.	Trabalho noturno na vida dos enfermeiros (3)	2017	O estudo demonstra que o trabalho noturno traz implicações na saúde geral do enfermeiro e alterações nas funções orgânicas destes profissionais.
SciELO. Revista de enfermagem. UERJ	NEVES, M.J.O, ET.al	Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro.	2010	O estudo objetivou investigar a influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro e bem como sua concepção sobre a qualidade de vida.
SciELO	SILVA, M.D ET.al	Privação do sono, segurança e saúde dos trabalhadores de enfermagem do turno noturno.	2014	Este estudo teve o objetivo identificar as circunstâncias que envolvem a segurança e a saúde de enfermagem do turno da noite desencadeada pela privação do sono.

Fonte: Criado pelas autoras (2018)

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Categoria 1: Sono Prejudicado

A primeira categoria foi construída a partir de três artigos intitulados: “Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros”; “Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro” e “Privação do sono, segurança e saúde dos trabalhadores de enfermagem do turno noturno”.

No primeiro estudo intitulado: “Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros” é possível perceber a pesquisa exploratória com o objetivo de apresentar e discutir as alterações na saúde percebidas por enfermeiros do período noturno. É possível ao trabalhador ter a compreensão sobre os limites do seu corpo para realização de uma atividade que não comprometa a assistência prestada. Manhães (2009) afirma que:

As consequências da realização do trabalho no período noturno na saúde do trabalhador manifestam-se como alterações do equilíbrio biológico, dos hábitos alimentares e do sono, na perda de atenção, na acumulação de erros, no estado de ânimo e na vida familiar e social (MANHÃES, 2009).

O autor evidencia as alterações que ocorrem e que exigem uma adaptação do trabalhador, uma vez que se experimenta uma inversão do ciclo sono vigília. Esta é uma relevante pesquisa que busca identificar as repercussões na saúde percebidas pelos enfermeiros decorrentes da realização de suas atividades no serviço noturno, para contribuir com medidas preventivas que poderão auxiliar no desempenho das atividades.

O segundo estudo intitulado: “Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro”, objetiva investigar as razões que levam o enfermeiro a optar pelo serviço noturno e a influência gerada em sua qualidade de vida. Menezes (1996) afirma que: “A qualidade de vida do trabalhador noturno acaba sendo alterada pela qualidade de sono, distúrbios digestivos e sintomas de fadiga”.

Alteração no padrão do sono destacou-se como fator significativo para desgastes de natureza física e psíquica. O autor relata ainda da existência de sintomas que denunciam os prejuízos causados pela insuficiência do tempo destinado ao sono.

O terceiro estudo intitulado: “Privação do sono, segurança e saúde dos trabalhadores de enfermagem do turno noturno”. O autor tem como foco a privação do sono e as influências circadianas (relógio biológico do corpo humano que controla o sono e o apetite)

que comprometem e desfavorecem a assistência de enfermagem principalmente no turno noturno. GOMES (2008), afirma que:

A privação do sono possui um efeito cumulativo nos profissionais de enfermagem que trabalham a noite, podendo desencadear a diminuição da capacidade mental, deficiência motoras, e o cansaço físico que se torna inevitável na vida desses trabalhadores. Também interfere diretamente nos sintomas do corpo humano como digestivo, circulatório, gastrointestinal, nervoso, musculoesquelético, causando muita fadiga, irritabilidade, estresse, dores de cabeça frequentes, mau humor e depressão. Isso se dá devido o conflito existente entre os ritmos biológicos e a necessidade de trabalhar em horários adversos (GOMES, 2008).

Diante do exposto, verifica-se que o trabalho noturno é um dos pontos que deve ser considerado devido aos inúmeros efeitos negativos ligados a saúde do trabalhador. O sono prejudicado do profissional enfermeiro interfere na segurança do paciente, já que poderão ocorrer erros na assistência prestada em virtude dos altos níveis de sonolência e na própria saúde do profissional.

É importante ressaltar que programas de promoção voltados a esse grupo de profissionais como: lazer, descanso, sono adequado, alimentação e atividade física, só visam a contribuir na redução desses riscos trazendo segurança para o paciente e para o trabalhador.

## **Categoria 2: Transtornos Psíquicos**

A segunda categoria foi construída a partir de dois artigos intitulados: “Estresse do profissional de enfermagem no serviço noturno: uma questão de saúde” e “Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva”.

O primeiro artigo intitulado “Estresse do profissional de enfermagem no serviço noturno: uma questão de saúde” refere-se a uma pesquisa bibliográfica que tem como objeto de estudo o estresse no trabalhador no serviço noturno, buscando enfatizar os fatores que favorecem o desenvolvimento do estresse no enfermeiro que presta serviço neste turno e o quanto isso pode afetar sua qualidade de vida e saúde.

Em referência aos sinais psíquicos encontram-se inseridos os distúrbios ansiosos e/ou depressivos, perda de sono, problemas com concentração, conflito emocional, aflição, psicose, problemas nos relacionamentos interpessoais, irritação com excesso de preocupações, problemas para relaxar, ira, suscetibilidade (THEME *et al*, 2012).

Nota-se a relevância do bem-estar e a saúde do profissional de enfermagem no serviço, porque é no serviço que se passa a grande parte de sua vida. A qualidade de vida encontra-se absolutamente associada com as precisões e perspectivas humanas e com a relativa satisfação desta. É necessário a satisfação e o bem-estar do profissional de enfermagem, no âmbito de serviço, expresso por meio de relacionamentos benéficos e harmônicos.

O estresse na função do enfermeiro está associado a vários elementos e ao próprio profissional de enfermagem, entretanto, analisa-se que é difícil detectar onde se encontra o problema de fato, se exógeno ou endogenamente. Entende-se que essa profissão é vista como estressante e que inexiste na literatura vigente uma anuência em relação às instituições hospitalares no qual o serviço e os relacionamentos interdisciplinares são mais estressantes.

O segundo estudo intitulado “Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva” relata a experiência a partir de um estudo quantitativo com profissionais

da área de enfermagem que atuam nesse setor, recrutados de dois hospitais privados da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Foram entrevistados oito sujeitos com adoecimento mental, dentre eles: depressão e/ou Burnout.

O estudo afirma ainda outros fatores relacionados ao sofrimento psíquico no trabalho em UTI, tais como: o rígido controle do tempo (trabalho corrido sem muitas pausas), a forma como o setor é organizado, a falta de materiais, de equipamentos adequados e de pessoal, o excesso de ruídos na unidade, os conflitos no relacionamento entre os membros da equipe, o estado crítico de saúde do paciente, o sofrimento moral, principalmente quando envolve pacientes em estado terminal, a dupla jornada feminina de trabalho (em casa e na organização), o trabalho nos finais de semana e feriados, a utilização inadequada dos equipamentos de proteção individual (EPIs) e questões relacionadas com as famílias dos pacientes.

### **Categoria 3: Distanciamento Social e Familiar**

A terceira categoria foi construída a partir de três artigos, que são: “Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida”, “As repercussões do trabalho noturno para os trabalhadores de enfermagem de unidades de cuidados intensivos”, e “Trabalho noturno na vida dos enfermeiros.”

Um dado recorrente nos artigos foi à questão da vida social e familiar do trabalhador noturno. Segundo os trabalhadores, o fato de trabalhar a noite e dormir ou estar cansado durante o dia, acaba causando um isolamento social e o afastamento das relações familiares.

O primeiro artigo intitulado: “Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida”, tem como objetivo ressaltar as alterações de saúde, qualidade de vida e relação familiar dos enfermeiros que trabalham no turno da noite.

Os autores elaboraram uma pesquisa com onze enfermeiros que relataram que suas famílias estão satisfeitas com seu horário de trabalho, enquanto somente um relatou a insatisfação de sua família e outros quatro enfermeiros disseram que a família não tem opinião sobre esse fato (GIRONDI & GELBCKE, 2011).

A quantidade de mulheres com queixas em relação ao trabalho noturno é considerada maior que a dos homens. A enfermagem é exercida majoritariamente por mulheres, sendo comum a sobrecarga de trabalho dessas, devido às atividades domésticas e a dupla jornada, que pode repercutir em agravos à saúde e na relação familiar.

Quanto ao tempo de serviço na profissão, os autores relatam que 37,5% dos trabalhadores possuem mais de 20 anos de atuação, e quanto ao tempo de serviço em plantão noturno, a maior parte esteve entre 10 e 14 anos de trabalho noturno. Por isso, a proporção de queixas relacionadas ao trabalho noturno é considerada estatisticamente maior nos profissionais que trabalharam por dez anos ou mais. Já os profissionais com dupla jornada de trabalho tem fatores ainda mais agravantes para o desgaste do trabalhador enfermeiro (GIRONDI & GELBCKE, 2011).

O segundo artigo intitulado: “As repercussões do trabalho noturno para os trabalhadores de enfermagem de unidades de cuidados intensivos” tem como objetivo identificar as repercussões negativas e positivas do trabalho noturno na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem.

Silva et al (2011) afirmam que: O trabalho noturno ocasiona isolamento e dificuldades em compartilhar, com a família e amigos os acontecimentos sociais e festejos comemorativos, pois seus períodos de descanso não coincidem com os das pessoas que os cercam. As autoras perceberam também que nota-se a influência do trabalho noturno na qualidade de vida dos enfermeiros, tanto nos aspectos físicos como psíquicos e sociais.

Silva, Carvalho e Cardim (2017, p.183-184) afirmam que:

O enfermeiro do turno noturno sofre a dificuldade de manter o convívio social devido às implicações decorrentes do horário de trabalho, associadas à sonolência constante e irritabilidade. Além disso, o enfermeiro que exerce sua função laboral nesse turno trabalha contra o relógio biológico interno, fato este que interfere de forma direta e negativa no envolvimento destes profissionais com familiares e amigos, na execução das tarefas domésticas e outras mais simples que fazem parte do cotidiano destas pessoas (SILVA, CARVALHO E CARDIM, 2017, p.183-184).

Dessa maneira, é necessário salientar a importância de uma reflexão a respeito do trabalho noturno na vida dos enfermeiros. E pensar em estratégias que visem melhorias na vida dos trabalhadores noturnos, além de conscientizá-los sobre as necessidades psicossociais e a qualidade de vida fora e dentro do seu local de trabalho.

O terceiro artigo intitulado "Trabalho noturno na vida dos enfermeiros" trata-se de uma pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva. E tem como objetivo analisar as repercussões do trabalho noturno na vida dos enfermeiros. Silva, Carvalho e Cardim (2017) afirmam que:

pelo fato da maioria das pessoas trabalharem durante o dia e saírem à noite, os trabalhadores do período noturno tem dificuldade de manter suas relações familiares e sociais, fazendo com que os mesmos tenham a sensação de isolamento (SILVA, CARVALHO E CARDIM, 2017).

E isso constata que talvez em organizações justas, o empregado por não ter a obrigação de aceitar trabalho às custas da vida familiar, elimina ou diminui grande parte do desconforto gerado pela incerteza das oportunidades de emprego no futuro. Dessa maneira, o enfermeiro do turno noturno sofre a dificuldade de manter o convívio social devido às implicações decorrentes do horário de trabalho, associadas à sonolência constante e a irritabilidade causada pelo desgaste do trabalho.

De acordo com o estudo, a exaustão e o cansaço do trabalho noturno interferem na vida social dos trabalhadores, causando a perda da interação social. Além disso, o enfermeiro que exerce sua função laboral nesse turno trabalha contra o relógio biológico interno, e isso interfere de forma direta e negativa no envolvimento destes profissionais com familiares e amigos, na execução das tarefas domésticas e outras mais simples que fazem parte do cotidiano destas pessoas.

#### **Categoria 4: Sobrecarga de Trabalho**

A quarta categoria foi realizada com base em dois artigos: "Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro" e "Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa".

O primeiro artigo de título "Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro", refere-se como temática qualidade de vida sendo como subjetivo e temporal, atribuindo a ausência deste a um conjunto de fatores, entre eles destacam-se as longas jornadas de trabalho, a acumulação de empregos para a complementação de renda, sobrecarga de trabalho por falta de recursos materiais e humanos. Tendo em vista que os profissionais de enfermagem do serviço noturno têm um maior desgaste psicofisiológico em comparação aos que trabalham durante o dia, por trabalharem no momento em que as funções orgânicas se encontram diminuídas, esses fatores acentuam-se, tornando o trabalhador mais suscetível a prejuízos físicos e psíquicos. Neves *et al* (2010) afirma que:

Com as agitações cotidianas muitas pessoas acabam perdendo a essência da vida, da importância de viver bem e com qualidade de vida fazendo suas obrigações automaticamente (NEVES *et al*, 2010).

