

**PROCESSO DE CUIDAR BASEADO
NAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA
POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE
VOL. 1**

**ORGANIZADORA
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS**


epilaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

PROCESSO DE CUIDAR BASEADO NAS NECESSIDADES DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE VOL 1.

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ
2020

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

P963 Processo de cuidar baseado nas necessidades de saúde da população e na estruturação das políticas de saúde [recurso eletrônico]: vol. 1 / Organizadora Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2020.
131 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87809-05-2

1. Cuidados de enfermagem – Planejamento. 2. Enfermagem – Prática. I. Farias, Helena Portes Sava de.

CDD 610.73

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

PROCESSO DE CUIDAR BASEADO NAS NECESSIDADES DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE VOL 1.



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

Visitar produções científicas da enfermagem brasileira nos permite acompanhar o crescimento e desenvolvimento da profissão enquanto ciência e tecnologia, proporcionando o conhecimento do impacto dessas produções em nossa prática profissional. Acredito que, ao apreciarmos tais produções utilizamos um potente instrumento de comunicação de pesquisa científica, corroborando assim, com o avanço profissional.

Sabemos que o número de publicações na área da enfermagem vem crescendo consideravelmente ao longo dos anos, embasando e fornecendo subsídios para o cuidar em enfermagem. O cuidado de enfermagem como prática social, é capaz de contribuir para o desenvolvimento social que têm a ver com a ampliação dos espaços e oportunidades reais dos seres humanos desenvolverem suas potencialidades, podendo constituir, uma importante estratégia de inclusão social.

Portanto, é fortemente recomendado que o enfermeiro compreenda como a sociedade se comporta e se movimenta para atuar junto a ela. Nesse sentido, prefaciando esse *ebook* intitulado “**processo de cuidar baseado nas necessidades de saúde da população e na estruturação das políticas de saúde**” com produções científicas escritas por pesquisadores de todo o Brasil é uma satisfação e honra para mim.

Esta publicação emerge a partir dos resumos publicados nos anais do 71º Congresso Brasileiro de Enfermagem - CBEEn realizado no ano de 2019 em Manaus – AM. A coletânea configura-se como uma proposta da Editora Epitaya, aos autores para divulgação científica no intuito de contribuir positivamente para área da enfermagem, para a sociedade e para uma qualidade nos serviços de saúde.

Cabe, portanto, agradecer os autores dos 11 (onze) artigos das temáticas em destaques para os capítulos pela disponibilidade para os ajustes necessários para essa coletânea. O leitor poderá desfrutar nos capítulos organizados para essa coletânea, temáticas que perpassam por políticas públicas, atenção e ações para a saúde.

O cuidado com que os autores a compuseram, oferecem uma leitura com a possibilidade de inúmeras reflexões para a área da enfermagem. Questões de extrema relevância como a participação da enfermagem nas políticas públicas no enfrentamento a violência doméstica. Contamos também, com um artigo moderno abordando a utilização da cobertura de Biocelulose para queimaduras, no que tange ao impacto à racionalização de recursos financeiros. Outro assunto brilhante e atual abordado nessa coletânea envolve as questões de atendimento em saúde ao portador de surdez. Muito perspicaz para as discussões sobre acessibilidade e igualdade no atendimento à saúde.

Concluo, parabenizando a organizadora e os colaboradores dessa obra, onde acredito fortemente que irá auxiliar para futuros estudos na área da enfermagem contribuindo para o avanço e fortalecimento do conhecimento científico, garantindo assim a qualidade do cuidado e das práticas de enfermagem.

Prof.ª Msc. Roberta Kele Ribeiro Ferreira

Enfermeira

Mestre em Educação, Gestão e Difusão em Biociências pela UFRJ

Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNISUAM

Professora Auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUAM

Enfermeira Intensivista do Complexo Hospitalar do Instituto

Nacional de Infectologia Evandro Chagas - FIOCRUZ

“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
A IMPORTÂNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS E A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO ÂMBITO DO SUS <i>Augusto Cesar Kappes Sapegienski</i>	
<i>Capítulo 2</i>	15
ANÁLISE DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR <i>Derdried Athanasio Johann; Guilherme Parreira da Silva; Talita Ferreira Turatti do Carvalhal; Clovis Cechinel; Marcelo Costa Benatto</i>	
<i>Capítulo 3</i>	25
ACIDENTES ENVOLVENDO MATERIAL BIOLÓGICO: OCORRÊNCIA ENTRE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM <i>Maristela Aparecida Magri; Adriani Izabel de Souza Moraes; Tatiane Veteri Coneglian; Regina Célia Popim</i>	
<i>Capítulo 4</i>	33
COBERTURA DE BIOCELULOSE UTILIZADA NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS – UM ESTUDO DO CUSTO-EFETIVIDADE <i>Jéssica Pagotto Manzano; Tatiane Veteri Coneglian; Ana Julia Camargo; Elisabete Banhos; Cristiano Bispo dos Santos; Tais Pagliuco Barbosa; João César Jacon</i>	
<i>Capítulo 5</i>	49
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ENQUANTO COORDENADOR DA LISTA DE VERIFICAÇÃO NO PROGRAMA DE CIRURGIA SEGURA <i>Carla Gessanda Evangelista Gonçalves; Cássia Menaia França Carvalho Pitangueira</i>	
<i>Capítulo 6</i>	59
ARTIGO DE REVISÃO: COMO DESPETAR O INTERESSE NOS ADOLESCENTES SOBRE AS IST <i>Cássia Valéria dos Santos; Elisabete Ferreira Batista; Lauana Alves Sampaio; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 7</i>	67
ABORDAGEM EDUCATIVA DO SEXTO SINAL VITAL (OXIMETRIA DE PULSO), NA EVOLUÇÃO DA SÍNDROME TORÁCICA AGUDA NA DOENÇA FALCIFORME <i>Kelly Cristina Freire Doria; Ana Maria Mach Queiroz; Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves; Fabrício dos Santos; Flávia Silva de Souza; Rene Oliveira Almeida</i>	
<i>Capítulo 8</i>	81
ATENDIMENTO EM SAÚDE AO PORTADOR DE SURDEZ: CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE <i>Victor Matheus Paes; Thalyta Cardoso Alux Teixeira; Raquel Machado Cavalva Coutinho; Maria Eleonora Feracin da Silva Picoli</i>	

<i>Capítulo 9</i>	100
EPISIOTOMIA: REPERCUSSÕES NA VIDA DAS MULHERES	
<i>Jéssica Fernandes da Silva Alves; Leila Schmidt Bechtluft</i>	
<i>Capítulo 10</i>	114
A IMPORTÂNCIA DO SUS COMO ÚNICO SISTEMA DE SAÚDE PARA O BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Suziane Xavier Sousa; Carlos Alberto Nogueira dos Anjos; Graciane Dias Dias; Larissa Gomes Barata; Pâmela de Paiva Queiroz dos Santos; Shirley Iara Martins Dourado</i>	
<i>Capítulo 11</i>	122
FATORES DETERMINANTES PARA A AMAMENTAÇÃO DE GÊMEOS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	
<i>Joyce Rayane Leite; Natália Motta de Souza Costa; Jéssika Roberta Firme de Moura Santos</i>	

Augusto Cesar Kappes Sapegienski

FAESI: Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguazu
augusto.k.s@hotmail.com

RESUMO

Com a inclusão de políticas públicas voltadas a assistência das mulheres vítimas de violência doméstica, implantou-se no município de Medianeira – PR, no ano de 2014, uma parceria entre o Ministério Público do Paraná e a Secretaria Municipal de Saúde, que consistia na criação do Grupo Reflexivo Masculino. Com a promoção de palestras, rodas de conversa, trocas de experiências e a constante procura da reinserção do indivíduo na sociedade, o grupo voltou a sua linha de trabalho não apenas para o agressor, mas também para todo o seu redor; acolhendo, ouvindo, auxiliando e planejando, em conjunto multidisciplinar, orientações e ações visando alcançar os objetivos principais dispostos. Observou-se que no decorrer destes quatro anos de Grupo Reflexivo, houve uma diminuição dos casos encaminhados para participação, bem como uma mudança na visão de muitos dos participantes em questões pessoais, familiares e sociais. Além disso, auxiliou-se na promoção de ações de saúde e encaminhamentos as Unidades de Saúde do município, as quais atuaram como suporte no atendimento quando solicitado.

Descritores: Violência doméstica; enfermagem; comunidade.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil afirma, em seu artigo 1º, que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são os principais fundamentos do Estado brasileiro. Em toda a história do Sistema Único de Saúde (SUS), são inúmeros os avanços no que tange o combate a violência doméstica e familiar, em seus mais diversos elos. Embora ainda se tenha muito enfoque em doenças, são muitas as demandas de saúde que emergem uma atenção especial.

Um dos passos concretos mais recentes para o enfrentamento a violência, diz respeito ao atendimento à mulher vítima de relação sexual não consentida, regulamentada através da Lei Federal nº 12.845 de 01 de agosto de 2013. Nela, fica explícita a importância da capacitação profissional e do atendimento multidisciplinar completo e eficaz a vítima, promovendo orientações e métodos profiláticos efetivos. O fortalecimento da Central de Atendimento à Mulher – 180, também desponta como um importante passo no combate as agressões domésticas.

O município de Medianeira localiza-se ao Oeste do Estado do Paraná, possuindo, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, uma população de 41.830 habitantes. Com um crescente aumento nos casos de violência doméstica e familiar observados, iniciou-se no mês de setembro do ano de 2014 o Grupo Reflexivo Masculino. Este projeto é constituído através de uma parceria entre a Promotoria

de Justiça, o Tribunal de Justiça e a Secretaria Municipal de Saúde do referido município e está vigente até o momento, sendo que cerca de 300 (trezentos) homens já passaram pelas sessões; destes, 13 (treze) foram reincidentes.

O grupo visa desenvolver um trabalho voltado ao diálogo, onde os agressores são os protagonistas das ações. Eles ingressam no Grupo Reflexivo por meio de sentença provida do Poder Judiciário, que encaminha até a Secretaria de Saúde o autor da agressão para realizar o cadastramento (anexo I) e acolhimento para então iniciar as sessões, promovidas quinzenalmente, com duração de 01 (uma) hora.

Geralmente, os denunciados são sentenciados a cumprir 10 (dez) sessões dentro das atividades propostas pela coordenação do grupo. Cabe a Secretaria de Saúde informar à Promotoria de Justiça acerca da participação dos mesmos, que se dá mediante a assinatura da lista de presença (anexo II). São comunicadas ao Poder Judiciário as situações ocorrentes com cada constituinte, como a conclusão de participação nas sessões determinadas, falta por mais de cinco sessões consecutivas que acarreta na exclusão do grupo (fato ocorrente com 69 participantes) e demais informações que se julgarem pertinentes.

Dentre os diversos assuntos que são abordados, destaca-se que o grupo não trata apenas de questões da agressão. Busca, em cada sessão, promover um método que seja eficaz na redução dos danos causados pela situação (seja ela de violência física, verbal, sexual), ofertando um ambiente aberto de diálogo, trocas de experiências e de promoção à saúde. Em muitos casos, os agressores ainda convivem com a denunciante, o que faz com que o papel do grupo seja ainda mais importante: restaurar o diálogo e a compreensão no relacionamento, procurando através do que se é promovido e ofertado na sessão, gerar uma reflexão e uma mudança de comportamento.

Participam como apoiadores e parceiros das ações do Grupo Reflexivo diversos profissionais da área da saúde, como Médicos das mais diversas especialidades, Nutricionista, Assistente Social e Psicóloga, tendo como coordenação atual do Grupo Reflexivo um graduando do curso de Enfermagem e servidor da Secretaria de Saúde. São convidados também, servidores do poder judiciário que comparecem para as palestras de acordo com a disponibilidade de suas tarefas.

Com muita resistência por parte dos homens em ter que participar do grupo, conflitos acabavam sendo gerados durante as sessões, principalmente quando o assunto girava em torno da Lei Maria da Penha. Aspectos relativos a violência eram trazidos e por muitas vezes não se conseguia dar continuidade a atividade, em vista da oposição que os participantes tinham em falar e elucidar o assunto. O intuito do grupo segue sendo o de conscientizar acerca da violência doméstica e familiar, auxiliar na reinserção do indivíduo no seu cotidiano habitual e promover uma reestruturação no ambiente em que o participante está inserido.

METODOLOGIA

A partir do ano de 2017, alterou-se a linha guia de trabalho no grupo: pensou-se em atividades mais lúdicas, orientações e explicações com o intuito de promover saúde, atividades educativas de prevenção e rodas de conversa que buscam entender o pensamento do participante. Foram realizadas diversas atividades, onde sempre se procura deixar o integrante a vontade para conversar e expor seus sentimentos, seus conflitos interiores e suas ideias.

A temática central figurou então para o bem-estar do denunciado, sua família e seu grupo de convívio (social). Questões como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Tabagismo, Sobrepeso, Alimentação Saudável e Exercícios Físicos foram discutidos, associados a assuntos gerais do cotidiano. Trabalhou-se pontos como o maio amarelo, que

é uma campanha alusiva aos problemas enfrentados no trânsito e também o agosto azul, instituído no Estado do Paraná como mês dedicado a intensificação da saúde do homem.

Foram levados aos encontros materiais para a realização do Hemoglicoteste (Teste de Glicemia), realização de Aferição de Pressão Arterial e de peso. Neste momento, mesmo que ocorrendo de forma espontânea, constatou-se que muitos dos presentes não faziam acompanhamento regular de saúde, tendo por exemplo um dos participantes, que se encontrava hipertenso na aferição e foi encaminhado diretamente para a sua Unidade Básica de Saúde de referência, para estabilização, controle e posterior acompanhamentos dos profissionais da equipe.

Oportunizou-se a todos os participantes conhecer a rede municipal de saúde, sendo que diversos servidores municipais participaram das sessões: coordenação da Unidade de Pronto Atendimento 24hrs; Centro de Atenção Psicossocial e Atenção Básica. Dicas de primeiros socorros, explicações sobre quando se deve buscar a unidade de saúde e quando se deve procurar a unidade de pronto atendimento também foram temas abordados. Foram ofertadas também, conversas abertas acerca da violência em suas mais diversas especificidades, além de discussões sobre o uso de substâncias como o álcool e outras drogas.