O segundo artigo intitulado "Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa" reforça que a insatisfação com a remuneração levando a jornadas duplas de trabalho, o trabalho noturno, o processo de trabalho desgastante, o dimensionamento de pessoal insuficiente levando a sobrecarga das atividades, interfere diretamente com a qualidade de vida. Juntando com o isolamento social devido a fadiga, temos um profissional de enfermagem insatisfeito, o que leva a baixa qualidade na assistência prestada, aumento na prevalência de transtornos mentais e abandono da profissão.

As alterações do sono no trabalho noturno têm um fator significativo para os desgastes físicos e psíquicos, levando a prejuízos de caráter social por influenciar no convívio familiar e na disponibilidade para as atividades sociais. Os profissionais de enfermagem, em geral, passam a maior parte das suas vidas em seus locais de trabalho, portanto se faz necessário ter um ambiente com estrutura física apropriada, atendendo as especificações de cada setor afim de evitar os agravamentos. Amaral *et al* (2015), dizem que:

De forma geral, o processo de trabalho da enfermagem, no ambiente hospitalar, envolve atividades desgastantes e estressantes que exigem constantes habilidade manuais, pois é uma profissão onde há permanente cobrança de responsabilidades. ..., o processo de trabalho desgastante inclui fatores como a dificuldade de manter um relacionamento cordial com a equipe multiprofissional, conviver com políticas que limitam a sua atuação devido a falta de recursos materiais e humanos adequados geram insatisfação no trabalho e afetam diretamente a qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as pressões causadas no trabalho noturno afetam diretamente o equilíbrio psíquico do profissional, uma vez que não há como separar a saúde psicológica da saúde física. Por isso, pode-se evidenciar que, na relação homem-trabalho, conseguimos detectar momentos em que o trabalho leva ao sofrimento psíquico e momentos em que o trabalho leva a uma plena realização profissional. Cabe a esse profissional, refletir sobre as causas da satisfação e da insatisfação do trabalho em período noturno.

No que diz respeito à qualidade de vida, chegou-se a conclusão que existem muitas dimensões deste significado junto aos enfermeiros que trabalham no período noturno. Citaram que sua qualidade de vida esta relativa ao atendimento de necessidades básicas como saúde, moradia, convívio social e familiar, lazer, trabalho e uma remuneração justa.

Nesse contexto as ações foram cuidadosamente divididas em categorias, no intuito de organizar e direcionar o enfermeiro que trabalha no período noturno. Diante das categorias "Sono prejudicado", "Transtornos psíquicos", "Distanciamento social e familiar" e "Sobrecarga de trabalho"

Na Categoria 1 intitulada Sono prejudicado, podemos ressaltar a importância do profissional de enfermagem que trabalha no período noturno de se ter um adequado ambiente de repouso, para não prejudicar a sua saúde e a assistência prestada. Na Categoria 2 intitulada Transtornos psíquicos, notou-se que o estresse é o principal fator desencadeante de tais transtornos, devendo assim procurar meios de evitar tais situações. Na categoria 3 intitulada Distanciamento social e familiar, observamos que o fato de trabalhar no período noturno, acaba causando um isolamento social e o afastamento das relações familiares. Na Categoria 4 intitulada Sobrecarga de trabalho, notou-se que a dupla jornada de trabalho acarreta a fadiga levando o profissional de enfermagem a exaustão.

Pretendeu-se com a realização desse estudo, promover a reflexão do tema, o debate, e principalmente despertar nos profissionais a vontade de fazer a diferença no seu horário de trabalho. Pois, um profissional com a carga horária de trabalho mais flexível terá um rendimento melhor de trabalho e um convívio social e familiar adequado.

É evidente que investir em melhoria de condições de trabalho como iluminação certa para o ambiente, medidas de prevenção no exercício de suas atividades noturnas, como também adequado setor para o seu descanso são demandas urgentes. Tais estratégias visam a preservação da saúde do trabalhador, que ao ter suas necessidades atendidas poderá desenvolver suas habilidades e seus conhecimentos científicos para si próprio, para a equipe e a clientela que deverá ser assistida.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, J. F; RIBEIRO, J.P; PAIXÃO, D.X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. Ago. 2015.

AMORIM, R. C; SILVÉRIO. I. P. S. Perspectiva do paciente na UTI na admissão e alta. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.2, p.209-212. São Paulo. 2013.

ARAUJO, A. F. D. V; COUTO, R.C.F. B; NUNES, G. J. M; SANTOS, E. A; SOUSA, P. C; SOUSA, S. M. Exposição dos profissionais de enfermagem a riscos ocupacionais em unidade terapia intensiva: revisão de literatura. **ABEN**. Ago. 2011.

BECK, C.L.C; SILVA, R.M; PRESTES, F.C; Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. Jun. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde-Conselho Nacional de Saúde. **3 Conferência Nacional de saúde do trabalhador - Trabalhar, sim! Adoecer, não!**-Brasília. Julho. 2005.

BRASIL. **Organização Mundial Saúde**. Qualidade de vida.

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN-0527/2016** - Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados.

CORREA, R. Z. A. et al. **Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros**. *Psicol. Argum. Curitiba*, v. 31, n.75, p. 599-606. Dezembro, 2013.

COSTA, R. **O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo**". Scielo, out-dez 2009; 18.

DAVIS, K; NEWSTROM, J. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional**. São Paulo; Pioneira TL, 1992.

FERREIRA, RG. **Estresse do profissional de enfermagem no serviço noturno: uma questão de saúde**. *Revista saúde e desenvolvimento* vol.7 n.4 (jan-dez. 2018).

FOGAÇA, M. C. et al. **Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: o equilíbrio entre esforço e recompensa**. *Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 18, n. 1, p. 67-72, 2010.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRONDI JBR, GELBCKE FL. **Percepção do Enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida**. Julho, 2011.

GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 3. ed. São Paulo: E.P.U., 2008.

- KLUTHCOVSKY, A.C.G.C, TAKAYANAGUI, A.M.M. **Qualidade de Vida Aspectos e Conceitos**. Revista Salus, Guarapuava-PR. Junho, 2007.
- LAURENTI, R.A. **A mensuração da qualidade de vida**. Revista da Associação médica brasileira. São Paulo, v.49, nº4, p.349/66, 2003.
- LINO, M. M. SILVA, S. C. **Enfermagem na Unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática**. Nursing, v.41, n. 4, p.25-29, out. 2001.
- LUONGO, J. FREITAS, G. F. **Livro de Enfermagem do Trabalho**. Editora Rideel, p.143. 2012
- Manhães,V.M.S. **Cronotipo e privação do sono nos trabalhadores do serviço noturno hospitalar de enfermagem**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
- MARQUES, A. M. P; NETO, M. R. P. **Confluências das práticas alternativas de saúde**. Caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal. Editora: Universidade de Brasília. 2010.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- MIRANDA, E. J. P; STANCATO, K. Riscos a saúde de equipe de enfermagem em Unidades de terapia intensiva: Proposta de abordagem integral da saúde. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. v. 20, n.1, p.68-76. Jan/mar, 2008.
- NEVES, M.J.A.O. et al. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. Rev. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.42-47, jan-mar, 2010.
- NOBRE, M.R.C **Qualidade de Vida**, Arquivos Bras Cardiol,v.64,nº4, 1995.
- OLIVEIRA, M.M. Alterações psicofisiológicas dos trabalhadores de enfermagem no serviço noturno. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- PASCHOA, S. ZANET, S. YAMAGUCHI, I. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de Unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.20, n.3, p.305-10. abr. 2007.
- PEREIRA, E.F, TEIXEIRA, C.S, SANTOS, A. **Qualidade de Vida abordagens, conceitos e avaliação**. Ver. Brás. Educ. Fis. Esporte, São Paulo, v.6, n.2, p.246. Junho, 2012.
- PORTO, J. L. R; SANTOS, L. G; VASCONCELOS, M. C. C; FONSECA, E. O. S. Saúde ocupacional: Uma análise aos riscos relacionados a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **FG Ciência**, Guanambi, v.01, n.1,p.01-19, jan/jul. 2011.
- SILVA, M.V.G; OLIVEIRA, A.M.G. **Plantão de enfermagem**. O cotidiano da assistência de enfermagem em uma Unidade Hospitalar. Editora: Nogueira Rio, 2008.
- SILVA, P.A, CARVALHO, E.S, CARDIM A. **Trabalho Noturno na vida dos enfermeiros**. Outubro, 2010.
- SILVEIRA, M. **As Repercussões do trabalho noturno para os trabalhadores de enfermagem de unidades de cuidados intensivos**. 2014.
- THEME, M.M., COSTA, M.A.S, GUILAM, M.C.R. **Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2013; 21(2): 1-9.

VEIGA, K.C.G.; FERNANDES, J.D.; PAIVA, M.S. Análise fatorial de correspondência das representações sociais sobre o trabalho noturno da enfermeira. Rev. Bras. de Enferm. Brasília, v.66, n.1, p.18-24, jan-fev, 2013.

**Fabiane Santos da Silva Loureiro**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Michelle Mage Dória**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Millene da Silva Patrocínio**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Helena Portes Sava de Farias**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivos: Identificar o papel do enfermeiro na detecção precoce do câncer de próstata e a criação de um espaço interativo *online* para discussão sobre o câncer de próstata. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem descritiva e bibliográfica, tendo como base os bancos de dados virtuais os sites do Ministério da Saúde, INCA e BDEF, LILACS disponível na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e foi visitada a biblioteca da UNISUAM – Campo Grande; obtendo-se 8 artigos que foram analisados através de leitura exploratória, e interpretativa. Após a análise dos resultados foi realizada conforme a Análise de Conteúdo de Bardin, os quais foram divididos em três categorias a fim de organizar e otimizar a discussão sobre eles: Categoria 1: A visão do homem com relação ao câncer de próstata; Categoria 2: A visão da enfermagem com relação ao câncer de próstata. Categoria 3: A criação do site. Conclui-se que a atuação do enfermeiro na detecção do câncer de próstata está voltada para a promoção e prevenção. Sendo extremamente necessário realizar medidas educativas a fim de reduzir novos casos de câncer de próstata e assim fazendo com que aumente a procura do homem a unidade de saúde.

**Descritores:** Promoção e prevenção; Enfermeiro; Detecção precoce.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem como tema central a atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de próstata e destacar ações que possibilitam aproximar o homem da unidade a fim de detectar precocemente o câncer de próstata, e que assim possa diminuir a morbimortalidade dos homens por esta doença.

A motivação para discussão deste tema foi a partir da observação durante a graduação que o assunto é pouco abordado. Sendo assim, resolveu-se pesquisar mais sobre este assunto, a medida que a única abordagem quanto à saúde do homem está relacionada ao novembro azul, quando acontece a campanha de prevenção do câncer de próstata. Depois este assunto é esquecido pela mídia, e conseqüentemente pela população masculina, que não reconhece a importância das consultas periódicas para a detecção precoce do câncer de próstata.

Segundo INCA (2016), a detecção precoce de um câncer depende de duas estratégias diferentes: uma destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e outra voltada para pessoas sem nenhum sintoma e aparentemente saudáveis (rastreamento).

A enfermagem tem sido tradicionalmente envolvida com a prevenção, o cuidado e a reabilitação dos pacientes depois do diagnóstico e tratamento do câncer. A enfermagem deve estar ciente dos fatores como raça, influência cultural, acesso ao tratamento, relação médico-paciente, enfermagem-paciente, nível de educação, rendimentos e idade, os quais influenciam o conhecimento, as atitudes e as crenças dos indivíduos a respeito do câncer.

De acordo com o código de ética e legislação (BRASIL, 1987), COFEN Lei nº 7.498 de 25/06/1986 e do decreto nº 94.406 de 08/06/1987, o enfermeiro é responsável pelo planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, realiza ações de educação em saúde visando a melhoria de saúde da população.