A conversa, o diálogo e a troca de experiências despontaram como os fatores determinantes para a diminuição dos atritos gerados entre os participantes. Ouvi-los nas suas mais diversas colocações tornaram-se imprescindíveis para que o andamento das ações propostas nas reuniões fossem exitosas. O uso de multimídia e de material impresso intercalavam de acordo com a necessidade que o tema exposto trazia.

Salienta-se que não fora deixado de lado o real motivo pelo qual o participante ingressou no Grupo Reflexivo, apenas mudou-se a forma como que as questões eram abordadas. Procurou-se criar um ambiente mais acolhedor, menos técnico e mais simples, trazendo mais confiança para que o participante pudesse expor suas ideias e seus pensamentos. Todos tinham clareza das suas obrigações e sabiam o porquê estavam ali.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a sessão do dia 04 de abril de 2018, aplicou-se aos participantes da reunião um questionário (anexo III) constando questões divididas em dois blocos: o primeiro apontava dados pessoais e o segundo dados referentes a participação no grupo reflexivo. Os mesmos tiveram o tempo da sessão (01 hora) para responder as mesmas, solicitando explicações e apoio quando houvesse dúvidas.

Com o resultado do questionário aplicado em mãos da coordenação do Grupo Reflexivo, alguns dados despontaram como pertinentes: dos 14 participantes, apenas 02 estavam comparecendo pela primeira vez as sessões, o que já serviu como base para avaliação da resolutividade do grupo.

Avaliando em percentuais, foram observados dados que tangem o estado civil, escolaridade, se possuem atividade laboral e filhos. 50% dos entrevistados estão em união estável ou são casados; 86% possuem emprego e 7% desempregado; 86% possuem filhos e, de todos os 14 participantes, 64% possuem Ensino Médio completo – nenhum com Ensino Superior completo.

No segundo momento, procuramos respostas acerca da participação no Grupo Reflexivo, principalmente sobre as rodas de conversa que são promovidas nas atividades. Os entrevistados aceitaram responder as questões, desde que fossem preservadas as suas identidades.

Respondendo ao que havido sido solicitado, o participante que estava em sua segunda sessão, descreveu que *“a participação no Grupo Reflexivo é bom para debater os ocorridos de cada um e que durante a sessão, se pensa mais sobre algumas situações”*.

Já para o participante que estava em sua sexta sessão, destacou que o grupo “*fez entender que a família é o alicerce do homem*” e que a palavra reflexão “*faz entender que é necessário analisar, pensar...*”. O participante da oitava sessão relatou que a participação “*o faz refletir melhor no dia a dia, sendo esta experiência um aprendizado*”. Frases como “*não cometer o mesmo erro*” foram elencadas por vários participantes.

Questionados sobre o que entendem por família, os entrevistados foram diretos em dizer que “*deve ser unida*”, que ela “*é tudo na vida de um homem*” e que é “*o nosso lar, lugar onde deve-se ter paz e união*”. 36% dos entrevistados relataram que por muitas vezes são estressados, os outros 64% consideram-se tranquilos.

Solicitamos, como última questão, que fossem feitos comentários sobre o Grupo Reflexivo Masculino em um contexto geral. Obtivemos respostas positivas, como o participante que estava em sua quarta sessão, que diz “*muito bom e importante, gosto de vir e aprender a cada encontro o verdadeiro sentido da vida*”; outro participante julgou importante a participação, pois “*traz uma realidade que reflete no dia a dia*”. Em sua quinta sessão, o participante relatou que “*é muito bom, tornou-se outra pessoa*”.

Ao final do questionário, embora de início achado simples, os entrevistados mostraram-se contentes em apresentar sua opinião mais uma vez. Puderam, sem identificar-se, falar um pouco dos seus sentimentos, que por vezes, nas conversas abertas do grupo, não eram demonstrados por medo e receio.

CONCLUSÃO

O Enfermeiro tem um papel de destaque na saúde pública, estando presente em praticamente todos os setores e exercendo o seu papel de administrador e assistente de forma comumente. Em diversos locais, é este o profissional que acolhe, ouve, orienta e toma decisões precisas e necessárias de acordo com a situação a qual foi exposto.

No que diz respeito a violência doméstica e familiar, não é diferente. A Lei Maria da Penha diz em seu Inciso I, que a área de saúde deve estar integrada com as demais áreas no enfrentamento a violência, e em seu Inciso VI, fala sobre a promoção de programas de erradicação da violência. Sendo por natureza um profissional que busca o bem-estar e a promoção de saúde, o Enfermeiro atua como ferramenta nessa engrenagem que é intervir com ações voltadas ao combate, diminuição e cessar dos casos de violência.

O Grupo Reflexivo mostrou-se eficaz quando se percebeu a diminuição de participantes no decorrer dos seus quatro anos. Outro fator que pode ser levado em consideração são os relatos trazidos pelos homens que foram entrevistados, onde em sua maioria, esboçaram contentamento em participar das sessões.

Embora ainda seja um assunto que caminha a passos curtos na área da saúde e que por vezes é visto apenas como um problema judicial ou social, falar de violência em suas totalidades e associa-las a saúde é de extrema importância. É necessário o trabalho em rede, em conjunto, em sintonia. É preciso debater, conscientizar e informar a toda nossa comunidade sobre os canais de apoio e ajuda quando se há riscos e vulnerabilidades.

Por natureza, o Enfermeiro educa ajudando, orientando e mostrando, sendo que uma simples escuta pode fazer com que o rumo de qualquer história mude. Acolher sem preconceitos e pré-conceitos é de suma importância na construção de um trabalho humanizado, capaz de suprir a esta demanda que também é um fator de saúde, reduzindo os danos que podem ser irreversíveis ou até fatais.

ANEXO III – QUESTIONÁRIO

DADOS PESSOAIS:

Iniciais do nome: _____ Data de Nascimento ____/____/____

Idade: _____ Bairro de Residência: _____

Estado civil: () solteiro () casado () união estável () divorciado () outros

Filhos: () não () sim, quantos? _____

Moradia: () própria () alugada () cedida () outros

Emprego: () registrado () autônomo () aposentado () desempregado

Escolaridade: () Fundamental () Médio () Superior () Incompleto

DADOS DO GRUPO:

Sessões frequentadas _____. Já havia participado outra vez? () sim () não

Reside ou possui contato com a / o denunciante? () sim () não

Qual é o grau de parentesco com a / o denunciante? _____

Chegou a ficar em regime fechado? () não () sim. Quanto tempo? _____

Como você vê a “Lei Maria da Penha”?

O que você acha sobre a participação no Grupo Reflexivo?

O que você entende por Grupo?

O que você entende da palavra Reflexão?

Quais mudanças ocorreram em sua vida durante a participação no Grupo Reflexivo?

Quais temas você julga importante serem abordados?

Quais os temas que você julga que não devem ser abordados?

Você julga importante e necessário conversar acerca da história de cada participante no Grupo? Por que?

Você tem conhecimento do por quê participa do Grupo Reflexivo?

Você utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS)? () não () sim. Frequência: _____

O que entendes por família?

Você se considera: () tranquilo () estressado () irritado () as vezes estressado

Faça um comentário geral sobre o grupo e as ações que conversamos e que já foram conversadas:

Medianeira, ____ de _____ de 20____.

Derdried Athanasio Johann

Enfermeira
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Mestre em Enfermagem (UFPR)
Especialista em Gestão Pública
Instituição: Instituto Federal do Paraná (IFPR)
Curitiba-PR

Guilherme Parreira da Silva

Estatístico
Mestrando em Métodos Numéricos (UFPR)
Curitiba-PR

Talita Ferreira Turatti do Carvalhal

Fisioterapeuta
Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória
Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS)
Curitiba-PR

Clovis Cechinel

Médico Geriatra
Especialista em Medicina do Trabalho pela Associação Médica
Mestre em Enfermagem (UFPR)
Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS)
Curitiba-PR

Marcelo Costa Benatto

Psicólogo
Mestre em Psicologia Clínica (UFPR)
Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS)
Curitiba-PR

RESUMO

Objetivo: analisar a satisfação profissional de servidores lotados em um Serviço de Atenção Domiciliar. **Método:** pesquisa exploratória, de desenho antes e depois, caráter quantitativo, realizada com profissionais de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), localizado em uma capital da região Sul do país. A coleta de dados deu-se durante a ocorrência dos Fóruns Gerencias, em junho de 2017 (fase antes) e março de 2018 (fase depois), por meio de um questionário composto de 22 questões, subdivididas em cinco dimensões. A análise estatística compreendeu os testes t de Student e U de Mann-Whitney, correlação de Pearson e um modelo de regressão logística ordinal, realizados por meio do software R Core Team (versão 2017). **Resultados:** 132 questionários foram respondidos pelos servidores, sendo 72 na fase antes e 60 depois. O perfil dos funcionários indicou maioria de mulheres, estado civil casado, acima dos 30 anos de idade, ensino superior completo e atuação no SAD de quatro a seis anos. A média geral de satisfação foi de 3,57 (antes) e 3,62 (depois), indicando indiferença. Apesar disso, houve alta variabilidade de valores e as dimensões correlacionaram-se positivamente. No íterim entre as aplicações dos questionários, a gestão propiciou cursos, reuniões e participação em eventos. **Considerações finais:** a satisfação profissional dos servidores do SAD foi indiferente nos dois momentos, mas as dimensões se correlacionam de forma positiva.

Descritores: Satisfação no emprego; Equipe de assistência ao paciente; Serviços de assistência domiciliar.

INTRODUÇÃO

Há muito tempo a satisfação no trabalho vem sendo pesquisada com vistas à melhoria das condições econômicas, ergonômicas e da qualidade de vida. Acredita-se que satisfação profissional possibilita melhores resultados para os indivíduos e instituições. A comunidade científica apontou como prioridade de pesquisa, a satisfação no trabalho, dado à importância do tema, atribuído desde o século XX, no qual foi considerada como etapa do processo de motivação e relacionada ao desempenho e aumento da produtividade⁽¹⁻²⁾.

Na década de 1980, duas linhas de entendimento caracterizavam a satisfação profissional: fatores psicológicos (percepção de concretização de valores pessoais) e relativos ao ambiente de trabalho (reconhecimento, tamanho da equipe, autonomia e instalações adequadas); já na década de 1990, o conceito foi ampliado a um construto complexo, composto por fatores objetivos e subjetivos (natureza e nível de autonomia, autoridade e responsabilidade, reconhecimento, recompensa, satisfação pessoal com o trabalho executado e perspectiva de crescimento na carreira)⁽³⁾.

As pesquisas referentes à satisfação no trabalho surgem dos questionamentos propostos a fim de esclarecer o comportamento dos indivíduos no trabalho e na expectativa de suprir suas necessidades nas instituições. Assim, a percepção de satisfação de um indivíduo, frente à uma organização, se daria na coerência entre o trabalho executado e os benefícios oferecidos pela instituição, na existência de um sentimento de justiça⁽⁴⁾. Este tema é atemporal e sua compreensão para uma boa gestão organizacional é fundamental. Entretanto, por ser compreendida de formas diversas por cada indivíduo, teoricamente não há definição exata ou consenso em relação à satisfação profissional⁽²⁻³⁾.

Especificamente, em organizações da área da saúde, a atitude positiva e responsabilidade dos trabalhadores (pertencentes à instituição) determinam a qualidade dos serviços prestados aos usuários e conseqüentemente melhoram a imagem da organização. Entretanto, para a ocorrência desses fatores há a necessidade de valorização por parte da gestão, entendimento da importância do trabalho efetuado e treinamentos contínuos⁽²⁻³⁾. O relacionamento amistoso entre colegas e a confiança em superiores caracterizam um bom ambiente de trabalho; essa confiança (nutrida pela efetiva comunicação interna, clareza na missão e nos objetivos da instituição e respeito aos profissionais) pode evitar sobrecarga física e mental no trabalho, oferecendo segurança no trabalho⁽³⁾. Ademais, investir em capacitações, estabelecer comunicação clara entre os profissionais, promover um ambiente de trabalho imparcial e justo, bem como estimular um relacionamento saudável entre os colaboradores são caminhos para a satisfação profissional⁽³⁾.

Diante desse contexto, objetivou-se analisar a satisfação profissional de servidores lotados em um Serviço de Atenção Domiciliar. Pesquisadores traduziram, adaptaram, validaram e utilizaram no Brasil a Escala de Satisfação Profissional (EST) no intuito de analisarem a satisfação no trabalho de funcionários. A EST é composta por um questionário de questões fechadas, a serem respondidas pelos participantes, por meio de uma escala de *likert*, objetivando a mensuração do grau de satisfação no trabalho, a qual foi utilizada nessa pesquisa com a mesma finalidade. As questões estão vinculadas a cinco dimensões do trabalho, a saber: satisfação com colegas, salário, chefia, natureza do trabalho e promoções^(1-3,5-11).

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória de desenho antes e depois. Realizada em um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), sito em uma capital da região Sul do Brasil. Compreendeu o período de 2017 a 2018, mediante duas coletas de dados, sendo a primeira em junho de 2017 e a segunda em março de 2018. Os participantes foram os servidores lotados no SAD, que estiveram presentes nos Fóruns Gerenciais (FG). Excluiu-se da coleta de dados os servidores ausentes nos FG por absenteísmos. Ressalta-se que a totalidade dos servidores presentes aceitou participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam ao questionário. O SAD é integrante do Programa Melhor em Casa, instituído nacionalmente em 2011; na capital referida é composto por dez Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD – tipo 1) e três Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Os FG são reuniões realizadas pela gestão do SAD, com a finalidade de repasse de informações, *feedback* de atendimentos realizados e discussão sobre resultados obtidos dos cuidados prestados pelas equipes de saúde.

Para traçar o perfil sociodemográfico dos participantes, utilizou-se os arquivos físicos, nos quais estão armazenadas as fichas funcionais de cada servidor do SAD; essa coleta foi realizada pelos pesquisadores, em março de 2018 e os dados foram armazenados e tabulados em planilhas eletrônicas do software Excel®. As variáveis abrangeram: sexo, idade, estado civil, profissão, escolaridade e tempo de trabalho no SAD.

A escala utilizada para analisar a satisfação no trabalho foi a EST, a qual compreende 22 questões, subdividas em cinco dimensões, como demonstrado no Quadro 1⁽⁸⁾. Os participantes puderam responder ao questionário, por meio de escala de *likert*, atribuindo notas de um a seis para cada item, as quais correspondem ao nível de satisfação, a saber: nota de 1 a 2,9 refere-se à insatisfação; de 3 a 4,9 indiferença; e entre 5 e 6 satisfação.

Quadro 1 - Características da EST

Dimensões de Satisfação	Definições	Itens
Satisfação com os colegas	Contentamento com a colaboração, amizade, confiança e relacionamento mantido com colegas de trabalho.	1, 2, 13 e 18
Satisfação com o salário	Contentamento com salário recebido comparado à carga laboral, capacidade profissional, custo de vida e esforços feitos na realização do trabalho.	5, 7, 19 e 21
Satisfação com a chefia	Contentamento com a organização e capacidade profissional do chefe, interesse pelo trabalho dos subordinados e entendimento entre eles.	3, 8, 9, 10 e 16
Satisfação com a natureza do trabalho	Contentamento com o interesse despertado pelas tarefas, capacidade de absorção do trabalhador e variedade das mesmas.	4, 11, 15, 17 e 20
Satisfação com as promoções	Contentamento com o número de vezes que já recebeu promoções, garantias oferecidas a quem é promovido, maneira da empresa realizar promoções e tempo de espera pela promoção.	6, 12, 14 e 22

Fonte: Adaptado de Siqueira (2008)⁽⁸⁾.

A satisfação dos funcionários foi mensurada em dois momentos durante os FG. Em junho de 2017 aplicou-se o questionário pela primeira vez (fase antes) aos servidores presentes e em março de 2018, a segunda vez (fase depois). No intuito de aumentar o nível de satisfação profissional, propôs-se a realização de: 1) atividades de educação continuada e em serviço, a fim de consolidar conhecimentos específicos de atuação; 2) reuniões

gerenciais de planejamento dos cuidados a serem prestados no domicílio; 3) estimular a participação em eventos acadêmicos e científicos, que agregassem na prática profissional.

A análise estatística dos dados sociodemográficos foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central (média, mediana, máximo e mínimo) para a variável idade. Com relação à satisfação, a análise foi realizada no Software R Core Team, versão 2017. Nas duas fases (antes e depois), calculou-se uma média geral de satisfação (22 itens respondidos) e outra média para cada uma das cinco dimensões propostas; aplicou-se os testes t de *Student*, U de *Mann-Whitney* para verificar diferenças entre as médias; utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar a relação entre as dimensões; e um modelo de regressão logística ordinal para cada uma das 22 questões respondidas.

Todos os preceitos éticos de pesquisa relacionada a seres humanos foram respeitados, mediante aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer número 1.703.363. Declara-se não haver conflitos de interesse.

RESULTADOS

Os participantes da pesquisa totalizaram 132 questionários respondidos, sendo 72 na primeira etapa (fase antes) e 60 na segunda (fase depois). O perfil sociodemográfico contemplou os servidores que continham informações em suas fichas funcionais. A maioria dos profissionais do SAD era do sexo feminino (83,05%; n=49), idade média de 36,85 anos (SD±8,17), estado civil casado (44,07%; n=26), ensino superior completo (47,46%; n=28), concursados para o cargo técnico em enfermagem (47,46; n=28%) e trabalham de quatro a seis anos (64,41%; n=38) no serviço (Tabela 01).

Tabela 01 – Dados sociodemográficos dos profissionais atuantes no SAD.

Variáveis	n / média	% / Desvio Padrão (SD)
Sexo		
Feminino	49	83,05
Masculino	10	16,95
Idade (anos)	36,85	±8,17
Estado civil		
Casado	26	44,07
Solteiro	23	38,98
Divorciado	3	5,08
Viúvo	1	1,69
União estável	1	1,69
Não informado	5	8,47
Escolaridade		
Ensino médio completo	26	44,07
Superior incompleto	1	1,69
Superior completo	28	47,46
Pós-Graduação	4	6,78
Profissão		
Assistente administrativo	1	1,69
Técnico em enfermagem	28	47,46
Médico	12	20,34
Fisioterapeuta	9	15,25
Enfermeiro	6	10,17
Farmacêutico	1	1,69
Nutricionista	1	1,69
Assistente Social	1	1,69
Tempo de atuação no SAD		
0-3 anos	21	35,59
4-6 anos	38	64,41

Após a aplicação do questionário durante o FG (fase antes), realizou-se atividades que promovessem a satisfação profissional. Assim, desenvolveu-se:

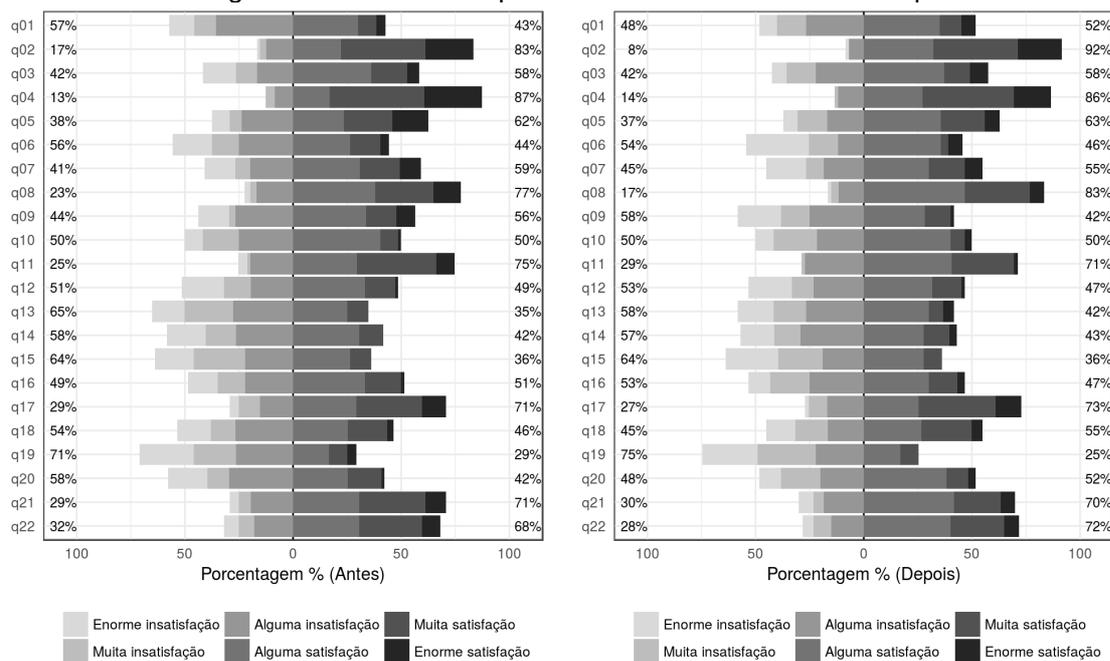
1) Atividades de educação continuada e em serviço – a fim de consolidar conhecimentos específicos de atuação foram realizados dois cursos, sobre as temáticas Cuidados Paliativos não oncológicos (duração de 20 horas) e outro Projeto Terapêutico Singular (seis horas). Os cursos foram direcionados a todos os profissionais, ocorreram na modalidade presencial, no próprio local de trabalho. A participação foi de aproximadamente 58% dos profissionais atuantes no SAD.

2) Reuniões gerenciais – realizou-se dois fóruns gerenciais, em intervalos aproximados de quatro meses, nos quais os servidores obtiveram relatos sobre os indicadores do serviço e duraram em média duas horas e trinta minutos cada. Também incentivou-se que os profissionais realizassem reuniões semanais de planejamento de cuidados, a fim de traçar projetos terapêuticos aos pacientes assistidos pelo SAD, com maior nível de complexidade clínica. Para êxito nessa atividade, a gestão disponibilizou local, material e tempo de recursos humanos. Ressalta-se que cinco equipes participaram efetivamente das reuniões.

3) Participação em eventos acadêmicos e científicos – a gestão oportunizou a servidores específicos (escolhidos subjetivamente por serem a melhor representação da categoria, por interesse, perfil e/ou pela melhor organização do serviço), a participação em quatro eventos científicos, os quais tinham como temas principais a Atenção Domiciliar, Cuidados Paliativos e Idosos. Houve também a presença de servidores em quatro visitas institucionais, a fim de contemplarem modelos de Atenção Domiciliar em diferentes municípios.

Assim, aplicou-se novamente o questionário durante o FG (fase depois) em março de 2018. O gráfico 1 demonstra as proporções atingidas por cada questão do questionário nos dois momentos (antes e depois), embasado na escala de *likert*. Notou-se uma redução da satisfação em dez questões, o índice foi igual em três questões e em nove delas aumentou-se a porcentagem de satisfação. De modo geral, a satisfação não apresentou alterações significativas após as intervenções realizadas ($p=0,78$; teste t de Student). Entretanto, para a questão nove, a média no momento antes foi de 1,95 vezes que no momento depois, ou seja, sua satisfação piorou com relação ao modo de se relacionar com a chefia ($p=0,0358$; IC [1,049 ; 3,647]). Notou-se que a questão 19 foi mais mal avaliada nos momentos antes e depois, com 71% e 75% de respostas negativas, respectivamente; essa questão refere-se à relação existente entre o salário e a responsabilidade do trabalho. As respostas mais positivas com relação à satisfação foram a quatro (fase antes; 87%) e a dois (fase depois; 92%), as quais correspondem ao conteúdo do trabalho executado e o relacionamento com colegas da instituição.

Gráfico 1 – Porcentagens relacionadas às questões nos momentos antes e depois.



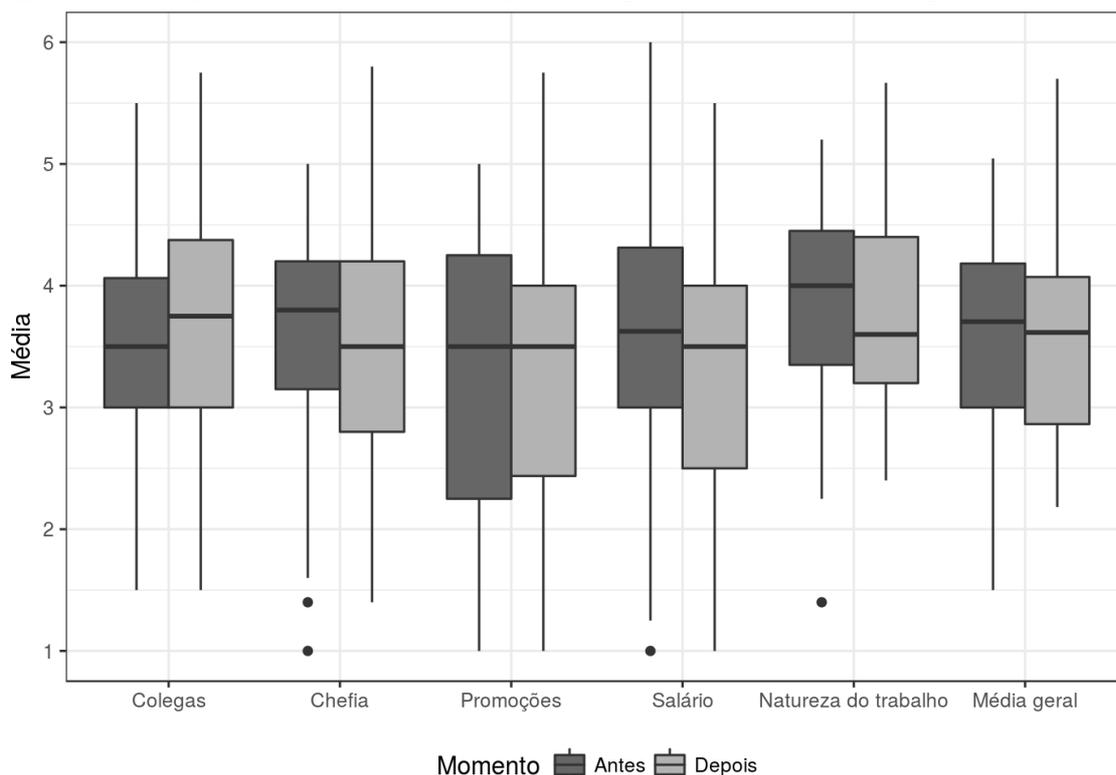
Ao avaliar o nível de satisfação, considerando-se as dimensões, houve similaridades entre as médias obtidas; não houve relações significativas entre as fases (Tabela 2). A variação entre os valores representados pela média geral e dimensões foi ilustrada na Figura 2 e apontou indiferença à satisfação (valores entre 3 a 4,9). Ressaltou-se maioria de médias e medianas próximas de valores entre três (alguma insatisfação) e quatro (alguma satisfação). Ainda, apontou-se valores mínimos igual a um para algumas dimensões (enorme insatisfação), bem como valor máximo igual a seis demonstrando enorme satisfação. Tais resultados mostram alta variabilidade para as dimensões. A partir disso, verificou-se a correlação positiva ($p < 0,0001$; correlação de Pearson) entre a média e as dimensões, sendo a maior relacionando a média geral e a dimensão natureza do trabalho ($r = 0,87$) e a menor entre as dimensões salário e colegas de trabalho ($r = 0,45$).

Tabela 2 – Dados descritivos e relações entre as fases antes e depois.