Com isso os maiores obstáculos encontrados, em relação ao câncer de próstata foram a falta de informação da população que obtém crenças antigas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico; o preconceito contra o câncer e o exame preventivo, como o toque retal; a falta de um exame específico e sensível para detectar em fase microscópica e a ausência de rotinas abrangentes programadas no serviço de saúde públicas e privadas que favorece a detecção do câncer, inclusive o da próstata.

Com base nessa afirmativa, justifica-se o relato de uma integrante do grupo enquanto agente comunitário de saúde ter vivenciado baixa procura dos homens na atenção básica pela consulta de enfermagem de prevenção do câncer de próstata, e relatou a importância do enfermeiro em elaborar estratégias para trazer estes homens para a unidade de saúde.

A pesquisa foi motivada pelo desejo de contribuir para aumento da detecção precoce do câncer de próstata na população masculina e demonstrar a importância do enfermeiro como supervisor de equipe e articulador de ações de prevenção e promoção da saúde da população. Visando a melhoria no processo de trabalho e criando estratégias para a captação da população masculina para comparecer as consultas de saúde do homem e detecção precoce do câncer de próstata. Esta pesquisa poderá estimular a produção científica nessa área, considerando a insuficiência de publicações desta temática.

Diante disto, destaca-se a seguinte questão norteadora: Qual é o papel do enfermeiro na detecção precoce do câncer de próstata?

Para tanto, definiu-se os seguintes objetivos: Identificar o papel do enfermeiro na detecção precoce do câncer de próstata e a criação de um espaço interativo *online* para discussão sobre o câncer de próstata.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Câncer no Brasil

O controle do câncer chegou ao Brasil somente no século XX, por meio do investimento no diagnóstico da doença junto a um tratamento eficaz, pois não havia conhecimento sobre os fatores de risco da mesma, com isso a prevenção foi deixada de lado. Malzyner e Camponero (2013) reforçam que:

As primeiras iniciativas para o controle do câncer no Brasil remontam ao início do século 20, tendo sido orientadas quase exclusivamente para o diagnóstico e o tratamento. Em virtude da escassez de conhecimento sobre a etiologia da doença, pouca ênfase era dada a prevenção. Porém, segundo os especialistas em oncologia deveria haver uma preocupação maior com a prevenção e o diagnóstico precoce, com o que concordava os cirurgiões. Na ocasião, o câncer e muitas outras doenças

assolavam a cidade do Rio de Janeiro. A fim de evitar que se propagassem o governo assumiu a assistência à saúde por meio de diversas medidas, com o destaque para a criação de serviços públicos, a vigilância sanitária e o controle mais eficaz sobre os pontos (MALZYNER ;CAMPONERO 2013,p.2,3).

Em setembro de 2001 o governo demonstrou a sua preocupação com o câncer de próstata com a criação da lei que garante o direito ao tratamento todos os homens com câncer de próstata com o objetivo de diminuir a morbimortalidade por esta doença, conforme a Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001:

Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. O Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata deverá incluir, dentre outras, as seguintes atividades: I – campanha institucional nos meios de comunicação, com mensagens sobre o que é o câncer de próstata e suas formas de prevenção;II – parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, colocando-se à disposição da população masculina, acima de quarenta anos, exames para a prevenção ao câncer de próstata;III – parcerias com universidades, sociedades civis organizadas e sindicatos, organizando-se debates e palestras sobre a doença e as formas de combate e prevenção a ela;IV – outros atos de procedimentos lícitos e úteis para a consecução dos objetivos desta instituição;V - sensibilizar os profissionais de saúde, capacitando-os e reciclando-os quanto a novos avanços nos campos da prevenção e da detecção precoce do câncer de próstata. Art. 4º-A. As unidades integrantes do Sistema Único de Saúde são obrigadas a realizar exames para a detecção precoce do câncer de próstata sempre que, a critério médico, tal procedimento for considerado necessário (BRASIL, 2001).

## A próstata e sua fisiologia

A próstata é um órgão exclusivo do sexo masculino. Está localizada abaixo da bexiga, na frente do reto. É uma glândula que transporta o esperma durante a ejaculação ou orgasmo. O esperma é produzido pelos testículos, que também produzem hormônio masculino, a testosterona. É rodeada de estruturas frágeis como vasos sanguíneos, nervos responsáveis pela ereção e esfíncter externo, que é o músculo primordial para o controle da urina.

Smeltzer *et al* (2012) compreende que próstata se localiza ao redor da uretra e é atravessada pelo ducto ejaculatório, uma continuação do canal deferente. Essa glândula produz uma secreção que é apropriada para as necessidades dos espermatozoides em sua passagem a partir dos testículos. As glândulas chamadas de Cowper, localizam-se na próstata, dentro da face posterior da uretra. Essa glândula libera uma secreção na uretra durante a ejaculação, proporcionando a lubrificação. Ellsworth *et al* (2003) afirmam que:

Próstata é dividida em diversas zonas, ou áreas. Essas divisões baseiam-se na localização dos tecidos, mas também algum significado quanto ao câncer de próstata. As diversas zonas são a zona de transição, a zona periférica e a zona central. Na maior parte dos cânceres de próstata, o tumor ocorre na zona periférica. Em alguns poucos casos, o tumor em sua maioria está localizado na zona de transição, em volta da uretra ou em direção ao abdômen. Em 85% dos casos, o câncer de próstata é multifocal, o que significa que encontrado em mais de uma área. Setenta por cento dos pacientes com câncer de próstata com um nódulo palpável, o que pode ser sentido através do exame retal, têm câncer também do outro lado. Outra forma de descrever a próstata é dividi-la em lobos. A próstata tem cinco lobos: Dois lobos laterais, um lobo médio, um lobo anterior e um lobo posterior. Por aumento benigno (não cancerígeno) da próstata costuma ocorrer nos lobos laterais e também pode afetar o lobo médio (ELLSWORTH *et al*, 2003, p14).

Com o envelhecimento a próstata aumenta de tamanho. Quando a mesma aumenta muito, pode comprimir a uretra impedindo o fluxo de urina, podendo causar doenças.

## O câncer

Câncer é um conjunto de doenças que tem em comum o crescimento descontrolado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do corpo.

Smeltzer *et al* (2012) entendem que o câncer é um processo patológico que se inicia através da transformação de uma célula anormal por mutação genética do DNA celular. A célula que sofreu mutação forma uma espécie de clone e começa a proliferar de forma desordenada. Adquirindo características invasivas, ocupando tecidos adjacentes e podendo ter acesso aos vasos sanguíneos e linfático.

Quando as células surgem de forma agressiva e descontrolada, há formação de tumores ou neoplasias malignas. Já no tumor benigno as células crescem lentamente e se assemelham ao tecido original.

### Câncer de próstata

Câncer de próstata é o crescimento maligno das células da próstata. É o câncer mais comum entre os homens. Na maioria dos casos, (INCA 2016) acomete homens com faixa etária de 65 anos. Algumas dessas células malignas ou tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm<sup>3</sup>) que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem.

### Diagnóstico

O diagnóstico é realizado através do exame de toque retal, nível de PSA no sangue e ultrassom transretal.

De acordo com Le Books(2016) o toque retal é o exame mais simples e o mais eficaz na detecção precoce do câncer de próstata. O exame de toque retal é realizado com a introdução do dedo indicador de um médico especialista usando luva no ânus do paciente para sentir a consistência e o tamanho da próstata. Este procedimento causa desconforto e medo nos pacientes por causa do preconceito de que o toque retal é doloroso e afeta a masculinidade.

O PSA é uma proteína liberada no sangue pelas células da próstata, e os níveis desta proteína aumentam no sangue quando o órgão é atacado pelo câncer.

Quando o paciente é submetido a este exame e o resultado dosagem de PSA for maior que 10 há 60% de chances do paciente estar com câncer e se o resultado da dosagem de PSA for acima de 20 é uma evidência de que o órgão esta sendo atacado pelo câncer.

O exame de PSA não substitui o exame de toque retal os dois exames se complementam.

A ultrassonografia retal só é usada quando os exames de toque retal e PSA não são conclusivos. Ele é complementar aos outros exames.

Quando a doença é diagnosticada no começo o paciente tem de 70% à90% de chances de cura e de que o câncer não volte.

## Mitos relacionados ao câncer de próstata

Muito homens possuem resistência com relação ao câncer e ao exame de toque retal pois sentem-se constrangidos. A resistência surge devido o exame ser invasivo, “viola” a masculinidade, gerando um preconceito cultural.

Vieira *et al* (2012) acredita que um dos obstáculos enfrentados pelo sexo masculino é a sua fantasia de perda de virilidade, devido ao encargo de assumir a performance sexual, confundindo masculinidade com desempenho sexual.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura qualitativa, de abordagem descritiva e bibliográfica. Os instrumentos de coleta de dados foram livros, artigos e documentos oficiais, que tratam direta ou indiretamente do tema escolhido, com vista ao alcance dos objetos propostos.

A pesquisa qualitativa é aquela que permite levantar os dados subjetivos, bem como outros níveis de consciência da população estudada, informações pertinentes ao universo a ser investigado, que leve em conta a ideia do processo, de visão sistêmica, de significações e de contexto cultural (SANTOS; CANDELORO, 2006).

Alice (2003) enfatiza que a pesquisa descritiva é aquela que:

pretende delinear os fenômenos de determinada realidade social. É usada para descrever fenômenos existentes, situações presentes e eventos, identificar problemas e justificar condições, comparar e avaliar o que os outros estão desenvolvendo em situações e problemas similares, visando aclamar situações para futuros planos e decisões (ALICE, 2003).

Já a abordagem bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas, permitindo ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto (ENGEL; TOLFO, 2009).

A pesquisa bibliográfica consiste na busca de elementos para sua investigação em materiais impressos ou editados eletronicamente. Como fazemos parte de um universo de muita produção teórica, como estamos imersos numa tradição de pensadores clássicos, com muita produção e publicação disponível, às vezes caímos na tentação de buscar um comentador a ler o texto do clássico. Quando fazemos isso estamos fazendo uso de uma fonte secundária, mas por que não vamos buscar na origem? Devem-se priorizar as fontes primárias, isto é, documentos ou escritos do autor que se pesquisa e tomar a fonte secundária, aquela onde um escreve sobre a obra do outro, como o que se produziu a partir dali ou como interpretações de outro tempo. É importante estar atento ao que a comunidade científica tem elaborado (SANTOS; CANDELORO, 2006)

A revisão de literatura é uma visão crítica da pesquisa existente. MIGUEL (2012) afirma que a revisão de literatura identifica e organiza os conceitos encontrados em trabalhos relevantes. A partir dessa revisão de trabalhos antigos e recentes, torna-se possível identificar áreas nas quais uma pesquisa mais profunda poderia ser benéfica.

Para realização desta pesquisa foram utilizados como bases de dados virtuais os sites do Ministério da Saúde, INCA e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e foi visitada a biblioteca da UNISUAM – Campo Grande.

Inicialmente buscou-se, nesta pesquisa, levantar os artigos científicos sobre detecção precoce do câncer de próstata. A pesquisa foi realizada por meio de busca sistemática nas bases de dados: LILACS, BDNF da Biblioteca Virtual em Saúde. No

levantamento dos documentos nas bases de dados, utilizou-se os seguintes descritores: Saúde do Homem, Câncer de Próstata e Diagnóstico.

Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos publicados em língua estrangeira, ano de publicação inferior a 2012, textos incompletos, artigos pagos, gênero feminino.

Através do descritor, saúde do homem, foram encontrados 1.043.728 documentos, após os critérios de exclusão e inclusão, foram selecionados dois artigos. No descritor, câncer de próstata, foram encontrados 135.021 documentos e selecionados, após os critérios de exclusão e inclusão, quatro artigos. E com o descritor, diagnóstico, foram encontrados 3.264.573 documentos, após o critério de exclusão e inclusão, foram selecionados dois artigos. Durante a pesquisa foram selecionados um total de oito artigos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: o idioma, onde o predominante é português; texto completo; base de dados LILACS e BDEFN; gênero masculino e adulto; ano de publicação de 2011 a 2016; e tipo de documento, artigos.

A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Para tanto, foram organizados 03 (três) categoriais, dentre eles: Categoria 1: A visão do homem com relação ao câncer de próstata; Categoria 2: A visão da enfermagem com relação ao câncer de próstata; Categoria 3: A criação de uma website sobre câncer de próstata.

A tabela 1 representa a organização do título, ano de publicação, autores, revista e categoria incluída.