Dimensões	Antes					Depois					Valor-p
	Média	SD	Med	Min	Max	Média	SD	Med	Min	Max	
Salário	3.61	1.07	3.62	1	6	3.39	1.02	3.5	1	5.5	0.2380*
Colegas	3.52	0.88	3.5	1.5	5.5	3.67	0.93	3.75	1.5	5.75	0.3422*
Chefia	3.56	0.92	3.8	1	5	3.47	0.94	3.5	1.4	5.8	0.4108**
Natureza do trabalho	3.8	0.81	4	1.4	5.2	3.79	0.72	3.6	2.4	5.67	0.5980**
Promoções	3.32	1.07	3.5	1	5	3.3	1.12	3.5	1	5.75	0.8347**
Média geral	3.57	0.79	3.7	1.5	5.05	3.54	0.79	3.62	2.18	5.7	0.5432**

Legenda: *teste t de Student; **teste U de Mann-Whitney; SD=desvio padrão; Med=mediana; Min=mínimo; Max= Máximo.

Figura 2 – Variação de valores obtidos no geral e segundo as dimensões categorizadas.



DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico encontrado nessa pesquisa corrobora com estudos relacionados à satisfação profissional, os quais contemplam amostras semelhantes, tanto na área de saúde como em outras áreas pesquisadas. Destaque para maioria da amostra com médias de idade de 30 anos ou mais, estado civil casado e tempo de serviço acima de quatro anos similares aos achados nessa pesquisa em diversos estudos^(1-2,12).

Em relação às atividades para estímulo ou melhoria da satisfação profissional, o investimento em educação dos profissionais foi um item abordado em outros estudos. Estudo que relaciona a satisfação ao desempenho no trabalho na área de saúde relata a importância dada pelo profissional quanto à essência de suas funções, entretanto destaca que deve haver muito conhecimento e habilidades, índice com 93,8% de concordância⁽¹³⁾. Outro estudo apontou algumas estratégias para melhorar o nível de satisfação das equipes atuantes, entre elas, destacam-se: aumentar a oferta de capacitações e treinamentos internos e externos para a equipe; fomentar o aperfeiçoamento profissional, por meio de plano de carreira; e promover maior integração da equipe. Os autores acreditam que o aumento na EST atrairá talentos para a equipe, aprimorar a qualidade dos profissionais que a compõe, bem como, aumento do grau de comprometimento dos colaboradores com o resultado da empresa⁽⁹⁾. O investimento em capacitações, educação permanente e qualificação profissional é fundamental na área da saúde, pois é importante que o profissional tenha conhecimento acerca de movimento e políticas que embasam suas práticas⁽¹⁴⁾. Gestores locais, estaduais e nacionais devem investir em capacitação e educação permanente de modo primordial e estratégico, focando nos municípios, mas atingindo conseqüentemente o país todo⁽¹⁵⁾. A reflexão sobre cursos advindos das demandas profissionais, embasados em novas tecnologias e recursos educacionais, é retratada em dois estudos; destacam que o aprendizado efetivo e baseado em problemas reais tende a tornar o processo educacional produtivo, frutífero, além dos profissionais

ofertarem um cuidado de qualidade no domicílio das pessoas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Outro autor relata que a educação deve ser interprofissional e introduzida na formação acadêmica, para que facilite o trabalho multi e interdisciplinar das equipes⁽¹⁸⁾.

Para essa pesquisa, a satisfação foi classificada como indiferente, sem relações significativas entre as médias da fase antes e depois. Na maioria das questões, para a fase depois, houve uma redução das porcentagens de satisfações. Outros estudos também apresentam a indiferença relacionada à satisfação no trabalho de modo generalista, não sendo verificada nenhuma dimensão indicando a satisfação^(1,9). Divergentemente aos achados dessa pesquisa, estudo aponta insatisfação da equipe de trabalho e as causas relacionaram-se à falta de reconhecimento da profissão, dificuldades de interação e baixa remuneração⁽¹⁹⁾. O oposto também está presente na literatura e indica sentimentos de satisfação e realização profissional, principalmente no que tange autonomia profissional associada à responsabilidade, criatividade e a possibilidade de promoção do desenvolvimento social, bem como ampliação das oportunidades de participação ativa e participativa dos indivíduos no processo saúde doença, partindo-se do pressuposto de valoração dos indivíduos e famílias como protagonistas de suas histórias^(11,20).

Para esta pesquisa, o modo de se relacionar com a chefia piorou com relação à fase antes. Essa afirmação corrobora com estudo que concluiu que há limitações referentes à instituição e gestão no concernente à tomada de decisão, mediante índice de 72,2% de concordância nesse quesito⁽¹³⁾. Referindo-se aos vínculos com a organização, revela-se o enfraquecimento destes, pela ausência de suporte e reciprocidade organizacional, prejudicando diretamente sua consolidação⁽¹⁴⁾. Outros fatores de descontentamento presentes na literatura referem-se à precárias condições de trabalho, falta de reconhecimento profissional e insumos de trabalho que dificultam a dinâmica institucional. Além desses, a equivalência entre o número de profissionais e o quantitativo de pacientes atendidos é irregular, tornando os profissionais sobrecarregados e com acúmulo de funções⁽¹⁴⁾. Assim, a existência da sobrecarga de trabalho e a remuneração inadequada podem favorecer fatores de estresse presentes na dinâmica de trabalho e prejudicar o desenvolvimento das práticas profissionais⁽¹⁵⁾. Viabilizar boas condições de trabalho para o estabelecimento de bons vínculos organizacionais, pautados na identificação e no compromisso com o trabalho, e o reconhecimento profissional tende a possibilitar melhores desempenhos e condutas coerentes com o contexto de trabalho⁽¹⁴⁾. Mudanças na organização do trabalho a fim de promover uma gestão participativa, com o objetivo de propiciar a todos os profissionais a interação em atividades de criação e implantação de novos projetos foram citados como forma de melhoria⁽²¹⁾.

A compatibilidade entre o salário e a responsabilidade do trabalho foi a questão mais mal avaliada do questionário nas duas fases. Em relação ao componente remuneração, os profissionais expressaram satisfação (79,2% de concordância entre os funcionários) com seu salário atual em comparação à outras instituições, mas gostariam de um reajuste salarial (69,4% de concordância)⁽¹³⁾. O descontentamento com o salário líquido recebido foi percebido por 65% dos funcionários⁽²¹⁾.

Resultados positivos referiram-se ao conteúdo do trabalho executado, o qual foi apontado mediante 80,6% de concordância, a satisfação pelo trabalho executado, mas a burocracia e processos administrativos reduzem o tempo efetivo com o paciente⁽¹³⁾. A atitude de recorrer aos colegas ou superiores em razão de dificuldades apresentadas revelou um envolvimento com o trabalho, mas não o comprometimento com a instituição, pois os funcionários não sentem-se estimulados a ultrapassar o limite referente à sua função, tornando ineficaz a atuação da equipe multidisciplinar⁽¹⁴⁾.

O relacionamento entre os colegas também foi uma das questões melhor avaliadas nas duas fases de pesquisa. Essa afirmação corrobora com estudo que apontou que o diálogo é uma alternativa para resolução de diversas situações de trabalho, bem como o

tempo de serviço e envolvimento profissional atuam diretamente no comprometimento organizacional⁽¹⁴⁾.

Considerando-se as dimensões avaliadas, de modo geral a indiferença à satisfação ficou evidente, mas foi alta a variabilidade de médias para as dimensões, bem como sua correlação foi positiva. As dimensões correlacionadas positivamente, ou seja, a similaridade entre as respostas dos profissionais indicou que a satisfação no trabalho parece não estar relacionada a uma única dimensão, mas sim no conjunto delas. Notou-se satisfação na avaliação das dimensões associadas à qualidade do local de trabalho, à política de recursos humanos, aos órgãos de gestão e de política, aos recursos humanos existentes, ao estado de espírito, aos recursos tecnológicos e financeiros, ao vencimento, à qualidade na prestação de cuidados e à melhoria contínua da qualidade⁽¹²⁾. Outros resultados apontam satisfação profissional relacionada à dimensão colegas de trabalho (índice de 5,4) e indiferença com as dimensões salário (4,74), chefia (4,89), natureza do trabalho (4,97) e promoções (4,71)⁽⁹⁾. Convergentemente aos achados dessa pesquisa, três das dimensões (satisfação com os colegas, chefia e natureza do trabalho) foram avaliadas como indiferentes, mas opostamente duas dimensões (satisfação com o salário e promoções), relacionadas entre si, foram consideradas insatisfatórias⁽¹⁾.

Diante desse contexto, ressalta-se a atenção especial em relação ao nível de satisfação profissional, estimulando a gestão e ou instituição a refletir via políticas de gestão de pessoas que possam ser mais efetivas na direção de proporcionar maior nível de satisfação para os profissionais, atores fundamentais no sucesso de qualquer organização⁽¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A satisfação profissional dos servidores do SAD foi indiferente nos dois momentos, mas as dimensões se correlacionam de forma positiva. Sugere-se a implantação de outras metodologias, bem como consultas recorrentes aos profissionais para aumentar o nível de satisfação profissional, embasadas em estudos similares e pesquisas de campo.

REFERÊNCIAS

1. Lima AJ, Zille LP, Soares MG. Um olhar sobre a satisfação no trabalho: estudo em organização multinacional do setor de usinagem no estado de Minas Gerais. *Gestão & Planejamento*. 2015;16(3):310-25.
2. Baliero SS, Borges LC. Satisfação no trabalho. *Anais do XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Área Temática Gestão Estratégica e Organizacional*. 2015:1-17.
3. Araújo CAS. O profissional da enfermagem e a criação de valores na saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016;29(4):III-IV.
4. Giauque D, Ritz A, Varone F, Anderfuhren-Biget S. Resigned but satisfied: the negative impact of public service motivation and red tape on work satisfaction. *Public Administration*. 2012;90(1):175-93.
5. Cooper CL, Sloan SJ, Williams S. *Occupational stress indicator guide*. Windsor, England: NFER-Nelson; 1988.
6. Cooper CL. The validity of their occupational stress indicator. *Work Stress*. 1990;4:29-39.

7. Swan JA, De Moraes RFL, Cooper LC. Developing the occupational stress indicator (OSI) for the use in Brazil: a report on the reliability and validity of the translated OSI. *Stress Medicine*. 1993;9:247-53.
8. SIQUEIRA MMM. Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto alegre: Ed. Artmed, 2008:344 p.
9. Santos LD, Bertolla A, Teixeira EB, Polacinski E, Patias J. Medindo a satisfação no trabalho de colaboradores de uma empresa Pet. *Revista Tecnológica*. 2017;6(1):192-211.
10. Barros Junior JC, Cesário M, Morraye MA, Paula Júnior JD. Avaliação de satisfação no trabalho em uma mineradora brasileira. *Investigação*. 2011;11:29-33.
11. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Marchiori MT, Koerich MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1151-57.
12. Passadouro R, Ferreira PL. Satisfação Profissional nas Unidades de Saúde Familiar da Região Centro. *Acta Med Port*. 2016;29(11):716-25.
13. Rigue AC, Dalmolin GL, Speroni KS, Bresolin JZ, Rigue AA. Satisfação profissional: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Cogitare Enferm*. 2016;21(3):1-9.
14. Alves HMC, Dourado LBR, Côrtes VNQ. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2965-75.
15. Donateli CP, Avelar PS, Einloft ABN, Cotta RMM, Costa GD. Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(10):3439-55.
16. Savassi LCM, Santos AO, Figueiredo AM, Zachi MLR, Bendo RR, Reis GVL. Ensinando a ensinar: estratégias da secretaria executiva da UNA-SUS e UNA-SUS UFOP em um curso a distância para apoio dos profissionais da atenção primária ao cuidador domiciliar. *Anais do 23º CIAED – Congresso Internacional ABED de Educação à Distância. Metodologias ativas e Tecnologias aplicadas à Educação*. 2017:1-10.
17. Savassi LCM, Mota LG, Beltrán LM, Hoffmann MCCL, Campos NVP. Curso autoinstrucional em saúde da pessoa idosa: especificidades de uma ação educacional para profissionais de níveis médio e técnico. *Anais do 23º CIAED – Congresso Internacional ABED de Educação à Distância. Metodologias ativas e Tecnologias aplicadas à Educação*. 2017:1-9.
18. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Comunicação Saúde Educação*. 2016;20(56):202-4.
19. Versa GLGS, Matsuda LM. Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino. *Rev enferm UERJ*. 2014;22(3):409-15.
20. Glanzner CH, Olschowski A, Hoffmann DA. Autonomia e criatividade no trabalho de equipes de saúde da família no Sul do Brasil. *Trabalho (En) Cena*. 2017;2(1):40-9.
21. Tambasco LP, Silva HS, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(NE):140-51.

Maristela Aparecida Magri

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP)
Docente do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva – SP, Brasil
maristela.magri@hotmail.com

Adriani Izabel de Souza Moraes

Enfermeira. Hospital Escola Padre Albino. Mestranda pela Universidade
Federal de São Carlos (UFSCAR), São Carlos- SP, Brasil

Tatiane Veteri Coneglian

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA)
Catanduva – SP, Brasil

Regina Célia Popim

Enfermeira. Professora Adjunta. Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP)
Departamento de Enfermagem, Botucatu - SP, Brasil

RESUMO

Introdução: A exposição acidental a material biológico por estudantes da área da saúde tem sido considerada preocupante pelos prejuízos que acarretam as instituições e aos alunos em campo de estágio. A ocorrência do acidente pode levar a transmissão de algumas doenças como Aids e hepatites B e C, por meio de exposições percutâneas, mucosas ou cutâneas. **Objetivo:** Apresentar a ocorrência de acidentes envolvendo material biológico entre graduandos de enfermagem de duas instituições de ensino superior, sendo uma pública e a outra privada. **Metodologia:** Estudo descritivo, realizado em duas instituições de ensino superior. Compuseram a amostra 61 graduandos. Utilizou-se como instrumento na coleta de dados um questionário abordando a ocorrência de acidentes com material biológico. Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2017. O estudo foi realizado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº1.851.415 e CAAE 62048516.1.0000.541. **Resultados:** Participaram do estudo 61 graduandos, sendo 42 de uma IES privada e 19 da pública. Da instituição privada, 53,6% sofreram acidente com material biológico: 31,7% com material perfurocortante e 21,9% respingos de sangue; enquanto que, na pública foram 36,8%: 26,3% material perfurocortante e 10,5% com respingos de sangue. **Conclusão:** Foi possível verificar que a ocorrência de acidentes envolvendo materiais biológicos ainda se faz presente durante a prática acadêmica em enfermagem, sendo mais prevalente acidentes com materiais perfurocortantes. Neste contexto, durante a graduação o tema de biossegurança deve ser abordado para que os alunos tenham uma cultura de prevencionista. **Contribuições e implicações para a enfermagem:** Refletir sobre a necessidade de discutir amplamente o fortalecimento do ensino quanto aos riscos aos quais os profissionais de saúde estão expostos desde sua formação e fornecer condições para que o acadêmico e futuro profissional tenha um olhar crítico das situações de risco e formas de prevenção.