Tabela 1: Artigos selecionados na pesquisa

Título do artigo	Ano de Publicação	Autores	Revista	Resumo
UM TOQUE NA MASCULINIDADE: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas	2011	Souza, Silva e Pinheiro	Rev. Gaúcha Enfermagem	Estudo realizado com 88 gaúchos. Objetivou-se verificar a adesão desses gaúchos tradicionalistas aos exames preventivos de câncer de próstata, analisando, também, quais variáveis influenciam na adesão ao exame de toque retal.
EXAMES DE RASTREAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA: vivência de homens	2014	Belinelo <i>et al</i>	Esc. Anna Nery	Compreender a vivência de homens na realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata. A análise indicou que a vivência de homens na realização dos exames e os conhecimentos adquiridos incentivaram-nos a buscar a prevenção. A influência do imaginário social sobre a doença câncer e sobre o estigma do rastreamento pode acomodar, inibir ou encher de medo e vergonha o homem que se submete aos exames.
IDENTIDADE DO HOMEM RESILIENTE NO CONTEXTO DE ADOECER POR CÂNCER DE PRÓSTATA: uma	2014	Pinto <i>et al</i>	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn	De acordo com este estudo a identidade de cada indivíduo se constrói mediante os significados que atribui as suas experiências, vividas no convívio familiar de origem, a classe social, tempo e espaço. Conforme o modelo cultural existente na sociedade que exige que o homem verdadeiro é reservado e solitário e não expõe suas fraquezas. A resiliência pode ser percebida como algo do interior do homem. Portanto, é de suma importância que a enfermagem se atente para as questões sociais e

perspectiva cultural				culturais do paciente com câncer de próstata. Entender como ele encara a doença e como ela interfere no seu contexto familiar. Os pacientes entrevistados nesta pesquisa relataram que não tiveram constrangimentos diante do exame de toque retal e demonstraram que conhecem a importância do exame e do diagnóstico precoce do câncer de próstata.
O HOMEM E O CÂNCER DE PRÓSTATA: prováveis reações diante de um possível diagnóstico	2012	Vieira, Araújo e Vargas	Revista Científica do ITPAC	O Câncer de Próstata é o 6º tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de câncer. Vários fatores interferem na adesão ao exame preventivo do Câncer de Próstata, tais como: constrangimento, desinformação, medo e preconceito em realizar os exames do toque retal e dosagem do PSA sanguíneo, porém o diagnóstico precoce é bastante importante, pois esse é um câncer curável nos estágios iniciais. A população masculina procura somente o serviço especializado para uma possível recuperação da saúde ao invés de procurar antes a atenção básica para obter promoção à saúde e prevenção de agravos.
CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: Uma contribuição para a enfermagem	2013	Silva <i>et al</i>	Rev. enfermagem UERJ	Esta pesquisa ressaltou a importância de se colocar em prática a POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM e romper as barreiras socioculturais, institucionais e promover medidas e estratégias para incentivar e facilitar o acesso dos homens aos serviços de saúde na ATENÇÃO PRIMÁRIA. A enfermagem tem um papel essencial na prevenção do câncer de próstata, Pois é durante a consulta de enfermagem que o enfermeiro identifica fatores de risco, sinais e sintomas e investiga o histórico familiar dos pacientes e cria vínculo com o paciente e realiza ações de promoção e prevenção do câncer de próstata.
PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO CÂNCER DE PRÓSTATA: Revisão integrativa	2012	Mata <i>et al</i>	Rev. enfermagem UFPE	Esta pesquisa concluiu que a maioria dos homens consultados neste estudo tem pouco conhecimento sobre câncer de próstata, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ressalta a necessidade de realizar mais ações educativas sobre o câncer de próstata, melhorar o acesso da população masculina, estabelecer plano de cuidados individuais e favorecer o autocuidado dos pacientes submetidos a prostatectomia. O enfermeiro tem um papel fundamental durante todo o processo de saúde e doença, pois é o profissional mais preparado para apoiar e orientar o paciente e a família durante todo o processo da doença, tratamento e reabilitação.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA	2014	THEOBA <i>et al.</i>	Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT	O câncer de próstata se desenvolve por um processo de múltiplas etapas, envolvendo genes que controlam o crescimento e a diferenciação celular.
FATORES DE RISCO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: subsídios para a enfermagem	2011	Medeiros, Menezes e Napoleão	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn	Reflexão sobre fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata, visando contribuir para a abordagem de homens, especialmente durante a consulta de enfermagem.

Fonte: Produzida pelos autores (2016)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a avaliação dos artigos, estes foram divididos em três categorias, a fim de organizar e otimizar a discussão sobre eles.

### Categoria 1: A visão do homem com relação ao câncer de próstata

A primeira categoria foi realizada com base em quatro artigos intitulados: "Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas"; "Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens"; "Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural"; "O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico".

O primeiro estudo intitulado "Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas" refere-se a adesão dos homens aos exames preventivos de câncer de próstata, identifica fatores que interferem o homem a realizar os exames preventivos e questiona a atuação do enfermeiro com relação a orientação destes pacientes quanto ao câncer de próstata. Souza, Silva e Pinheiro (2011) reforçam que:

Nesse sentido, convém salientar que as consultas de enfermagem (momento oportuno para a promoção da saúde) ocorrem, principalmente, em nível de saúde pública (rede básica), e a amostra desse estudo buscou, majoritariamente (70,5%), atendimento na rede particular, em que a prática da consulta de enfermagem ainda não é uma realidade frequente. No universo das instituições particulares ainda impera o modelo biomédico, centrado no médico como detentor do saber e responsável pelas consultas. Talvez por isso a pouca participação da enfermagem nas orientações a esses homens. Os autores salientam ainda que os homens podem apresentar resistência e constrangimento ao exame de toque retal, pois "viola" a sua masculinidade, no que se refere à condição de ser homem ativo. A resistência surge, então, porque vêem o toque retal como algo que conspiraria contra a noção de masculino. Nesses casos, a masculinidade é usada como estrutura para a formação da identidade, ditando conceitos a serem seguidos para que sejam reconhecidos como "machos" e não serem questionados por aqueles que possuem as mesmas crenças. Nesse sentido, ser homem é um exercício contínuo de negação – mais do que de afirmação – negando atributos ditos femininos para se aproximar do que acredita ser a imagem ideal de homem, que foi construída ao longo da vida (SOUZA, SILVA E PINHEIRO, 2011, p.2-5).

O segundo estudo intitulado "Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência dos homens" relata sobre compreender a vivência de homens na realização dos

exames de rastreamento para o câncer de próstata. Do fenômeno central "superando o desafio da realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata", emergiram as categorias: experienciando o constrangimento, convivendo com o medo e reconhecendo a importância dos exames de rastreamento para o câncer. Belinelo *et al* (2014) reforçam que:

O conhecimento e a compreensão da história da sexualidade masculina podem auxiliar na busca de várias respostas às questões atuais que envolvem práticas e medos verificados no homem, principalmente, quando estão relacionados a seu corpo. Assim, é relevante considerar a dimensão cultural do corpo, tendo em vista que a prática e o saber sobre o corpo não se encontram isentos de historicidade. Nessa perspectiva, ser homem sempre foi associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características incompatíveis com a demonstração de sinais de constrangimento, fraqueza e insegurança; assim, quando se penetra em lugares do corpo considerados proibidos para os homens heterossexuais, o mínimo que pode acontecer é um constrangimento (BELINELO *et al*, 2014, p.7).

O terceiro estudo intitulado "Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural" fala sobre a construção da identidade do homem e da sua capacidade de reprimir suas necessidades de cuidados com a saúde. Pois eles recusam admitir a dor e sofrimento negando fraquezas e vulnerabilidades de qualquer ser humano.

Este artigo trata-se de um estudo de caso etnográfico realizado com dois homens sobreviventes ao câncer de próstata, com alto grau de resiliência. Os dados da pesquisa foram coletados em uma entrevista no domicílio dos pacientes. Com o objetivo de identificar de que forma os homens vivenciaram o diagnóstico, o tratamento contra o câncer de próstata e como sua identidade de ser homem influenciou esse processo e foi influenciado por ele. Segundo Pinto *et al* (2014) o artigo discute que:

A construção de ser homem resiliente no adoecer por câncer de próstata na perspectiva cultural. Tendo em vista que cada indivíduo vivencia o processo de adoecimento de maneira distinta, dando sentido a cada acontecimento conforme suas experiências pregressas, esse estudo teve por questão norteadora (PINTO *et al*, 2014, p.2).

De acordo com este estudo a identidade de cada indivíduo se constrói mediante os significados que atribui as suas experiências, vividas no convívio familiar de origem, a classe social, tempo e espaço. O modelo cultural existente na sociedade exige que o homem verdadeiro seja reservado, solitário e que não exponha suas fraquezas. A resiliência pode ser percebida como algo do interior do homem. Portanto, é de suma importância que a enfermagem se atente para as questões sociais e culturais do paciente com câncer de próstata entendendo como ele encara a doença e como ela interfere no seu contexto familiar. Pinto *et al* (2014) ressaltam que:

Desta forma, considera-se a importância de que, no tratar e cuidar da saúde dos homens, os (as) enfermeiros (as) atentem para os aspectos culturais que tornam esse ser humano único e especial. As chances de continuidade de qualquer terapêutica aumentam, pois o sujeito sente-se parte integrante do processo de cura e superação, tornando-se ativo frente à própria saúde (PINTO *et al*, 2014, p.6)

Os pacientes entrevistados nesta pesquisa relataram que não tiveram constrangimentos diante do exame de toque retal e demonstraram que conhecem a importância do exame e do diagnóstico precoce do câncer de próstata. Segundo Pinto *et al* (2014) ressaltam que:

Ao contrário do que muitos homens referem sobre o exame de toque retal, os informantes desse estudo não relatam queixas ou constrangimentos. Inclusive eles demonstraram ter consciência da importância do exame na diagnose precoce (PINTO *et al*, 2014, p.5).

O quarto estudo intitulado “O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico” relata sobre a falta de informação da população sobre o câncer de próstata e que os homens têm preconceito em relação ao exame de toque retal pelo constrangimento no caso de uma ereção, além de sentirem medo da possível dor que pode ocorrer durante o exame. VIEIRA *et al* (2012) demonstra tais aflições:

O toque retal é uma prática que pode provocar no homem o medo de ser tocado na sua parte “inferior” podendo se desdobrar em inúmeros outros medos. O toque, envolvendo penetração, pode estar associado à dor, se associando também à violação ou no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte íntima. Outro medo é da possível ereção que pode surgir com o toque e ser vista como indicador de prazer. Na imaginação masculina, a ereção pode estar ligada tão fortemente ao prazer que não se consegue imaginá-la apenas como uma reação fisiológica (VIEIRA *et al*, 2012, p.6).

Por ser um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina, muitos crêm que diante do diagnóstico de câncer de próstata, estes podem perder a sua virilidade.

## **Categoria 2: A visão da enfermagem com relação ao câncer de próstata**

A segunda categoria foi realizada com base em quatro artigos intitulados: “Conhecimento e práticas sobre prevenção do câncer de próstata: uma contribuição para a enfermagem”; “Produção científica da enfermagem em relação ao câncer de próstata: revisão integrativa”; “Atuação da enfermagem na prevenção do câncer de próstata” e “Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem”.

O primeiro estudo intitulado “Conhecimento e práticas sobre prevenção do câncer de próstata: uma contribuição para a enfermagem” teve o objetivo de conhecer as práticas dos usuários em relação a prevenção do câncer de próstata. Esta pesquisa demonstrou que alguns homens atendidos na enfermaria de urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto e no Centro de Atenção a Saúde da Policlínica Piquet Carneiro desconhecem as medidas de prevenção do câncer de próstata, até mesmo os homens submetidos a cirurgia de prostatectomia e biópsia de próstata.

Este estudo também abordou os aspectos culturais como o medo e a questão da perda de masculinidade dos homens que são submetidos ao exame de detecção precoce do câncer de próstata. Silva *et al* (2013) reforçam que:

Sabe-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como foco a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais sendo importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária<sup>1</sup>. Em muitos casos, evidencia-se a reduzida ou nenhuma familiaridade dos entrevistados com a Política (SILVA *et al*, 2013, p.2).