Descritores: Estudantes de enfermagem, Acidentes de trabalho, Exposição a agentes biológicos.

INTRODUÇÃO

A exposição ocupacional por material biológico é conhecida como a possibilidade de contato com sangue e fluídos orgânicos no ambiente de trabalho. Estas exposições são classificadas em: percutâneas, exposições em mucosas, exposições cutâneas e mordeduras humanas¹. Dos patógenos transmissíveis presentes no ambiente hospitalar, destacam-se os vírus HIV, VHB, VHC, estes podem na ocasião de uma exposição serem transmitidos por contato direto da transmissão do agente sem intermédio de um vetor, como exemplo no contato com a mucosa ocular e o indireto por meio de um vetor, como exemplo por intermédio dos materiais perfurocortante². Para as exposições a material biológico o risco médio de infecção pelo VHC após acidente ocupacional percutâneo é de 1,8 %, podendo variar de 1 a 10%. No caso do VHB, pode atingir até 40%, quando nenhuma medida profilática é adotada, e do HIV, quando o paciente-fonte é positivo, de 0,3 a 0,5% para exposições percutâneas e 0,03% após exposição de mucosa³.

A preocupação atribuída ao risco de contaminação de profissionais de saúde por exposição a agentes biológicos entrou em evidência quando da descoberta do vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida, na década de 80, sendo adotadas medidas profiláticas e de prevenção, como as “Precauções Universais” que ressaltam o uso de luvas havendo contato direto com sangue, fluidos corporais e vias aéreas, instituídas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁴.

Considerando todos os riscos envolvendo material biológico, atualmente, são recomendações após exposição os cuidados imediatos com a área acidentada. Para exposições percutâneas ou cutâneas: lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão, outra opção inclui o uso de soluções antissépticas degermantes; exposições de mucosas é necessário lavar exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica¹. Está contraindicado procedimentos em que utilizam soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaldeído e espremer o local atingido por acidente percutâneo, pois aumentam as lesões expostas⁵.

Vale ressaltar que os acidentes de trabalho com material biológico constituem um caso de emergência médica, devido à necessidade de intervenção precoce para a profilaxia buscando maior eficácia. Salienta-se que as profilaxias pós-exposição não são totalmente eficazes, sendo a prevenção a melhor medida para evitar a contaminação⁶. É recomendado *notificar o acidente até 2 horas após a ocorrência, podendo estender o prazo até 72 horas*. Este prazo se deve ao fato da indicação da profilaxia antirretroviral para o HIV. As etapas a serem realizadas após as exposições contemplam os primeiros socorros a ser realizado pelo próprio acidentado, pois geralmente as lesões são pequenas; notificação; preenchimento da ficha de investigação de acidente com exposição a material biológico, avaliação médica e seguimento laboratorial¹.

As informações de notificação de acidentes com material biológico alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados permitem a formulação de ações de vigilância das doenças e agravos à saúde do trabalhador. Constituem a legislação acerca dos acidentes e suas notificações são a Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS; a Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde; a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a

relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde⁷.

O profissional de saúde tem em sua atividade diária o contato direto com todo tipo de doenças, tornando-se susceptível à contaminação, representando ainda fonte de transmissão de patógenos àqueles que estão sob seus cuidados, bem como aos demais profissionais com os quais tem contato⁸.

Neste cenário, a equipe de enfermagem apresenta-se como a categoria profissional mais suscetível a adquirir patologias transmissíveis em sua atividade laboral. Pois, além de representarem o maior número de profissionais da mesma área dentro das instituições de saúde, os procedimentos de risco realizados e sua frequência contribuem para essa condição. Devido ao alto índice de agravos devido à exposição a riscos biológicos, torna-se imprescindível a implementação de medidas de biossegurança que garantam a adoção de ações para a prevenção, controle e minimização das consequências desses agravos⁷.

Visando o cuidado e a proteção do profissional e de toda a sociedade, a determinação de imunização dos profissionais de saúde, prevista pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) e a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), que estabelece diretrizes básicas à implementação de medidas de proteção à segurança dos trabalhadores nos serviços de saúde, bem como os que exercem atividades de promoção e assistência em geral nas instituições de saúde compõem um conjunto de ações biossegurança, visando minimizar os riscos, a ocorrência e os agravos causados pelos acidentes. Os profissionais devem estar imunizados contra Hepatite A e B, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela, Influenza, Difteria, Tétano e Febre Amarela e, outras vacinas que possam ser necessárias⁸.

Para ilustrar o quadro de profissionais de saúde que sofrem acidente com materiais biológicos, estudo realizado em 2010 demonstrou que 43,56% dos profissionais participantes já haviam sofrido este tipo de acidente⁷.

No cenário prático de ensino-aprendizagem, acadêmicos de enfermagem tem contato com agentes biológicos, uma vez que, realizam parte de suas atividades em circunstâncias parecidas com a prática profissional, estando, dessa forma sob o mesmo risco de exposição³⁻². Os agentes biológicos são microrganismos capazes ou não de originar algum tipo de infecção, alergia ou toxicidade no corpo humano, tais como: bactérias, fungos, vírus, entre outros³. São considerados fluídos biológicos de risco: o sangue, o líquido orgânico contendo sangue e líquidos orgânicos potencialmente infectantes, como liquor e líquido sinovial, peritoneal, pericárdico e amniótico⁸.

Ressalta-se a importância da adesão de estudantes e profissionais em relação as medidas de prevenção frente a acidentes laborais, haja visto que os profissionais da saúde são mais suscetíveis a acidente, por realizarem procedimentos invasivos, e manipular instrumentais potencialmente contaminados^{12,13}. Dentro das atividades acadêmicas de enfermagem, o aluno se depara com situações semelhantes ao profissional enfermeiro, fazendo com que também seja colocado em risco³. O maior índice de contágio é relacionado ao sangue e as vias respiratórias, ocorrida através de acidentes perfurocortantes, respingos de sangue ou mucosas, inalação de aerossóis, entre outros materiais de fácil transmissão de bactérias¹⁴.

Atualmente, nos deparamos com dois tipos de alunos de graduação em enfermagem, os que já exercem a função como técnico de enfermagem e os que exercem função profissional em outra área que não seja da saúde, isso faz com que eles tenham insegurança ao realizar alguns procedimentos, agem com nervosismo, ansiedade, estresse, onde esses sintomas favorecem a ocorrência de acidentes¹⁵. Sabe-se que nas atividades acadêmicas de enfermagem, o aluno da graduação se depara com situações semelhantes as realizadas pelo profissional enfermeiro, podendo ser acometido por uma exposição a material biológico.

OBJETIVO

Apresentar a ocorrência de acidentes envolvendo material biológico entre graduandos de enfermagem de duas instituições de ensino superior.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em duas Instituições de Ensino Superior do interior do estado de São Paulo, sendo uma privada e a outra pública. Os sujeitos do estudo foram compostos por acadêmicos cursando a 4ª série da graduação em enfermagem das duas IES.

Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2017. Para a coleta de dados utilizamos um formulário semiestruturado adaptado da Ficha de Investigação do Sistema de Agravos de Notificação – Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, do Ministério da Saúde. As pesquisadoras apresentaram o tema e os objetivos do estudo. Foi entregue aos alunos o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os que concordaram em participar da pesquisa responderam o questionário.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” do Estado de São Paulo sob o parecer nº 1.851.415 e CAAE 62048516.1.0000.5411.

Os dados coletados foram digitalizados e organizados em planilhas formatada do programa Excel. A análise estatística foi realizada pelo *software* SPSS, versão 16.0. Foi realizada a associação entre variáveis independentes e desfechos pelos testes não paramétricos de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo acadêmicos do quarto ano de graduação em enfermagem de duas IES, sendo 97,6% dos alunos da privada e 63,3% da pública.

A tabela 1 demonstra a caracterização dos acadêmicos da duas IES.

TABELA 1: Caracterização dos acadêmicos de graduação em enfermagem da UNIFIPA e UNESP quanto ao sexo, formação anterior, atuação na área da saúde, local de trabalho e treinamentos sobre riscos biológicos. Botucatu-SP, 2019.

Variáveis	UNIFIPA		UNESP		p-valor
	n = 42	%	n = 19	%	
Masculino	5	11,9	0	0,0	0,1165
Feminino	37	88,1	19	100,0	
Idade	29,4		23,9		0.0003
Formação anterior					
Sim	30	75,0	1	5,3	<0001
Não	10	25,0	18	94,7	
Não preenchido	2	-	-	-	
Atua na saúde					
Sim	28	71,4	4	27,8	0.0016
Não	14	28,6	14	72,2	
Não preenchido	-	-	1	-	

Treinamentos sobre riscos biológicos

Sim	24	85,7	0	0,0	0.0258
Não	4	14,2	1	25,0	
Não preenchido	-		3	75,0	

A Tabela 1 demonstra uma maioria de acadêmicos do sexo feminino nos dois cursos de enfermagem, a idade média observada entre os acadêmicos de 23 a 29 anos.

Nos cursos de graduação em enfermagem a predominância de acadêmicos do sexo feminino é uma realidade no Brasil, assim, os resultados obtidos no estudo corroboram com a observação de outro estudo realizado, onde a maioria dos alunos eram mulheres¹⁵.

A tabela 1 mostra ainda que na IES privada 75% dos acadêmicos apresentam formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, e 71,4% trabalham na área da saúde durante o período da graduação e relatam que 57,1% trabalham na área hospitalar e 85,7% receberam treinamento sobre riscos biológicos no local de trabalho. Dos quatro acadêmicos da IES pública 25% trabalha no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU. A equipe de enfermagem se subdivide em enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. As mudanças no mercado de trabalho exigem trabalhadores cada vez mais qualificados, muitos procuram o ensino superior, surgindo assim o estudante trabalhador, e 71,4% dos alunos trabalhavam na área da saúde, visando alcançar a realização pessoal e profissional, os ingressos na educação superior atualmente possuem dupla atividade que incluem estudar e trabalhar. Isto devido a busca por melhorias na condição financeira associado à realização pessoal e profissional¹⁶.

A presença de acadêmicos que apresenta treinamento sobre riscos biológicos na IES privada reflete uma realidade do mercado de trabalho. Visando minimizar os riscos, as instituições na admissão, procuram realizar treinamentos com os colaboradores, sendo um facilitador na adaptação destes, quanto as normas, protocolos e rotinas instituídas. No entanto devido a necessidade instantânea de produção, esses treinamentos acabam tendo horas reduzidas, o que pode acarretar na imagem da instituição¹⁶. Justamente porque é no treinamento que ocorre o auxílio para o desenvolvimento destes profissionais, aprimorando técnicas e conhecimentos que serão necessárias na prática. Ainda se leva em consideração, que profissionais com tempo maior de experiência, possui um melhor desempenho devido seus conhecimentos prévios¹⁸. No presente estudo 85,7% dos alunos da instituição privada receberam treinamento no seu local de trabalho.

A exposição ocupacional a objetos que podem estar potencialmente contaminados representa riscos para os profissionais da saúde. Os acidentes com materiais perfurocortantes que podem estar potencialmente contaminados com sangue ou outro fluido corpóreo, decorrentes de cortes de lâminas, perfurações com agulha, são acidentes que ocasionam maior risco para a enfermagem. Sendo assim, ter conhecimento e consciência sobre o manejo dos resíduos, perfurocortantes principalmente, é de extrema importância, uma vez que seu descarte inadequado pode ocasionar acidentes com material biológico, e o descarte destes é de responsabilidade de seus geradores¹⁹.

OCORRÊNCIA DE ACIDENTES REFERIDO ENTRE OS GRADUANDOS ESTUDADOS

Dos alunos regularmente matriculados no 4º ano do curso de graduação em enfermagem das duas IES; 29 alunos, que compreendiam 53,6% da privada e 36,8% da pública relataram ter sofrido exposição a material biológico potencialmente contaminado, durante o desenvolvimento de atividades realizadas nos estágios demonstrados na tabela 2.

TABELA 2: Distribuição dos acidentes envolvendo material biológico ocorridos entre os graduandos em enfermagem da privada e pública durante a prática acadêmica. Botucatu-SP, 2019.

Variáveis	UNIFIPA (n = 42)		UNESP (n = 19)		p-valor
	f	%	f	%	
Material perfuro cortante	13	31,7	5	26,3	0.6716
Respingos de sangue	9	21,9	2	10,5	0.2874
Total	22	53,6	7	36,8	-

Ressalta-se que cada estudante relatou apenas uma exposição mucosa ou percutânea. A exposição percutânea foi a mais frequente entre os alunos das duas IES.

Segundo estudos constaram que em torno de 12% dos acidentes com material biológico ocorreu com alunos que estavam cursando o quarto ano do curso de enfermagem devido a carga horária de atividades de ensino-aprendizagem ser maior quando comparado aos outros anos^{20,21}. Resultado superior a estas pesquisas demonstrou que no Irã estudo revelou que 72,1% dos estudantes de enfermagem e obstetrícia sofreram acidentes ocasionados por agulhas, na realização de procedimentos de punção venosa e reencepe de agulha após administração de medicamentos²². Nosso estudo constatou que 31,7% da IES privada e 26,3% da pública se envolveram em acidentes com materiais perfurocortantes.