Esta pesquisa ressaltou a importância de se colocar em prática a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem e romper as barreiras socioculturais, institucionais e promover medidas e estratégias para incentivar e facilitar o acesso dos homens aos serviços de saúde na Atenção Primária. A enfermagem tem um papel essencial na prevenção do câncer de próstata, Pois é durante a consulta de enfermagem que o enfermeiro identifica fatores de risco, sinais e sintomas e investiga o histórico familiar dos

pacientes e cria vínculo com o paciente e realiza ações de promoção e prevenção do câncer de próstata. Segundo Silva *et al* (2013) ressaltam que:

Várias dificuldades podem ser encontradas na prevenção do câncer de próstata. Conforme evidenciado no estudo, algumas estão relacionadas principalmente à falta de informação. Nesse contexto, o enfermeiro pode proporcionar informações relacionadas à saúde do homem e orientá-los quanto à prevenção de doenças e à manutenção da saúde, além de identificar a presença ou não de fatores de risco e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas (SILVA *et al*, 2013,p.5).

O segundo estudo intitulado “Produção científica da enfermagem em relação ao câncer de próstata: Revisão integrativa” é uma revisão integrativa da literatura com método descritivo e exploratório que tem por objetivo fazer uma avaliação crítica da literatura teórica e empírica. Este estudo relata a taxa de incidência do câncer de próstata no Brasil e a modificação do perfil de morbimortalidade por câncer de próstata no Brasil assim como em outros países. O aumento dos casos de câncer de próstata tem ocorrido devido ao aumento do diagnóstico desta patologia. Segundo Mata *et al* (2012) reforçam que:

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o aumento das taxas de incidência do CP pode ser justificado pela evolução dos métodos diagnósticos que identificam o problema precocemente. Apesar das altas taxas de incidência, a mortalidade por CP apresenta baixa magnitude, sendo considerado como um câncer de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente (MATA *et al*, 2012 p.2).

Este tipo de câncer tem baixas taxas de mortalidade, pois tem grandes chances de cura quando diagnosticado precocemente. No Brasil é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens. Por se tratar de uma doença complexa é de grande importância que o paciente seja acompanhado por uma equipe multiprofissional. Esta pesquisa concluiu que a maioria dos homens consultados neste estudo tem pouco conhecimento sobre câncer de próstata, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ressalta a necessidade de realizar mais ações educativas sobre o câncer de próstata, melhorar o acesso da população masculina, estabelecer plano de cuidados individuais e favorecer o autocuidado dos pacientes submetidos a prostatectomia. O enfermeiro tem um papel fundamental durante todo o processo de saúde e doença, pois é o profissional mais preparado para apoiar e orientar o paciente e a família durante todo o processo da doença, tratamento e reabilitação. Ele é o profissional que participa ativamente do planejamento e execução de ações preventivas de assistência contra o câncer no Brasil. Segundo Mata *et al* (2012) reforçam que:

Faz-se necessária a presença do enfermeiro durante todo o processo saúde-doença: hipótese diagnóstica, confirmação diagnóstica, controle dos fatores de risco, manejo dos sinais e sintomas, prestação de cuidados para cada tipo de tratamento, e reabilitação. Um conhecimento bem estruturado para atuação em todas essas etapas propicia o estabelecimento de confiança com o paciente e, conseqüentemente, maior probabilidade de sucesso no alcance das metas de cuidado. Em suma, o enfermeiro é o profissional mais habilitado e disponível para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, proporcionando melhor qualidade de futura, uma vez que participa ativamente no planejamento e execução de ações preventivas e assistenciais contra o câncer no Brasil (MATA *et al*, 2012, p.2).

O terceiro estudo intitulado “Atuação da enfermagem na prevenção do câncer de próstata” relata sobre o papel do enfermeiro com o homem e sua família onde o profissional da área da saúde deve fazer divulgações falando sobre o câncer de próstata, diagnóstico,

tratamento e prevenção como: Palestras, panfletagem e rodas de conversas. Fleming *et al.*,(2004); BRASIL( 2008) apud THEOBALDO, GIROTTI, MORBIO (2014) reforçam que:

O enfermeiro é o profissional habilitado dentro da equipe multidisciplinar para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e intervenção. Cabe aos profissionais da área de saúde divulgarem com maior ênfase, através de campanhas e palestras, conscientizando sobre os cuidados, prevenção e consequências que poderão advir se não diagnosticado precocemente o câncer de próstata. (Fleming *et al.*,2004 p.; BRASIL 2008, p.2) apud (THEOBALDO; GIROTTI; MORBIO, 2014, p. 2)

O enfermeiro na assistência sempre que possível deve falar com esse homem orientando sobre as medidas preventivas e falando sobre os fatores de risco que podem ocasionar o câncer de próstata. Medeiros *et al.*, (2011) apud THEOBALDO, GIROTTI, MORBIO (2014) reforçam que:

Em situações do dia a dia da assistência de enfermagem, o enfermeiro não deve desperdiçar a oportunidade de abordar os homens, a fim de orientá-los sobre os fatores de risco e medidas preventivas relativas ao câncer prostático, identificando a presença ou não desses fatores e buscando sinais e sintomas que possam apontar alterações relacionadas.( Medeiros *et al.*, 2011) apud (THEOBALDO; GIROTTI; MORBIO, 2014 p.4-5)

O quarto estudo intitulado “Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem” relata sobre os fatores que podem ocasionar o câncer de próstata e que o homem se cuida menos que as mulheres e com isso sua expectativa de vida é diminuída por isso o profissional da área da saúde deve está sempre atento no paciente do sexo masculino. Segundo Brasil (2009) apud MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO (2011) ressalta que:

No que diz respeito à saúde dos homens em geral, é importante considerar que, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevadas. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da saúde estejam atentos aos problemas gerais e específicos que podem acometer essa população, suas demandas de cuidados e acompanhem as políticas nacionais favorecedoras de sua atuação profissional (BRASIL, 2009) apud (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011, p.3).

O enfermeiro deve estar sempre atento ao paciente do sexo masculino, pois sempre que obter oportunidades de conversar e poder sobre falar da importância de procurar o serviço de saúde para evitar agravos no futuro, pois o homem só procura o serviço de saúde em caso de emergência. Segundo Paiva (2008) apud MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO (2011) ressalta que:

Dessa maneira, o enfermeiro não deve perder a oportunidade de abordar os homens, aproveitando as situações cotidianas da assistência de enfermagem, na perspectiva da promoção da saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre os fatores de risco e medidas de prevenção relativas ao câncer de próstata, além de identificar a presença ou não desses fatores e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas. Com essa iniciativa, espaços de fomento à promoção da saúde do homem podem ser promovidos, inclusive nas situações do cuidado hospitalar, o que é pertinente na medida em que os homens, diferentemente das mulheres, procuram os serviços, na maioria das vezes, para atendimentos de emergência e não de forma de liberada e programada para manutenção da saúde. (Paiva, 2008) apud (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011, p.4)

Neste contexto, as categorias descritas acima têm como objetivo mostrar a visão do homem e do enfermeiro em relação ao câncer de próstata, onde o homem tem preconceito e medo de fazer o toque retal e o enfermeiro mostra a importância de se cuidar e fala que não se começa com o exame de toque retal e sim com exame de sangue (PSA).

### **Categoria 3: A criação de uma website sobre câncer de próstata**

Este site foi criado com o intuito de passar informações sobre a saúde do homem, voltado especificamente para a prevenção e detecção precoce do câncer de próstata orientando sobre os cuidados que devem ser tomados.

No site tem explicações sobre o câncer de próstata, diagnóstico, mitos em relação ao toque retal, vídeos informativos, um espaço para que profissionais da área da saúde falem sobre suas experiências com o trabalho voltado para a saúde do homem e um espaço para homem colocar suas dúvidas.

A presente categoria apresenta um produto elaborado pelo grupo sob forma de *website* com temática voltada ao homem. A ideia para sua criação surgiu a partir da análise dos artigos sobre a relação do homem e o cuidado com a sua saúde. Foi constatado que o homem pouco frequenta a unidade de saúde por motivos culturais, sociais e de trabalho.

Diante dessa problemática, criamos um espaço de aprendizado e troca de experiências de modo online. Ou seja, o homem poderá ter acesso à informações confiáveis sobre saúde e ainda compartilhar suas dúvidas, anseios e experiências.

A temática em foco no *website* é relacionada ao câncer de próstata, como prevenção, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento. O site foi criado por meio da plataforma [www.wix.com](http://www.wix.com). Esse espaço possibilita a criação de sites de modo simples e eficiente. Ele foi dividido nos seguintes tópicos: início, saúde do homem, notícias e contato.

Na tela inicial foi incluído duas imagens que estimulam o cuidado da saúde do homem, uma apresentação com o objetivo do site e os autores do mesmo.

O link saúde do homem foi subdividido em: Câncer de próstata, espaço do homem e espaço profissional, estes são locais estimulados para a participação dos frequentadores do site.



### **CONCLUSÃO**

Conclui-se que a atuação do enfermeiro na detecção do câncer de próstata está voltada para a promoção e prevenção. Sendo extremamente necessário realizar medidas educativas a fim de reduzir novos casos de câncer de próstata e assim fazendo com que aumente a procura do homem a unidade de saúde.

Durante nossa pesquisa identificamos a dificuldade de trazer o homem às unidades de saúde, onde envolvem vários fatores como: mitos, crenças, culturas e medos relacionados ao exame de toque retal. Pois o homem como provedor acha que não pode deixar de trabalhar para ir a uma consulta. Eles não reconhecem a doença como algo inerente à condição do homem por isso acha que os serviços de saúde são destinados às mulheres, crianças e idosos. Além disso, outra dificuldade é que ele não acredita na profilaxia, e com isso atrapalha o trabalho de prevenção.

O enfermeiro pode utilizar estratégias diferenciadas e eficazes para captar homens como: divulgar com maior ênfase em palestras, panfletagem, roda de conversas e orientando sobre os cuidados da prevenção do câncer de próstata e agravos.

É importante que o profissional aproveite as oportunidades para abordar a população masculina no dia a dia da assistência de enfermagem, orientando sobre a importância de ter um acompanhamento de sua saúde contínuo e não só apenas quando sente algo mais grave que haja necessidade de ir à unidade de saúde e assim fazendo com que aumente a procura do homem, previamente, ao serviço de saúde.

A criação da *website* possibilita uma maior interação com homem e a enfermagem auxiliando na captação precoce do câncer de próstata por ser um espaço aberto de debate e aprendizagem.

Com a realização desta pesquisa, pretendemos promover a reflexão do tema e a captação do homem ao serviço de saúde para que haja detecção precoce do câncer de próstata, a fim de despertar o interesse da população masculina em se cuidar cada vez mais e com evitar agravos a sua saúde.

## REFERÊNCIAS

ALICE, L. **Introdução à Pesquisa: Projetos e relatórios**. 2ed. São Paulo: Loyola. 2003.71p.

BELINELO, R.G.S. et al. **Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro. V.18, N.4, out/dez.2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 set. 2016

BRASIL. Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. Planalto. Brasília, DF. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10289.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10289.htm)> acessado em 23 de outubro de 2015.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25/06/1986 e do decreto nº 94.406 de 08/06/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem. COFEN. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)> Acessado em 05 de agosto de 2016.

EDIÇÕES LEBOOKS. **Prostata-Mitos e verdades**: Lebooks. 2013. Disponível em <<https://books.google.com.br/books?id=yliNBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>> Acesso em 10 maio. 2016.

ELLSWORTH, P; HEANEY, J; GILL, C. **Tudo sobre Câncer de Próstata**. 1 ed. São Paulo: Andrei. 2003. p. 14. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=3DsGF0ffqi8C&printsec=frontcover&dq=pr%C3%B3stata&hl=ptBR&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=pr%C3%B3stata&f=false](https://books.google.com.br/books?id=3DsGF0ffqi8C&printsec=frontcover&dq=pr%C3%B3stata&hl=ptBR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=pr%C3%B3stata&f=false)> Acesso em 10 abr. 2016

ENGEL, T; TOLFO, D. **Métodos de Pesquisa**. 1ed. Porto Alegre: editora da UFRGS. 2009. 120p.

<<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>> . Acesso em 25 mar. 2016.

MALZYNER, A; CAPONERO, R. **Câncer e prevenção**. 1.ed. São Paulo: MG editora. 2013. p. 84-2,3.

MATA, L. R. F. *et al.* **Produção científica da enfermagem em relação ao câncer de próstata**: revisão integrativa. *RevenfermUFPE* , dez. 2012. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/>> Acesso em: 10 set. 2016

MEDEIROS, A. P; MENEZES, M. F. B; NAPOLEÃO, A. A. **Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata**: subsídios para a enfermagem. *Rev. bras. enfermagem*, Brasília, v.64 , n.2, Mar./Abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 set. 2016

MIGUEL, P.A.C. **Metodologia de Pesquisa**: para Engenharia de Produção e Gestão de Operações. 2ed. Rio de Janeiro: ABEPRO. 2012.

PINTO, B. K. *et al.* **Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata**: uma perspectiva cultural. *Rev. bras. Enfermagem*, Brasília. V.67, n.6, nov/dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 set. 2016

SANTOS, V; CANDELORO, R.J. **Trabalhos Acadêmicos**: uma Orientação para a Pesquisa e Normas Técnicas. 1ed. Porto Alegre: AGE. 2006. 149p.

SILVA, A. B. M. *et al.* **Conhecimentos e práticas sobre prevenção do câncer de próstata**: uma contribuição para a enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/>> Acesso em: 10 set. 2016

SMELTZER, S.C *et al.* **BRUNNER E SUDDARTH**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Volume 3.

SOUZA, L M; SILVA, M. P; PINHEIRO, Ingrid de Souza. **Um toque na masculinidade**: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre. V.32, N.32, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

THEOBALDO, F. M; GIROTTI, P. A; MORBIO, A. P. **Atuação da enfermagem na prevenção do câncer de próstata**. *Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT*, 2ªed. Maio 2014. Disponível em: <<http://fait.revista.inf.br/>> Acesso em: 10 set. 2016

VIEIRA, C; ARAÚJO, W; VARGAS, D. **O homem e o câncer de próstata**: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. *Revista Científica do ITPAC*. Araguaína. v5. n1. 2012. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/51/3.pdf>> Acesso em 22 nov. 2015.

**Augusto Felipe dos Santos Rocha**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Marcela Amaral da Gama**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Pedro Henrique Inácio da Silva**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Rachel Ribeiro da Silva**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

**Helena Sava Portes de Farias**

Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)

## RESUMO

O estudo tem como tema o Programa Saúde na Escola como uma ferramenta útil do enfermeiro na prevenção da gravidez precoce em adolescentes. Por estarem iniciando suas práticas sexuais de forma ativa tão precocemente necessita-se de um trabalho efetivo relacionado à educação sexual, tendo em vista atender essa demanda através da articulação da Estratégia de Saúde da Família e do Programa Saúde na Escola. Diante disto, evidenciaram-se os seguintes objetivos: Compreender como o enfermeiro no contexto escolar pode realizar a prevenção da gravidez precoce entre adolescentes; Identificar o perfil das adolescentes para prevenir a gravidez precoce; Propor plano de ação estratégica durante o convívio com esses adolescentes, visando a prevenção da gravidez precoce; Refletir acerca da prevenção da gravidez precoce no âmbito escolar e facilitar a abordagem da questão entre adolescentes, profissional de saúde e responsáveis; Criar um site contendo materiais selecionados sobre sexualidade para utilização pelos profissionais de saúde no âmbito escolar. Através de uma revisão bibliográfica realizou-se um levantamento no período de agosto de 2017 a abril de 2018 nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) onde se elegeu 9 artigos que foram analisados e interpretados conforme a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram organizados em quatro categorias para discussão e revelam as diversas abordagens do enfermeiro frente a prevenção da gravidez precoce entre adolescentes.

**Descritores:** Promoção e prevenção; Enfermeiro; Detecção precoce.

## INTRODUÇÃO

O estudo se propõe a estudar o Enfermeiro no contexto escolar visando à prevenção da gravidez precoce em adolescente. A desinformação sobre sexualidade interfere de forma significativamente o aumento do número de adolescentes grávidas. Por estarem iniciando suas práticas sexuais de forma ativa tão precocemente necessita-se de um trabalho efetivo referente à educação sexual, visando atender essa demanda através da articulação da Estratégia de Saúde da Família e do Programa Saúde na Escola.

Ainda que timidamente no meio social, algumas questões acerca da sexualidade vem sendo trabalhadas pelos profissionais de saúde tanto para a quebra do tabu quanto para a desmitificação da educação sexual que ainda segue relacionada à conotação de ser um tema considerado por muitos e até mesmo pelos pais conservadores como uma questão impudica e privada.

A reversão desta idealização significaria um grande avanço para informação e conscientização dos adolescentes sobre o quesito sexualidade e gravidez precoce entre meninas adolescentes, isto favorece de forma vultosa o avanço do trabalho do enfermeiro no PSE onde como educador orienta, ouve e garante a promoção à saúde integral destes indivíduos.

Diante disto questiona-se: Quais as estratégias serão utilizadas pelo enfermeiro do PSE nesta prevenção? E quais os fatores facilitadores para a prevenção da gravidez precoce?

O estudo tem como objetivo geral: Compreender como o enfermeiro no contexto escolar pode realizar a prevenção da gravidez precoce entre adolescentes. E objetivos específicos: Identificar o perfil das adolescentes para prevenir a gravidez precoce, propor um plano de ação estratégica durante o convívio com esses adolescentes, visando a prevenção da gravidez precoce, refletir acerca da prevenção da gravidez precoce no âmbito escolar e facilitar a abordagem da questão entre adolescentes, profissional de saúde e responsáveis e criar um site contendo materiais selecionados sobre sexualidade para utilização pelos profissionais de saúde no âmbito escolar.

Justifica-se a temática pelo fato de que o papel de educador para o enfermeiro é de extrema importância no PSE já que ele deve educar através das necessidades da comunidade em que executa suas atividades. A gravidez precoce é uma das situações que o profissional de saúde se depara, sendo assim ele deverá apresentar estratégias adequadas de abordagem com seu público para poder capacitá-los para a prevenção e promoção à saúde.

Entende-se por isso que a pesquisa consiste em um importante embasamento teórico a fim de sustentar o trabalho do enfermeiro no contexto escolar frente à necessidade de prevenção de gravidez precoce entre adolescentes, contribuindo também para que este profissional possa executar seu papel de educador no PSE garantindo o aperfeiçoamento da prática assistencial de enfermagem. E reforça ainda a necessidade de continuidade de pesquisas subsequentes que fundamentem as ações do enfermeiro no ambiente escolar para prevenir gravidez precoce em adolescentes.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E O INDIVÍDUO ADOLESCENTE**

A adolescência vai delineando para o sujeito, uma identidade sexual, familiar e laboral, permitindo que ele venha a exercer determinados papéis dentro da sociedade. Esta fase, entretanto, não pode ser considerada um período de transição, caracteriza-se muito mais como parte de um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado de vida. Para Brasil (2008) a tendência de ver a adolescência como “um período de transição” favorece o esquecimento das necessidades desta população, o desrespeito com relação a seus direitos, e uma exigência, muitas vezes inadequada, quanto ao cumprimento de seus deveres como cidadão.

A sociedade precisa valorizar o potencial de contribuição deste adolescente, apoiá-lo e permitir que seus pensamentos, desejos, ideias e críticas sejam ouvidos, esta atitude, possibilita outro enfoque sobre o adolescente. Na verdade, esta postura admite a abertura

de um espaço para o adolescente exercer sua liberdade e participar mais ativamente de seu processo de amadurecimento.

A Política de Saúde do Adolescente possui uma trajetória para sua implantação. Em consonância com a Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde oficializa em 1989 o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), voltado para indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos.

A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 1996).

As ações propostas pelo programa são fundamentadas numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Deve haver o planejamento e o desenvolvimento de práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando apropriação por parte destes de conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde.

Essas atividades, dirigidas ao público adolescente são denominadas de áreas prioritárias: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente e prevenção de acidentes. Destacamos que tais ações são desenvolvidas em todos os níveis de atenção e por equipes multidisciplinares de saúde sendo a ênfase as ações educativas e a participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde.

Entende-se que na atenção ao adolescente, a identificação das áreas prioritárias jamais deverá ser encarada como uma atividade fragmentada, e sim, como uma sistematização de ações a fim de se alcançar os objetivos do PROSAD. Essas atividades deverão ser programadas e executadas de forma integral, envolvendo profissionais de diversas áreas na busca de responder as necessidades de atenção ao adolescente em todos os níveis de saúde.

Para o efetivo atendimento aos adolescentes destacamos ainda a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 que prioriza de forma absoluta a atenção integral a este grupo. E posteriormente em 1993 foram lançadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente conforme os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, este se trata de um documento voltado para a capacitação das equipes de saúde mais uma contribuição para fortalecimento da atenção integral ao indivíduo adolescente.

## **PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)**

O PSE é constituído pela interação de equipes de saúde da atenção básica com as unidades de educação. Nessa interação são realizados o planejamento, a execução e o monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos alunos de uma unidade de ensino.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. (BRASIL, 2013)

Os profissionais de saúde e educação devem assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios e diretrizes básicas de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas. O Programa possui as seguintes Diretrizes (BRASIL, 2013):

- I. Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- II. Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- III. Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;
- IV. Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- V. Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- VI. Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VII. Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VIII. Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade.

## **ENFERMEIRO COMO EDUCADOR**

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a escola deve ser entendida como um espaço de relações, privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneira de conhecer o mundo interferindo diretamente na produção social e na saúde.

Levam-se em consideração que os educadores sejam eles professores, coordenadores, orientadores, entre outras graduações da área da educação não são treinados na modalidade de promover educação em saúde. Sendo assim, podem muitas vezes não ser hábeis o necessário para atuarem em certas demandas. Sem dúvida promover saúde é atividade facilmente realizada pelo profissional enfermeiro.

Ressaltamos que o Programa Saúde da Família juntamente com o PSE priorizam a prevenção à saúde como atividade preconizada, no qual o enfermeiro realiza atividades tais como cuidar, coordenar e educar, proporcionando uma atenção e assistência integral no âmbito individual e coletivo. Esta percepção destaca a importância de atividades educativas por meio de ações diversificadas diretamente com as famílias e a comunidade. Com o objetivo de avaliar a contribuição do ensino em saúde nos diferentes grupos sociais.

## **A PROPOSTA DE UM WEBSITE**

Hoje vivenciamos um avanço tecnológico tal que nos faz, sem dúvida, reconhecer que os recursos advindos da tecnologia possuem uma importância fundamental em nosso cotidiano. A internet é uma das ferramentas tecnológicas mais utilizadas em nossos dias, sendo capaz de ofertar uma conectividade de tamanho alto nível para o acesso e compartilhamento de diversas informações, o aperfeiçoamento de artifícios didáticos e o desenvolvimento de estudos nas diversas áreas como educação, saúde e pesquisa.

Pereira (2017) afirma que em nossos dias o processo ensino-aprendizagem não se concentra apenas em um ambiente físico, tradicional, e, sim, interposto pela informática e suas tecnologias. Na saúde não deve ser diferente. Um Website, mais conhecido como site, por exemplo, pode funcionar como importante recurso na educação dos profissionais de

saúde e estudantes seja para pesquisas, execução de exercícios práticos, transmissão de conhecimento, troca de informação e ou experiências, aprendizagem e fortalecimento do processo de educação em saúde.

De modo simples pode-se afirmar que um Website trata-se do espaço virtual de uma organização ou pessoa, sendo tecnicamente o conjunto de documentos escritos em uma linguagem, geralmente HTML, que pertencem a um mesmo endereço (URL), disponível na internet que é o conjunto de redes de computadores que se comunicam por meio de protocolos TCP/ID em todo o mundo. Para acessar um website os usuários precisam de um programa de navegação e de uma conexão à internet.

Para a enfermagem, a criação de um website contendo materiais selecionados sobre sexualidade para profissionais de saúde pode representar um benefício na busca da prevenção de gravidez precoce em adolescentes. A maior flexibilidade na apresentação das informações proporcionada por um website, sem dúvida favorece ao profissional embasamento científico para abordagem do tema em questão.

## **METODOLOGIA**

Através de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, de caráter descritivo e abordagem qualitativa busca-se a compreensão do Programa Saúde na Escola como uma ferramenta útil do enfermeiro na prevenção da gravidez precoce entre indivíduos adolescentes.