Os ferimentos causados por acidentes com instrumentos perfurocortantes representam um grave problema para os indivíduos envolvidos, tanto pela frequência com que ocorrem, como pela grave repercussão. Demonstrando assim a importância do acompanhamento clínico, um estudante de enfermagem que sofreu acidente após colher uma amostra de sangue de um paciente anti-VHC positivo enquanto reencapava uma agulha, realizou o acompanhamento laboratorial conforme preconizado e três meses após o acidente verificou soroconversão para o vírus da hepatite C²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados foi possível verificar que a ocorrência de acidentes envolvendo materiais biológicos ainda se faz presente durante a prática acadêmica em enfermagem, sendo mais prevalente acidentes com materiais perfurocortantes. Neste contexto, durante a graduação o tema de biossegurança deve ser abordado para que os alunos tenham uma cultura de prevençãoista.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O estudo traz a reflexão da necessidade de discutir amplamente o fortalecimento do ensino quanto aos riscos aos quais os profissionais de saúde estão expostos desde sua formação, para assim fornecer condições para que o acadêmico e futuro profissional tenha um olhar crítico das situações de risco e formas de prevenção.

Dessa forma, o compromisso das IES com o desenvolvimento do tema deve ser ampla e constantemente trabalhado, visando contribuir para a prevenção e proteção dos acadêmicos e profissionais da área, bem como a redução dos riscos da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST. Aids e hepatites virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008, Suplemento 3. Tratamento e prevenção. Brasília: MS, 2010.
- 2- Balsamo AC, Felli VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. Rev Latino-Am Enferm. 2006; 14(3):346-53.
- 3- Gir E, Caffer Neto J, Malaguti SE, Canini SRMS, Hayashida M, Machado AA. Acidente com material biológico e vacinação contra hepatite B entre acadêmicos da área da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2008.16(3):401-6.
- 4- Moraes KKO, Almeida LF, Silva LPM, Santos MLGF, Silva ES, Jesus CS. Exposição da equipe de enfermagem aos riscos biológicos em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev Inova Saúde, 2016; 5(2):163-84.
- 5- Canalli RTC, Moriya TM, Hayashida M. Acidentes com material biológico entre estudantes de enfermagem. Re. Enferm. UERJ. 2010; 18(2):259-64.
- 6- Rapparini C, Vitória MAA, Lara LTR. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Brasília, [online][citado 2017 abr]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf
- 7- Soares MKP, Fernandes SLSA, Barros VRP. Aplicabilidade da norma regulamentadora 32 por profissionais da saúde no controle de acidentes biológicos: revisão integrativa. Revasf, 2015; 5(9):55-69.
- 8- Silva RGM, Nascimento VF. Cobertura Vacinal entre Acadêmicos de Enfermagem. J Health Sci 2017;19(4):268-73.
- 9- Ribeiro IP, Rodrigues AM, Silva IC, Santos JD.. Riscos ocupacionais da equipe de enfermagem na hemodiálise. Rev Interdisciplinar, 2016; 9(1):143-52.
- 10- Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018. [Internet]. [citado em 22 jun. 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410
- 11- Galon T, Robazzi MLCC, Marziale MHP. Acidentes de trabalho com material biológico em hospital universitário de São Paulo. Rev Eletr Enf. 2008; 10(3):673-85.
- 12- Ferreira H, Gatelli PJ, Silveira NR, Moura CB. O saber e o fazer de acadêmicos de enfermagem frente a acidentes com instrumentos perfurocortantes. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção 2017 ago;7(4):208-214.

- 13- Pinheiro J, Zeitoun RCG. Hepatite B: conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12 (2):258-64.
- 14- Oliveira AC, Gonçalves JAG. Incidência de acidentes com material perfurocortante entre alunos de graduação em ciências da saúde. *Rev Cienc Cuid Saúde.* 2009; 8(3):385-92.
- 15- Lopes LP, Toffano SEM, Hayashida M, Canini SRMS, Cruz EDA, Reinato LAF, et al. Exposições acidentais com material biológico potencialmente contaminado envolvendo acadêmicos de enfermagem do último ano. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2011 [citado em 22 abr. 2017]; 13(4):751-7. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/9985/10227>
- 16- Machado, V.; Sequeira, C.; Teixeira, D.; Santos, S.; Penaforte, H.; & Pereira, D. (2019). Preocupações do estudante trabalhador do curso de enfermagem nas suas práticas clínicas. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 51-61
- 17- Bucchi SM, Mira VL, Otrenti E, Ciampone MH. Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(3):381-7.
- 18-Sapatini TF, Gasparino RC, Polli L, Oliveira AS. Avaliação de um programa admissional para a equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery Rev Enferm.* 2016; 20(3): e20160065.
- 19- Souza ACS, Alves SB, Zapata MRCG, Tipple AFV, Rocha LO, Guimarães JV, et al. Descarte de resíduos infectantes: informações demonstradas e ações praticadas por estudantes de enfermagem e medicina. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2015 [citado em 25 nov. 2017]; 17(1):124-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.25181>
- 20- Martins MK, Ferreira VTA, Custódia SSA, Severino PM, Rapparini C. Acidentes com material biológico em serviços de urgência e emergência. *Cienc. enferm. [Internet].* 2014 Ago [citado 2020 Jun 08]; 20(2): 65-71.
- 21-Santos MQ. A vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem frente aos riscos biológicos: um estudo na equipe de enfermagem em sala de emergência. 2017.
- 22- Askarian M, Malekmakan L, Memish ZA, Assadian O. Prevalência de lesões por picada de agulha entre estudantes de odontologia, enfermagem e obstetrícia em Shiraz, Irã. *GMS Krankenhhyg Interdiszip .* 2012; 7 (1): doe05. Doi: 10.3205 / dgkh000189
- 23-Scaggiante R, Chemello L, Rinaldi R, Bartolucci GB, Trevisan A. Acute hepatitis C virus infection in a nurse trainee following a needlestick injury. *World J Gastroenterol.* 2013; 19(4):581-5.

Jéssica Pagotto Manzano

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Padre Albino
Catanduva/SP

Tatiane Veteri Coneglian

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Padre Albino
Catanduva/SP

Ana Julia Camargo

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Padre Albino
Catanduva/SP

Elisabete Banhos

Enfermeira. Hospital Padre Albino
Catanduva/SP

Cristiano Bispo dos Santos

Enfermeiro. Hospital São Domingos Unimed
Catanduva/SP

Taís Pagliuco Barbosa

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Centro Universitário Padre Albino
Catanduva/SP

João César Jacon

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente Centro Universitário Padre Albino
Catanduva/SP

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a relação custo-efetividade de dois tipos de coberturas (biocelulose e sulfadiazina associada ao nitrato de cério) utilizados no tratamento de queimaduras. **METODOLOGIA:** Pesquisa descritiva, comparativa com abordagem quantitativa. Realizada em uma unidade de terapia de queimados de um hospital escola do interior paulista. O sujeito da pesquisa constituiu-se por uma senhora com 46 anos com 20% de superfície corporal queimada classificadas como segundo grau superficial e profundo acometendo face, MSE e mão direita. Para a contabilização dos custos (em R\$), foi estimado o valor unitário e da fração dos materiais e das coberturas utilizadas, associado ao número de trocas de curativos. A efetividade se pautou nos desfechos cicatrização, conforto e dias de internação. Para calcular a razão de custo-efetividade, o numerador foi definido pela totalidade de custos atribuídos a cada tipo de cobertura (biocelulose e sulfadiazina associada ao nitrato de cério) e o denominador, pelo desfecho dias de internação. **RESULTADOS:** Foram efetuados seis procedimentos de troca de curativos, em dias consecutivos, com uso de sulfadiazina de prata e nitrato de cério, com custo total de R\$1503,48, já a com a cobertura de biocelulose foram necessárias uma única troca da membrana, porem 4 trocas de curativo secundário durante 12 dias de internação, o custo total do tratamento foi R\$1983,32, desta forma o custo-efetividade para a sulfadiazina de prata e nitrato de cério foi R\$250,58 e para a biocelulose R\$165,28, evidenciando uma diferença nos custos de 34,04%. **CONCLUSÃO:** A membrana de biocelulose apresentou

melhor custo-efetividade quando comparado a sulfadiazina de prata e nitrato de cério, justificado pela redução do tempo de internação e das trocas de curativos com reflexo na redução da dor e na qualidade de vida da paciente. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Assegurar qualidade e segurança no cuidado concomitantemente à racionalização de recursos financeiros.

Descritores: Cicatrização; Enfermagem; Queimaduras; Análise Custo-Benefício

INTRODUÇÃO

ASPECTOS GERAIS E EPIDEMIOLOGICO DAS QUEIMADURAS

Queimaduras são lesões na pele ou outros tecidos, geradas por agente térmico, químico ou elétrico, que levam a respostas inflamatórias locais ou de repercussão sistêmica, bem como a morte celular devido aos danos causados nos tecidos pelo calor excessivo. A classificação dessas lesões se dá por graus, 1º, 2º ou 3º grau, de acordo com a profundidade de tecido acometido e pela extensão da lesão utilizando-se a regra dos nove, desenvolvida por Wallace e Pulaski-Superfície Corporal Queimada – SCQ, classificando o paciente como grande, médio ou pequeno queimado¹⁻³.

Os tecidos epiteliais atuam como superfícies e barreiras do corpo, devido seu papel protetor no envolvimento de tecidos adjacentes. Atuam na regulação de difusão de moléculas e íons, secreção de substâncias, filtração de fluídos corporais e outras funções vitais. Lesões de superfície corporal maior que 30% apresentam grande potencial de comprometimento sistêmico, devido à intensa liberação de citocinas e demais mediadores inflamatórios. Tais reações acrescidas da dificuldade de difusão dos antimicrobianos devido à trombose dos vasos e necrose tecidual, caracterizam os parâmetros de gravidade do quadro que se relacionam à mortalidade. Além dos impactos e sequelas físicas produzidas pelo acidente por queimaduras, os danos psicológico e emocional que acometem os pacientes e seus familiares tornam o episódio ainda mais traumático^{1, 4-6}.

Estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016, por meio da *Global Health Estimate*, apontou que os países de baixa-média renda representam 80% dos casos de mortes e incapacitações por queimaduras ocorridas em todo o mundo. Trata-se de cerca de 153 mil mortes e 10 milhões de incapacitações. Segundo dados da *American Burn Association* (ABA), apenas nos Estados Unidos, são cerca de 450.000 acidentes com lesões graves por queimadura. Ainda segundo dados divulgados pela ABA, um relatório publicado em 2016 apontou um total de gastos de US \$ 1,5 bilhão em 2010 para o tratamento de queimados. No Brasil, aproximadamente 1 milhão de pessoas sofrem acidentes por queimaduras ao ano. Destes, cerca de 100.000 vítimas necessitam de atendimento hospitalar^{1, 5,7}.

No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), um paciente internado, classificado como “grande queimado”, representa uma despesa entre R\$ 1.200,00 e R\$ 1.500,00 por dia de internação ao SUS. Dados do Ministério da Saúde (MS) demonstram que apenas no estado de São Paulo, foram 862 internações por queimaduras no mês de fevereiro de 2013, sendo que no mesmo período do ano seguinte, o número passou para 1052 casos. Cada uma dessas internações apresentou um valor médio de mais de R\$ 6.000,00 por paciente. Estima-se que cerca de 30 mil internações sejam decorrentes de queimaduras ao ano no país^{1,8,9}.

Pacientes com superfície corporal queimada maior do que 50% comumente evoluem para sepse, choque e falência de múltiplos órgãos. A mortalidade destes pacientes chegava a 80% nos anos 90, atualmente 90% deles evoluem de maneira favorável. Tal evolução se

deve ao uso de novas tecnologias e terapêuticas para o tratamento de queimados. No entanto, considerando a complexidade assistencial, que requer cuidado especializado e o caráter limitado de recursos, o uso de novos mecanismos torna-se um desafio^{3,9}.

O atendimento especializado por meio de Unidades de Tratamento de Queimados (UTQs) surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) e na Inglaterra, com o objetivo de oferecer tratamento intensivo e específico. Em 2015, os EUA contavam com 137 UTQs em seu território. No Brasil, são 57 UTQs pelo país. Na cidade de São Paulo, são 6 UTQs em hospitais públicos, para atender a incidência anual estimada de 10 mil novos casos⁸.

A oferta de centros especializados permite uma assistência adequada, exercendo influência importante da redução da mortalidade e dos danos ao paciente. Estas unidades são voltadas ao atendimento de pacientes graves com quadros complexos e comorbidades importantes. Além de atuarem de forma multiprofissional, são unidades multiplicadoras de conhecimento, contribuindo para a construção uma base de dados sólida acerca do tratamento de queimados^{3,8}.

NOVAS TECNOLOGIAS NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS E IMPACTO NOS CUSTOS HOSPITALARES

Em queimaduras, estima-se que a superfície corporal queimada (SCQ) e a presença de lesão inalatória têm sido associadas à maior gravidade e ao pior prognóstico. Estudo recente mostra em adultos que a extensão da SCQ está associada ao maior risco de mortalidade, especialmente quando maior de 60% de SCQ - e não 40%, como estava estabelecido na década passada^{10,11}.

Um dos grandes desafios da medicina é o tratamento das queimaduras graves. Conforme sua gravidade e complexidade, este tratamento torna-se uma atividade árdua. Devido suas características, o atendimento ao grande queimado passou de uma atividade isolada, sendo muitas vezes realizada por um cirurgião geral para uma atividade multidisciplinar envolvendo diversas áreas, recebendo contribuições da medicina intensiva, de enfermeiros especialistas nos processos de cura de feridas e mais recentemente, dos conhecimentos advindos novas tecnologias¹².

O rompimento da barreira da pele, pronta disponibilidade de nutrientes bacterianos, destruição do suprimento vascular para a pele queimada e perturbações sistêmicas, quando combinados podem levar à imunossupressão, tornando as queimaduras susceptíveis à infecção¹³.

A introdução de antibióticos e antifúngicos e o uso de antimicrobianos tópicos que eram extensivamente aplicados em queimaduras no século 20, e a adoção generalizada de excisão precoce e enxertia, melhoraram a expectativa de sobrevivência. Entretanto, o aumento da resistência microbiana aos antibióticos e outros agentes antimicrobianos tem levado a uma busca renovada por abordagens alternativas de prevenção e combate às infecções¹⁴.