O caráter descritivo permite o conhecimento de um determinado assunto sob a ótica do autor, sem qualquer influência de opiniões e/ou idéias do investigador. Já a abordagem qualitativa, possibilita a exploração e comparação de fatos a partir de análises não numéricas.

A pesquisa passou pelas seguintes etapas: escolha da problemática e objetivos, determinação da fonte de dados, pesquisa de materiais, seleção e leitura, categorização dos artigos e discussão.

Como fonte de dados utilizamos a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com a utilização dos descritores “Saúde Sexual”, “Adolescente”, “Gravidez na Adolescência” e “ Serviços de Saúde do Adolescente”. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: materiais acadêmicos e ou artigos científicos publicados em periódicos online, disponíveis na íntegra para a leitura, publicações do período compreendido entre 1997 e 2018, na língua portuguesa e que abordassem a problemática do presente estudo. Já os critérios de exclusão foram: materiais duplicados e que não corroborassem com a pesquisa.

Ao final da pesquisa obteve-se nove materiais científicos que foram lidos e relidos apresentação dos resultados e início das discussões.

Destaca-se a utilização de conteúdos públicos do Ministério da Saúde e da Justiça encontrados em fontes eletrônicas confiáveis bem como um livro para construção do estudo.

Os resultados foram refletidos com base na Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin “A análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.” (BARDIN, 2011). Nesta técnica há um contato inicial com o documento, a leitura flutuante onde é possível a exploração do material logo, codificam-se os dados, processo pelo qual os mesmos são transformados sistematicamente e agregados em unidades. Determinada técnica permite a compreensão, utilização e aplicação de determinado conteúdo.

Isto quer dizer que após categorização (divisão dos assuntos nas chamadas categorias) houve explanação do conteúdo o que permitiu conclusão das ideias.

Assim os artigos foram organizados em 4 categorias : Categoria 1- Conhecendo o perfil das adolescentes para prevenção da gravidez precoce, Categoria 2- Execução de um plano de ação estratégico durante o convívio com esses adolescentes na busca da prevenção da gravidez precoce, Categoria 3- O Enfermeiro como educador na prevenção da gravidez na adolescência : Organizando ideias e desconstruindo os mitos e Categoria 4 -Construção de um site com materiais selecionados sobre sexualidade para auxílio dos profissionais de saúde no âmbito escolar.

A tabela 1 a seguir permite a compreensão rápida e fácil da abordagem.

Tabela 1: Artigos Selecionados

<b>Título do Artigo</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Autores</b>	<b>Revista</b>	<b>Categoria</b>
Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte – MG	2009	NOGUEIRA <i>et al</i>	Rev Bras Epidemiol	1
Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez	2007	MOREIRA <i>et al</i>	Rev Esc Enferm USP	1
O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza – Ceará	2012	CAMINHA <i>et al</i>	Esc Anna Nery, vol 16, n°3, Rio de Janeiro, Setembro	1
Enfermagem e educação em saúde na atenção básica: Uma experiência no bairro de mãe Luiza , Natal - RN	2012	PEDROSA <i>et al</i>	Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental (online) UNIRIO, out/dez. vol 4	2
Estratégias Pedagógicas para educação em saúde com adolescentes: uma revisão integrativa	2016	FERREIRA <i>et al</i>	Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online	2
Desenvolvimento de habilidades: Estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência	2010	GURGEL <i>et al</i>	Rev Gaúcha Enferm, Porto Aleg(RS) 2010, dez	3
Projeto Adolescer: Promovendo Educação em saúde com adolescentes de uma escola Municipal	2017	PICCIN <i>et al</i>	Rev Enferm Atenção Saúde (Online). Jul/dez 2017	3
A Prevenção da Gravidez na adolescência na visão de adolescentes	2015	FIEDLER <i>et al</i>	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2015Jan-Mar.	3
Comunicação educativa do Enfermeiro na promoção da saúde sexual escolar	1997	OLIVEIRA <i>et al</i>	Rev Latino Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, julho/1997	3

Fonte: Produzida pelos autores (2018)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **Categoria 1- Conhecendo o perfil das adolescentes para prevenção da gravidez precoce**

O primeiro estudo intitulado “O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará” destaca o aumento da incidência de gravidez na adolescência e o perfil dessas adolescentes, onde identificamos que a vida sexual ativa do adolescente é uma realidade irrefutável, tornando assim imprescindível a identificação dos fatores multicausais que tornam esses adolescentes vulneráveis a tal situação. O aumento no índice de gravidez na adolescência no Brasil em conjunto as repercussões biológicas, psicológicas e sociais trazidas, por este incidente são preocupação para os profissionais de saúde, pois, acarretam não apenas problemas sociais, mas também, um advento que culmina na saúde pública.

Quando são analisados os possíveis fatores etiológicos ligados ao aumento das gestações nessa faixa etária, percebe-se uma complexidade de fatores multicausais que tornam as adolescentes especialmente vulneráveis, No Brasil, o índice de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública, devido as repercussões biológicas, psicológicas e sociais que podem acarretar (CAMINHA *et al.*, 2012 p.02).

O enfermeiro ao estabelecer vínculo com sua clientela deve ser capaz de favorecer o interesse deles as atividades e a adoção de uma boa mudança em seu comportamento sexual adquirindo a percepção de que o próprio adolescente deve ser o protagonista de suas ações e suas escolhas.

O segundo estudo intitulado “Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez” reforça a importância da assistência do enfermeiro no acompanhamento desse adolescente. A presença deste profissional na implementação das atividades propostas o torna mais confiante na equipe do PSE. A atuação do enfermeiro permite uma aproximação maior com esse adolescente e a melhor compreensão dos desafios que o envolvem.

Esse despertar da sexualidade na adolescência é acompanhado por uma grande leva de desinformação Os pais por não disporem de informação ou por constrangimento em falar sobre sexo com seus filhos, acabam não cumprindo seu papel de educador (MOREIRA *et al.*, 2007 p.04).

O programa de saúde nas escolas (PSE) permite um acompanhamento contínuo da equipe de saúde junto a esses adolescentes favorecendo assim a manutenção em sua qualidade de vida.

E o terceiro estudo intitulado “Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no município de Belo Horizonte – MG” é notório que os referenciamento espacial dos eventos de saúde ganham relevância na análise e avaliação de riscos à saúde coletiva, na medida em que se incorporam variáveis relacionadas com meio ambiente e com o perfil socioeconômico da população. Partindo do pressuposto de que a maternidade precoce não acontece de forma aleatória, buscou-se identificar a dependência espacial da gravidez na adolescência com aspectos socioeconômicos e de vulnerabilidade social.

Destaca-se a diminuição da proporção de mães adolescentes em setores de melhores condições, nos quais o maior número de nascimentos ocorre nas faixas de 20 a 29 anos e acima de 30 anos. (NOGUEIRA *et al.* 2009 p.13).

Constatou-se assim a presença de um acúmulo de altas taxas de mães adolescentes associadas a más condições socioeconômicas. Quando esse acúmulo de variáveis é introduzida no estudo desse fenômeno da gravidez na adolescência, podemos perceber que o fator idade (10 a 19 anos) não é o único problema referente as consequências de uma gravidez precoce, o estado socioeconômico dos pais dessa adolescente também influenciará em aspectos fundamentais como: acesso a saúde, condições de educação para as crianças dentre outros.

A aceitação e o apoio dos familiares, o planejamento da criança, a coabitação do parceiro e a presença de instrumentos públicos de saúde e educação para esses adolescentes também são fatores fundamentais para amenizar o cenário de ocorrências de gravidez na adolescência.

## **Categoria 2- Execução de um plano de ação estratégico durante o convívio com esses adolescentes na busca da prevenção da gravidez precoce.**

Esta segunda categoria foi embasada nos artigos “Enfermagem e educação em saúde na atenção básica: Uma experiência no bairro de Mãe Luíza, Natal” e “Estratégias Pedagógicas para educação em saúde com adolescentes: uma revisão integrativa”.

No estudo “Enfermagem e educação em saúde na atenção básica: Uma experiência no bairro de Mãe Luíza, Natal” os autores objetivam dialogar com o grupo de adolescentes e jovens acerca de Sexualidade e Planejamento Familiar por meio de dinâmica de grupo inspirada na Pedagogia da Problematização de Paulo Freire. Pedrosa (2012) afirma que:

É fundamental que os diversos profissionais da área da saúde – em especial o enfermeiro, uma vez que este se encontra diretamente relacionado às atividades de proteção da saúde – estejam preparados e disponíveis para saber ouvir o adolescente e conhecer sua realidade (PEDROSA, 2012 p. 2089).

O início da vida sexual dos adolescentes tem se tornado cada vez mais precoce e quando este adolescente procura um serviço de saúde apresentando questionamentos sobre sua vida sexual ele deve ser acolhido, ouvido e atendido independente de sua idade e da presença de seus pais.

A utilização pelas autoras de exposição de assuntos e objetos pertinentes ao tema Sexualidade na Adolescência com ênfase na Prevenção da Gravidez Indesejada e a discussão do tema entre o grupo possibilitou a observação do grau e a natureza dos conhecimentos do grupo frente ao assunto. Em seguida por meio de dinâmica de grupo trabalhou-se os métodos contraceptivos.

A metodologia proposta foi muito bem aceita e mostrou que é perceptível a curiosidade e interesse a temática apresentada, porém há ainda uma grande barreira por parte deles para melhor e profunda abordagem do assunto. Quando se trabalha na prática com adolescentes a dinâmica de grupo acrescida a credibilidade dispensada por estes aos palestrantes, que no caso somos nós enfermeiros há uma facilidade na operacionalização de uma oficina. Entende-se que é indispensável o desenvolvimento de ações de saúde e sua continuidade para o atendimento integral, resolutivo e participativo deste grupo buscando a aproximação deles aos serviços oferecidos, o que os torna mais conscientes de suas ações e dessa forma atuantes na promoção e prevenção à saúde deles.

No segundo artigo “Estratégias pedagógicas para educação em saúde com adolescentes: uma revisão integrativa” há uma proposta pelos autores de identificação das estratégias utilizadas na educação em saúde com os adolescentes.

O enfermeiro ao trabalhar com um público adolescente visando à promoção de saúde e manutenção da mesma deve apropriar-se da educação em saúde. Neste contexto,

deve-se entendê-la como um campo de atuação que está preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações, quando atrelada à aprendizagem configura uma importante vertente para a prevenção, ao criar ao ser humano a oportunidade de pensar e repensar conferindo-lhe a capacidade de transformar sua realidade.

O enfermeiro encontra na escola, um cenário privilegiado do cuidar, assim faz-se necessário a inserção da enfermagem neste ambiente para ensejar uma reflexão-ação [...] em que o sujeito seja ativo na busca de adequados hábitos de vida (FERREIRA *et al*, 2016 p. 4199)

Entende-se que o ambiente escolar representa um cenário perfeito para a execução de atividades fortalecedoras para prevenção de gravidez entre adolescentes. O artigo nos traz três estratégias eficazes de ação a serem trabalhadas com adolescentes, são elas: oficinas educativas, visitas educativas e produções artísticas.

Durante o convívio com os adolescentes e visando a prevenção da gravidez precoce no meio deles, percebe-se que a melhor estratégia a ser utilizada será aquela que poderá ser devidamente compartilhada com eles de maneira que, as decisões a cerca de sua saúde não sejam impostas e sim decididas conjuntamente entre adolescente e profissional de saúde e em parceria com a família.

### **Categoria 3- O Enfermeiro como educador na prevenção da gravidez na adolescência : Organizando ideias e desconstruindo os mitos**

A terceira categoria teve como base quatro artigos com os seguintes títulos: “A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes”, “Projeto adolescer: Promovendo educação em saúde com adolescentes de uma escola municipal”, “Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual escolar” e o “Desenvolvimento de Habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência”.

O primeiro artigo intitulado “A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes” aborda o conhecimento deles quando o assunto é gravidez, os autores afirmam que este grupo possui mesmo que de forma superficial e/ou muitas vezes equivocadas, um entendimento dos métodos contraceptivos e da questão da gravidez nesta fase da vida, porém, o assunto merece uma abordagem mais realista e consciente, o que demonstra uma oportunidade de atuação do enfermeiro.