Nos últimos anos têm sido investigadas várias tecnologias para a efetividade no tratamento destas feridas, como por exemplo, preparações de prata (nanocristalina e de liberação lenta), peptídeos antimicrobianos, terapia fotodinâmica tópica, preparações de quitosana, novas formulações de liberação de iodo, terapia com fagos e produtos naturais como mel e óleos essenciais¹⁵.

Para o combate às bactérias patogênicas, nanopartículas metálicas são uma alternativa eficaz, dentre elas, podemos citar as nanopartículas de prata (NPAg), de óxido de cobre (NPCuO), de dióxido de titânio (NPTiO₂), de óxido de ferro (NPFe₂O₃) e nanopartículas de óxido de zinco (NPZnO)¹⁶.

A prata é mais conhecida por suas propriedades antimicrobianas potentes. Em 1968, nitrato de prata foi combinado com um antibiótico sulfonamida para produzir sulfadiazina de

prata, um agente antibacteriano tópico prescrito para o cuidado de queimaduras, e que ainda permanece em uso.¹⁷

Curativos contendo esta substância, são frequentemente utilizados em substituição aos antibióticos, devido ao surgimento e aumento de bactérias resistentes a estas medicações. Nanopartículas de prata também estão sendo avaliadas como agentes antivirais e para a liberação controlada de fármacos¹⁷.

Em relação ao cério, que é um metal da família dos lantanídeos, tem propriedades bacteriostáticas, e apresenta maior eficácia sob a forma de nitrato de cério contra uma ampla gama de bactérias. Acredita-se que o nitrato de cério exerce um efeito protetor contra a imunossupressão pós-queimadura causada por um complexo de lipoproteínas de elevado peso molecular¹⁸.

Para o tratamento de pacientes queimados e de suas sequelas, muitos recursos existentes há décadas têm seu espaço, mas novas alternativas surgem graças ao avanço destas engenharias de tecidos ou terapias associadas¹⁹.

Constata-se aumento expressivo da ocorrência de queimaduras em vários países, de forma que os tratamentos demandados têm gerado custos crescentes que impactam na gestão das organizações hospitalares²⁰.

Existem poucas unidades especializadas para o atendimento a pacientes com queimaduras no Brasil, concentrando-se na Região Sudeste, em hospitais gerais. Segundo o Ministério da Saúde (MS), somente no estado de São Paulo, em fevereiro de 2013, houve 862 internações relacionadas a queimaduras e, em fevereiro de 2014, foram registradas 1052 internações representando um valor médio de internação de mais de 6 mil reais por paciente²¹.

Através de um estudo nacional que analisou a evolução financeira do setor de queimados, sua legitimidade, seu financiamento e sua complexidade, durante o período de 2002 a 2010, indicou um aumento de 9% para 14% de atendimentos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Contudo, houve pouco incentivo em políticas preventivas bem como maior volume de investimento para construção de novas UTIs, visto que o grande queimado é adepto de uma internação prolongada, cuidados intensivos e o emprego de novas tecnologias²².

Na maioria dos serviços de saúde, os enfermeiros gerenciam, além dos recursos materiais, recursos humanos e físicos que consomem grande volume financeiro. Por isso, eles têm sido pressionados a reduzir o consumo de material e a quantidade de pessoal sem, entretanto, conhecer o perfil dos gastos, relacioná-lo com a produção e fazer a análise crítica de seus custos²³.

Então, reconhece-se que os profissionais de enfermagem necessitam de conhecimentos sobre os custos dos procedimentos sob sua responsabilidade, técnica e legal, para, de posse, auxiliar o gerenciamento de seus custos, contribuindo com a sustentabilidade financeira das organizações hospitalares²⁴.

O avanço tecnológico tem propiciado a ampliação das possibilidades terapêuticas diante da complexidade assistencial demandada por pacientes grandes queimados e, conseqüentemente, há um aumento no consumo de recursos cuja disponibilidade é limitada²⁵.

Nesse contexto, destaca-se a atuação dos profissionais de enfermagem que consomem muitos recursos, notadamente os materiais, por desenvolverem seu processo de trabalho em contato ininterrupto com esses pacientes nas 24 horas de atendimento²⁵.

Destaca-se que a assistência de enfermagem, segura e de qualidade, não pode prescindir da integração entre as ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro, que precisa de constante atualização e capacitação para aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências que o auxiliem na melhor tomada de decisão quanto à escolha do material médico-hospitalar²³.

O procedimento de curativo em grande queimado necessita da participação do enfermeiro, visto que as grandes extensões de queimaduras, com grande quantidade de tecido desvitalizado, e a possível imunodepressão associada, são condições que

contribuem para o aumento do risco de o paciente contrair infecções. Portanto revela-se a importância de novas tecnologias para diminuir o tempo de manuseio com tecnologias de curativos convencionais, além de que muitas destas tecnologias necessitam serem trocadas diariamente, aumentando os insumos necessários, e conseqüentemente, os gastos hospitalares¹.

Sabe-se que não há um padrão pré-definido de curativos para tratar toda e qualquer ferida, porém um arsenal terapêutico vasto, capaz de auxiliar o reparo tecidual em várias situações, já é uma realidade que vem acompanhada de uma pressão da indústria farmacêutica para sua utilização. Então, compete aos profissionais de saúde, a partir do quadro sistêmico envolvido no tratamento de uma ferida, escolher entre os curativos passivos (inertes) e os curativos com princípios ativos¹⁹.

Em feridas ocasionadas por queimaduras, os curativos com princípio ativo à base de prata são reconhecidos como coberturas com maior eficácia, pois exigem menos trocas de curativos e demonstram um efeito antibacteriano prolongado²².

Em um estudo internacional realizado em 2010 em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de queimaduras, o custo médio diário com o uso de curativos à base de prata correspondeu a 120.77 dólares australianos. Convertendo o valor obtido no procedimento "curativo", US\$ 99.75, que abrangeu custo com pessoal, com material e com medicamento/soluções, para a moeda australiana, com base na cotação de 27/02/2015, fornecida pelo Banco Central do Brasil, obtém-se o valor de 127.45 dólares australianos²³.

O aumento do consumo de materiais empregados nos processos assistenciais, gera alto custo anual às organizações hospitalares de grande porte e representa uma quantia significativa em seu orçamento. Em razão do crescimento constante dos custos com os recursos materiais, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, têm se empenhado a fim de adquirir conhecimentos para melhorar o processo de alocação e racionalização desses materiais²⁵.

Em diferentes instituições de saúde, o trabalho da equipe de enfermagem compreende em ações diversificadas e de complexidades variadas, desde a supervisão da equipe sob sua responsabilidade, envolvendo-se em processos educacionais visando o desenvolvimento dos profissionais, até a assistência direta aos pacientes. Entre as suas atribuições, destaca-se a premência de realizar investimentos para sensibilizar os profissionais sobre a racionalização dos gastos, de maneira que não haja desperdícios de recursos e comprometimento da assistência prestada²⁶.

USO DA BIOCELULOSE NO TRATAMENTO DE FERIDAS E QUEIMADURAS

Portanto, além de conhecimentos sobre gastos hospitalares, é preciso que os enfermeiros desenvolvam e disseminem estudos versando sobre a sua participação na implementação de estratégias para apuração, controle e minimização e contenção de custos, de forma a cooperar na melhoria da comunicação entre administradores, contadores e os demais profissionais de saúde, a fim de melhorar as tecnologias utilizadas no processo de tratamento de feridas ocasionadas por queimaduras e prestar assistência de qualidade a este paciente. A celulose bacteriana ou biocelulose é um polímero admirável, sua estrutura é formada por nanofibras de celulose pura, sintetizada por poucas bactérias e bem estruturada²⁷

A celulose foi descoberta por Paven em 1838 onde resultou na introdução de um polissacarídeo orgânico linear, não solúvel em água e com comportamento hidrofílico. A celulose é o principal elemento de estrutura da parede celular primária da maior parte das plantas, porém é adquirida especialmente das fontes vegetais de fibra de algodão, cânhamo seco e madeira, que contêm aproximadamente 90%, 40-50%, e 60% de celulose, além destes, a celulose pode ser encontrada em muitos microorganismos, como por exemplo

fungos, bactérias e algas. Teve-se a primeira exposição de celulose produzida a partir de bactérias, especialmente de *Acetobacter xylinum* (*A. xylinum*), onde foi anunciado por Brown em 1886, entretanto estudos novos apontam que a celulose pode ser desenvolvida por distintas bactérias, incluindo espécies de bactérias Gram-negativas como *Acetobacter*, *Azotobacter*, *Rhizobium*, *Agrobacterium*, *Pseudomonas*, *Salmonella*, *Alcaligenes*, assim como espécies de bactérias Gram-positivas como *Sarcina ventriculi*, as celulosas produzidas por diferentes bactérias possuem morfologia, estrutura, propriedades e aplicações diferentes. Dentre as bactérias acima mencionadas, as fontes mais eficazes para a produção de celulose bacteriana são *A. xylinum*, *A. hansenii*, e *A. pasteurianus*. Entre estes, *A. xylinum*, também chamado *G. xylinum*, tem sido usado para produzir celulose bacteriana comercialmente disponível devido à sua alta produtividade²⁸.

Sua biocompatibilidade e suas notáveis propriedades mecânicas têm promovido interesse científico para seu uso em diversas aplicações, incluindo as áreas biomédica, elétrica, entre outras²⁷.

O tratamento de feridas depende de cuidados, competentes e monitoramento contínuo durante o processo de cura, feridas mais profundas, amplas e crônicas requerem um nível mais alto de cuidados clínicos por isso um excelente curativo é essencial para a reparação e regeneração eficaz da ferida, porém os substitutos poliméricos naturais da pele muitas vezes carecem de resistência mecânica e hidrofiliabilidade²⁹.

A celulose bacteriana ou biocelulose é um dos biomateriais mais prósperos para a área da saúde, onde vem sendo adotado como um material ideal para o curativo de feridas devido a sua alta biocompatibilidade in vivo, tendo capacidade de proporcionar um substrato tridimensional ideal para a fixação celular e uma estrutura microfibrilar que proporciona flexibilidade, alta capacidade de retenção de água e troca de gases, outrossim, as membranas de biocelulose mantêm uma barreira física onde reduz a dor, a infecção bacteriana e permite a transferência de drogas para a região afetada³⁰.

Estas membranas demonstram rápidas taxas de epitelização e regeneração de tecidos em tratamentos de cicatrização de feridas, incluindo feridas do pé diabético, feridas crônicas e queimaduras de segundo e terceiro graus, sem a necessidade de troca diária de curativo e proporcionam a manutenção de um ambiente úmido, absorção de exsudado e adaptação à superfície da ferida. Essas membranas podem ser produzidas como filmes finos e transparentes moldáveis para permitir a avaliação da ferida ao longo do tratamento. Abordagens similares empregam a biocelulose como enxerto natural para a membrana timpânica em pacientes que sofreram perfuração local. Estes materiais de biocelulose efetivamente ocluem as regiões feridas e também reduzem a dor de ouvido, sangramento e hematomas³¹⁻³³.

Os curativos à base de celulose bacteriana (biocelulose) podem formar uma camada protetora macia e adaptável que pode estimular a cicatrização da ferida ao mesmo tempo em que impede a entrada de bactérias na ferida, tais instrumentos são primordiais para os curativos de diversas feridas, pois como citado anteriormente esses curativos eliminam exsudatos, evitam infecções e reduzem a dor significativamente, dentro deste contexto os curativos de biocelulose contendo prata (BC-Ag0) são os mais importantes compostos já descritos e utilizados, como curativos para os seus efeitos bacteriostáticos e bactericidas. A biocelulose atua como agente estabilizador da nucleação de nanopartículas, evita a agregação e produz partículas de prata em nanoescala, devido à porosidade e hidrofiliabilidade da superfície, as fibras de biocelulose desempenham um papel importante no favorecimento da síntese e estabilização das nanopartículas. Embora as nanopartículas de prata possam causar efeitos de citotoxicidade em alguns cenários, a utilização de materiais de curativos contendo nanopartículas de prata apresenta grandes benefícios para

evitar e tratar vários tipos de infecções bacterianas, incluindo *E. coli*, *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *B. subtilis* e *P. aeruginosa*. Para todas essas propriedades, os filmes BC-Ag0 são candidatos proeminentes à terapêutica de curativos e queimaduras^{30,34}.

Embora várias abordagens terapêuticas estejam disponíveis para tratamento de feridas e queimaduras e um grande progresso foi feito dentro desta área, ainda à espaço para melhoria, impulsionada pela necessidade urgente de melhores estratégias para acelerar a cicatrização de feridas e recuperação, primordialmente nos casos de pacientes com queimaduras graves. A bio celulose é um biopolímero produzido por bactérias com várias vantagens sobre celulose vegetal, tais como pureza, alta porosidade, permeabilidade a líquidos e gases, captação elevada de água capacidade e robustez mecânica, além do seu biocompatibilidade, a biocelulose pode ser modificada a fim de adquirir resposta antibacteriana e possível resposta local características de entrega de medicamentos. Devido à sua versatilidade intrínseca, a biocelulose é o exemplo perfeito de uma biotecnologia eficiente e inovadora³⁴.

BIOCELULOSE E SULFADIAZINA DE PRATA E NITRATO DE CÉRIO NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS

O intuito principal no tratamento de uma queimadura é a remoção de tecido inviáveis e manter o leito da ferida coberto. Isso deve ser realizado porque uma ferida contaminada e sem oclusão pode trazer consequências negativas ao paciente queimado como a sepse, disfuncionalidades no organismo e irregularidades metabólicas. O paciente queimado quando é atendido por uma instituição de saúde deve ter primeiramente um atendimento voltado para assistência geral desse indivíduo, porém logo em seguida, os profissionais necessitam promover a limpeza da lesão, a remoção dos tecidos desvitalizados por meio das técnicas de desbride e aplicação de uma cobertura que ofereça garantia de reepitelização³⁵.