Questionamentos como o uso adequado de métodos contraceptivos, a quebra de barreiras encontradas nos serviços de saúde que dificultam muitas vezes o acesso à informação sobre a prevenção da gravidez pelos adolescentes, e a abordagem de dúvidas trazidas pelos próprios adolescentes podem facilitar esse contato pelo profissional de saúde. Desta forma, os adolescentes expressam seus conhecimentos sobre os métodos contraceptivos e são orientados que podem praticar sexo seguro ou inseguro, essa é uma escolha deles.

Dentro desse contexto o enfermeiro por meio do PSE tem um campo de atuação aonde ele: ouvi, orienta, organiza, tira dúvida e fortalece o vínculo através do diálogo com esse adolescente podendo favorecer a prevenção da gravidez em adolescentes.

O segundo artigo “Projeto Adolescer: Promovendo educação em saúde com adolescentes de uma escola municipal” refere-se a uma experiência prática dos autores. Consisti num projeto dinâmico intitulado Adolescer onde a base é o compartilhamento de experiências que favorece a construção de conhecimento. Nele, o profissional pode promover reflexões por meio de atividades dinâmicas e rodas de conversa com ênfase sobre as temáticas como: métodos contraceptivos, aparelho reprodutor, gravidez e

sexualidade o que favorece a participação horizontal e dinâmica diante do assunto abordado.

As necessidades e preocupações da saúde sexual e reprodutiva de crianças e jovens variam muito intra e inter-regiões, comunidades e países, o que pode afetar a percepção de um objetivo específico de aprendizagem (UNESCO, 2014).

As informações relacionadas à educação sexual e reprodutiva devem ser adequadas a cada contexto regional, ou seja, a realidade do adolescente e do jovem como o artigo traz, a temática desenvolvida com este público deve ser pertinente e uma metodologia participativa com ênfase no diálogo. As atividades desenvolvidas devem permitir a reflexão, a troca de experiências e a construção do aprendizado conjunto. O enfermeiro além da abordagem deve fazer menção de um plano de ação e didática que favoreça a adesão dos adolescentes as atividades o que permiti a prevenção da gravidez precoce neste grupo.

O terceiro artigo intitulado “Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual escolar” mostra a utilização do espaço físico da escola como uma estratégia do enfermeiro para trabalhar a promoção da saúde sexual no meio dos indivíduos adolescentes. Entende-se que o ambiente escolar configura uma excelente oportunidade para que o profissional execute ações voltadas à saúde sexual e prevenção da gravidez entre adolescentes.

A escola significa um local importante para se trabalhar conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamentos. Ela representa um contexto propício e adequado para o desenvolvimento de ações educativas, atuando nas diferentes áreas do saber humano. E, neste sentido, mais do que nunca, há de se investir nas questões da sexualidade e das IST/AIDS. (FERREIRA et al,1997 p2).

O enfermeiro inserido no PSE precisa atuar ouvindo, explicando, conversando e desmistificando preconceitos junto com a comunidade e aos próprios adolescentes além de trabalhar a família, esta, deve ser participante da promoção de saúde do adolescente juntamente com o profissional de saúde.

E, o quarto artigo intitulado “Desenvolvimento de Habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência” os autores abordam como o enfermeiro poderá executar a promoção e prevenção da gravidez na adolescência. Vários métodos poderão ser utilizados, enfatiza-se a promoção da saúde do adolescente trabalhada na consulta de enfermagem e nos grupos de adolescentes.

Gurgel *et al*(2010) afirmam que na perspectiva da promoção da saúde para prevenção da gravidez precoce, trabalhar o desenvolvimento de habilidades em saúde sexual e reprodutiva do adolescente constitui um desafio para o enfermeiro. Tais habilidades são construídas ao longo da aproximação do profissional que deve sempre buscar a confiança e inserção deste grupo nas atividades realizadas para êxito nas ações desenvolvidas.

#### **Categoria 4- Criação de um Website**

Foi criado um site educativo por meio da plataforma wix, sendo o mesmo com o foco no profissional, mas, com fácil acesso para todos.

O Website foi elaborado contendo orientações de comportamento favoráveis à manutenção de sua saúde diante do processo da adolescência, manuais, vídeos, links e atividades propostas para os profissionais diante desse público. Seu texto e páginas foram cuidadosamente escritos a partir do princípio que é mais fácil usar a língua e a tecnologia, o que facilita para o entendimento e chama atenção do público, pois um adolescente bem

orientado poderá participar ativamente e ajudar a si mesmo em busca de saúde e qualidade de vida.

O site teve ainda sua elaboração motivada em capacitar toda a equipe de enfermagem no atendimento ao paciente adolescente no Programa Saúde nas Escolas. Foi criado com o objetivo de preparar esse profissional diante das especificidades dessa faixa etária, evitando assim falhas na comunicação e no acolhimento desse paciente. Abaixo segue fotos do site.

Foto 1: Página inicial do Site.

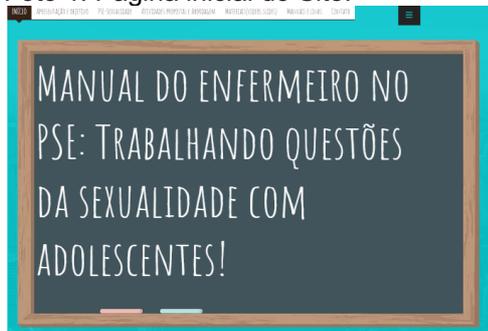


Foto 2: Quem somos e nosso objetivo

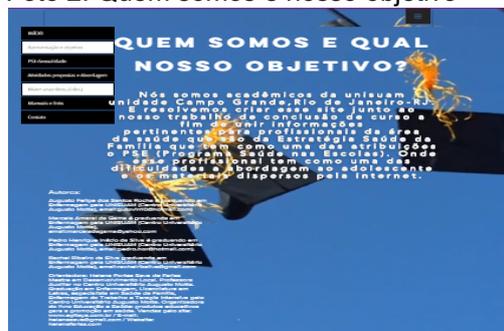


Foto 3: PSE, Adolescência e sexualidade.



Foto 4: Atividades propostas.

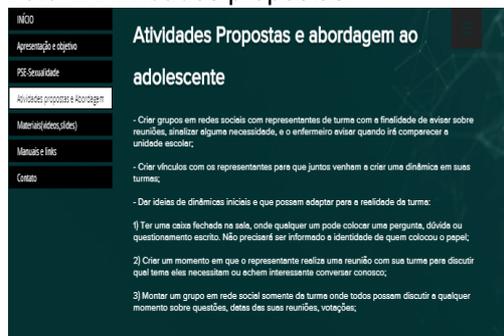
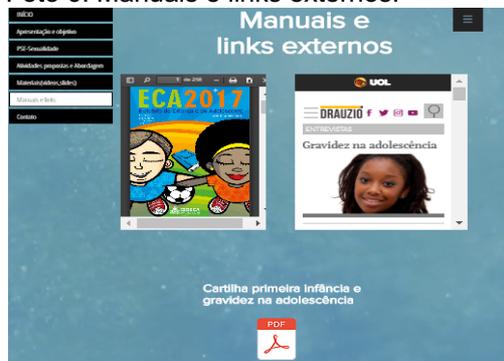


Foto 5: Vídeos, slides e aulas.



Foto 6: Manuais e links externos.



Fonte: Criado pelos autores (2018)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se compreender o fenômeno da gravidez na adolescência dentro do contexto escolar e os meios do enfermeiro como educador trabalhar na promoção, prevenção da gravidez com esse público. Tais reflexões, no levam a pensar quais os caminhos a saúde na escola pode trilhar, a fim de diminuir esse quadro ainda crescente em nossa sociedade.

Entende-se que a escola e o programa saúde na escola têm um papel de grande importância no compartilhamento de conhecimentos pautado no diálogo com esses adolescentes.

Considerando em todo o processo o papel da educação como de suma importância, conclui-se que o enfermeiro tem papel fundamental na orientação, abordagem, organização podendo assim ser um educador favorecendo a prevenção da gravidez em adolescentes inclusive no ambiente escolar, utilizando de todo seu conhecimento, criatividade e recursos mais avançados como a internet a fim de conscientizar os adolescentes sobre práticas seguras para preservar sua autonomia e desenvolvimento.

E, para a enfermagem, a criação de um website contendo materiais selecionados sobre sexualidade pode representar um benefício na busca da prevenção de gravidez precoce em adolescentes. A maior flexibilidade na apresentação das informações proporcionada por um website, sem dúvida favorece ao profissional recursos para abordagem da temática e desenvolvimento de ações de saúde para o público adolescente.

## REFERÊNCIAS

BESERRA, EP; PINHEIRO PNC; ALVES, MDS; BARROSO MGT. Adolescência e Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma pesquisa documental. DST – J Bras Doenças Sex Transm 2008; 20(1): 32-35.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CAMINHA, N,O; COSTA, C,C; BRASIL ,R,F,G; SOUZA, D,M,N; FREITAS, L,V; DAMASCENO,A,K,C. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza- Ceará. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, 2012, jul-set, vol. 16 (3): 486-492.

Constituição Federal Artigos 196, 197 e 198 acesso através do site: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf) f em 27/09/2017.

FIGUEIREDO, N.M.A; TONINI, T. SUS e PSF para Enfermagem: Prática para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis, 2007.

FERREIRA, C,P,S; MARQUES, J,F; ROZENDO, C,A; FERRERA, C,B; PINTO, L,M,T,R; FERREIRA, A.,S. Estratégias pedagógicas para educação em saúde com adolescentes: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. 2016. abr./jun. 8(2): 4197-4211.

**Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil-** Acesso através do

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina; ALVES, Maria Dalva Santos; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; REGO, Rita Maria Viana. Desenvolvimento de Habilidades: Estratégia de promoção da saúde e prevenção da

gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem Online**. Porto Alegre-RS, 2010, dez; 31(4):640-6.

JAGER, Márcia Elisa; BATISTA, Fernanda Altermann; PERRONE, Cláudia Maria; SANTOS, Samara Silva dos; DIAS, Ana Cristina Garcia. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o Prosad. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr./jun. 2014.

MANUAL DE ADESÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA BRASIL Ministério da Saúde  
acesso através do site  
[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19\\_06\\_2013\\_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf) em 09/10/2017.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; VIANA, Daniele de Souza; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, MARIA, Salete Bessa. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2008, 42(2): 312-20.

NOGUEIRA, Maria José; SILVA, Bráulio Figueiredo Alves; BARCELOS, Samuel Moizés; SCHALL, Virgínia Torres. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte- MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2009, 12(3): 297-312.

OLIVEIRA, M.A.F.C; BUENO,S.M.V. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual escolar . **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto. V.5, 3.3, p.71-81, julho, 1997.

Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade- Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde, vol I. Acesso em 01/10/2017 através do endereço eletrônico: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>

PEREIRA, S.M; TAQUETTE, S.R. Conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis entre alunas do ensino médio de três escolas com diferentes perfis. **Revista Adolescência e Saúde- UERJ**.2016; 13(Supl. 2):9-17.

PEREIRA, E.B,F; MODESTO, B,C,M; VALENÇA,M,P; JUNIOR, W, S,S; SOUZA, C,F,Q. Desenvolvimento e avaliação de ambiente virtual de aprendizagem para capacitação em hipertermia maligna. **Rev. Sobecc**, São Paulo; 2017 Out./dez. 22(4) p. 180-187.

PEDROSA, Karilena Karila de Amorim; CASTRO, Lorena de Oliveira; PEREIRA, Wani. Enfermagem e educação em saúde na atenção básica: Uma experiência no bairro de Mãe Luiza, Natal-RN. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. 2012. Out/dez. 4(4): 2806-15.

PICCIN, C; BERTOLDO,F,S,M; OLIVEIRA, G; ASTARITA, K,B; RESSEL, L,B Projeto Adolescer : Promovendo educação em saúde com adolescentes de uma escola municipal. **Revista de Enfermagem e Atenção à saúde Online**. Jul/Dez.2017;6(2): 161-168.

Programa Saúde do Adolescente- Bases Programáticas. Ministério da Saúde, 1996- Através do endereço [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_05.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf) Acesso em 14/09/2017.

<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>. Acesso em 12 de setembro de 2017.

Relatório da Situação da População Mundial 2013- Maternidade Precoce: Enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Acesso em 01/10/2017 através do endereço: <http://unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>  
SANTOS, Fernanda Massaro dos. Análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, mai. 2012



  
epilaya  
Editora

ISBN: 978-65-87809-11-3



9 786587 809113