O tratamento de uma lesão térmica associa cuidados no local da lesão e sistêmicos, eles sofrem variação de acordo com a extensão, profundidade e região acometida. Coberturas que favoreçam o processo cicatricial e combatam a infecção são recomendados para serem utilizados como tratamentos tópicos. O objetivo dos curativos empregados nas queimaduras é de transformar uma lesão não ocluída e potencialmente contaminada em limpa, evitando a presença de processos infecciosos sem causar danificações nos tecidos perilesionais. Além disso, eles também devem ser responsáveis por drenar o exsudato, garantir que a lesão fique em repouso e fornecer pressões de leve intensidade para favorecer o processo de drenagem dos vasos sanguíneos e linfáticos. Garantindo essas metas, o processo de cicatrização acontece mais rapidamente e com menores prejuízos no funcionamento do organismo³⁵.

Para tratar queimaduras é necessário alternar durante a assistência várias coberturas de uso tópico com o intuito de garantir o controle da proliferação bacteriana, reepitelização da lesão por meio dos queratinócitos e remoção de tecido inviável, já que não é conhecido um único mecanismo que garante todas essas ações³⁵.

Os antibacterianos são utilizados para combater e erradicar a presença de bactérias no leito da lesão, sua aplicação garante que as taxas de morbimortalidade sejam reduzidas. É necessário ter cautela em relação à sua utilização, pois o uso indiscriminado promove resistência dos microrganismos. A sulfadiazina de prata é o antimicrobiano de uso tópico

mais recomendado para atuar em queimadura, seu mecanismo de ação é impedir a replicação bacteriana ao atingir o DNA desses microrganismos e promover a ruptura da membrana e parede celular através da pressão osmótica³⁶.

Essa cobertura antibacteriana apresenta uma penetração ideal no leito da ferida, baixa taxas de toxinas e alta tolerância pelos seus usuários. Possui uma aplicação ampla, pois garante resultados contra bactérias Gram-positivas (*Staphylococcus aureus*), Gram-negativas (*Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella sp* e *Pseudomonas aeruginosa*) e algumas espécies de fungos (*Candida albicans*). Esse antibiótico pode associar-se ao nitrato de cério o qual possui efeito antimicrobiano e atua protegendo a área lesionada da deficiência imunológica presente após a ocorrência de uma queimadura³⁶⁻³⁹.

Na assistência ao paciente queimado, quando a sulfadiazina de prata é utilizada no leito da lesão, gazes aderentes são aplicadas como curativo secundário. Pelo fato dessas gazes apresentarem adesão à ferida e a troca do curativo ter indicação de troca diária, dor e desconforto são sensações presentes. A Sociedade Americana de dor relata que esse sintoma é considerado como um dos sinais vitais, sendo necessária especificidade no seu tratamento, pois se o paciente não aderir à um mecanismo de cuidado à dor, o processo cicatricial da lesão pode sofrer retardo em sua evolução³⁷.

A tecnologia com o intuito de aliviar a dor sentida pelos pacientes queimados e promover uma melhor recuperação do tecido injuriado, permitiu a criação de novas coberturas, como a biocelulose³⁷.

A biocelulose é uma membrana produzida por meio da ação de bactérias do gênero *Gluconacetobacter*, *Rhizobium*, *Sarcina*, *Agrobacterium* e *Alcaligenes*. Encontram-se na vegetação e compõem a microbiota secundárias dos vegetais quando esses estão em processo de decomposição. Dentre os microrganismos responsáveis pela produção dessa cobertura, a bactéria gram-negativa *Gluconacetobacter xylinus* predomina-se, pois seu cultivo em instituições laboratoriais demonstram uma ampla produção de celulose a qual é realizada por meio da sucrose obtida da cana de açúcar ou seringueira *Hevea brasiliensis*⁴⁰⁻⁴¹.

A literatura demonstra que a celulose bacteriana tem substituído a pele dos seres humanos em lesões térmicas superficiais e profundas desde 1980. Essa membrana apresenta-se com as seguintes características: elástica, transparente, biocompatível e biodegradável. Além disso, atua contra as queixas de dor dos pacientes pois bloqueia o contato das terminações nervosas com o ambiente externo, impede a formação de tecido inviável pois mantém a umidade no leito da lesão favorecendo a epitelização e liberação das enzimas proteases, contribui no processo cicatricial por meio da elevação das taxas de fatores de crescimento das plaquetas e células epiteliais, diminui a contaminação externa ao fornecer dados visuais sobre a secreção da lesão, dificulta a entrada de agentes patogênicos na ferida, possui elevada capacidade de absorver e reter o exsudato e reduz ou dispensa os procedimentos de troca de curativo^{37,40,41}.

Antes de utilizar a membrana de biocelulose, é necessário realizar a limpeza do leito da ferida, além de umidificar a cobertura com o intuito de favorecer a sua recepção na área em que será aplicada. A celulose bacteriana deve ser colocada sobre a região cruenta da lesão e as bolhas de ar que aparecerem podem ser retiradas por meio de compressões de leve intensidade realizadas por gaze banhadas em soro fisiológico. Essa cobertura só deve

ser retirada quando ocorrer infecção no local da lesão, quantidades muito grandes de exsudato ou rompimento da película, caso o contrário, não há necessidade de trocas de curativo, pois a membrana desprende-se do leito da ferida assim que começam a surgir as células epiteliais³⁷.

Nos casos em que há alta quantidade de exsudato, recomenda-se retirar a película de celulose bacteriana, promover a limpeza da ferida por meio de soro fisiológico 0,9% , realizar assepsia e depois garantir que uma nova membrana seja aplicada. Sempre que houver taxas elevadas de exsudato na lesão, esse procedimento deve ser realizado. Quando existir um processo infeccioso instalado no leito da lesão, a película de biocelulose deve ser removida e a infecção precisa receber um tratamento. A membrana só poderá ser utilizada novamente nessa situação quando não houver mais sinais de infecção no local³⁷.

A biocelulose apresenta muitas vantagens, entre elas encontram-se o fato dessa membrana proporcionar o controle da dor no paciente portador de lesão térmica, apresentar um custo- benefício para as instituições hospitalares e diminuir o tempo demandado para a realização de sedação, assepsia e curativo³⁷.

OBJETIVO

Analisar a relação custo-efetividade de dois tipos de coberturas (membranas de biocelulose e sulfadiazina associada ao nitrato de cério) utilizados no tratamento de queimaduras.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, transversal, comparativa com abordagem quantitativa a partir da análise de custo-efetividade. Realizada em uma Unidade de Terapia de Queimados (UTQ) de um hospital de ensino filantrópico, de nível terciário, localizado no sudeste do Brasil, no mês de maio de 2018. A referida instituição é conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de 198 leitos, 13 destes estão destinados ao atendimento de adultos e crianças vítimas de queimaduras, sendo que 03 são para cuidados intensivos adulto.

O sujeito da pesquisa constituiu-se por uma senhora com 46 anos de idade com 20% de superfície corporal queimada classificadas como segundo grau superficial e profundo acometendo MSE e mão direita.

Os curativos foram realizados conforme protocolo institucional para o tratamento de queimaduras. As coberturas utilizadas foram colocadas de forma padronizada pela equipe de enfermagem, na admissão e durante as trocas de curativos na UTQ. Antes da colocação das coberturas, procedeu-se à higiene das feridas e pele perilesional com gaze umedecida em solução de clorexidina degermante 4%, seguido do enxague das lesões em balneoterapia e após procedeu a secagem com gazes estéreis. Inicialmente, por um período de 6 dias optou-se, como cobertura, pelo uso da sulfadiazina de prata e nitrato de cério, associado ao uso do amorim estéril impregnado com ácido graxo essencial e oclusão com chumaço e atadura. Em seguida por um período de 12 dias optou-se pelo uso, como cobertura, da membrana de biocelulose e oclusão com chumaço e atadura.

No que diz respeito à análise de custo-efetividade, esta consiste em um método para a escolha de tecnologias em saúde, utilizada para indicar a alternativa mais eficiente entre diferentes materiais ou intervenções, de modo que a opção que apresente o melhor

resultado de custo-efetividade seja escolhida, cujos custos são expressos em unidades monetárias e os resultados, em unidades clínico-epidemiológicas, evidenciando o melhor desempenho ou, pelo menos, desempenho satisfatório, pelo menor preço⁴²⁻⁴³.

Em seguida, foi realizada a análise de custo-efetividade de cada intervenção para os desfechos intermediário e final. Para a contabilização dos custos (em R\$), foi estimado o valor unitário e da fração dos materiais e das coberturas utilizadas, associado ao número de trocas de curativos, assim como o valor da hora atividade dos profissionais envolvidos na realização do procedimento. A efetividade se pautou nos desfechos cicatrização, conforto e dias de internação.

Para calcular a razão de custo-efetividade, o numerador foi definido pela totalidade de custos atribuídos a cada tipo de cobertura (membrana de biocelulose e sulfadiazina de prata e nitrato de cério) e o denominador, pelo desfecho dias de internação.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Padre Albino, com número de aprovação, 2.599.089, em 14 de abril de 2018.

RESULTADOS

Foram efetuados seis procedimentos de troca de curativos, em dias consecutivos, com uso de sulfadiazina de prata e nitrato de cério, com custo total de R\$1503,48, conforme mostra a tabela 1. Já com a cobertura, membrana de biocelulose, foi necessária uma única troca, no entanto foram indispensáveis 4 trocas de curativo secundário durante 12 dias de internação, o custo total do tratamento foi R\$1983,32, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 1 - Custos do tratamento com Sulfadiazina de Prata e Nitrato de Cério, Catanduva-SP, 2018.

Sulfadiazina de Prata e Nitrato de Cério				
Tempo de Tratamento	6 dias	Membro Superior Esquerdo e Mão Direita - SCQ 20% 2º grau superficial e profundo		
Medicação/Descartáveis	Qtde	Unidade	Custo Unitario	Total
Álcool 70%	10,0	ml	0,01	0,10
Água destilada 10 ml	3,0	amp	0,13	0,39
Agulha 40x12	3,0	und	0,44	1,32
Agulha 25x8	3,0	und	0,44	1,32
Atadura estéril 15 cm / 5 und	6,0	und	0,57	3,42
Chumaço estéril 60 cm / 5 und	1,0	und	1,20	1,20
Fita adesiva	60,0	cm	0,01	0,60
Luva cirurgica 7,5 / par	4,0	par	0,96	3,84
Luva proced. média / par	6,0	par	0,27	1,62
Gaze estéril / 5 und	2,0	pacote	0,24	0,48
Cânula nasal	1,0	und	0,66	0,66
Propofol 10 ml	1,0	amp	4,90	4,90
Midazolam 15 mg	1,0	amp	0,91	0,91
Fentanil 2 ml	1,0	ml	2,98	2,98
Cloridrato de dextrocetamina 2 ml	1,0	ml	9,83	9,83

Bola de algodão	1,0	und	0,01	0,01
Seringa 10 ml	3,0	und	0,28	0,84
Ácido Graxo Essencial 200ml	100,0	ml	0,02	2,00
Clorexedina degermante 4%	300,0	ml	0,02	6,00
Lençol estéril	4,0	und	2,57	10,28
Oxigênio	1,0	hora	13,00	13,00
Amorin estéril 60 cm/10 und	1,0	pacote	2,53	2,53
Sulfadiazina de Prata e Nitrato de Cério 120 gr	1,0	tubo	48,66	48,66
Anestesista	1,0	hora	84,00	84,00
Enfermeiro	1,0	hora	21,67	21,67
Técnico de Enfermagem	1,0	hora	12,95	12,95
Auxiliar de Enfermagem	1,0	hora	10,17	10,17
Total Procedimento/Dia				250,58
Total Geral das Trocas (6 trocas)				1.503,48

Tabela 2 - Custos do tratamento com membrana de biocelulose, Catanduva-SP, 2018.

Membrana de Biocelulose - 16x21cm				
Tempo de Tratamento	12 dias	Membro Superior Esquerdo e Mão Direita - SCQ 20% 2º grau superficial e profundo		
Medicação/Descartáveis	Qtde	Unidade	Custo Unitario	Total
Álcool 70%	10,0	ml	0,01	0,10
Água destilada 10 ml	3,0	amp	0,13	0,39
Gaze estéril / 5 unidade	2,0	pacote	0,24	0,48
Agulha 25x8	3,0	und	0,44	1,32
Atadura estéril 15 cm / 5 und	6,0	und	0,57	3,42
Chumaço estéril 60 cm / 5 und	1,0	und	1,20	1,20
Fita adesiva	60,0	cm	0,01	0,60
Luva cirurgica 7,5 / par	4,0	par	0,96	3,84
Luva procedimento média / par	6,0	par	0,27	1,62
Micropore largo	100,0	cm	0,05	5,00
Cânula nasal	1,0	und	0,66	0,66
Propofol 10 ml	1,0	amp	4,90	4,90
Midazolam 15 mg	1,0	amp	0,91	0,91
Fentanil 2 ml	1,0	ml	2,98	2,98
Cloridrato de dextrocetamina 2 ml	1,0	ml	9,83	9,83
Bola de algodão	1,0	und	0,01	0,01
Seringa 10 ml	3,0	und	0,28	0,84
Clorexedina degermante 4%	300,0	ml	0,02	6,00
Lençol estéril	4,0	und	2,57	10,28
Oxigênio	1,0	hora	13,00	13,00
Membrana de biocelulose 16x21cm	8,0	und	98,33	786,64
Anestesista	1,0	hora	84,00	84,00
Enfermeiro	1,0	hora	21,67	21,67

Técnico de Enfermagem	1,0	hora	12,95	12,95
Auxiliar de Enfermagem	1,0	hora	10,17	10,17
Total do 1º Procedimento				982,81
Trocas Curativo Secundário a cada 3 dias - Totalizando 4 trocas				
Atadura estéril 15 cm / 5 un	6,0	und	0,57	3,42
Chumaço estéril 15x30 cm	16,0	und	1,20	19,20
Fita adesiva	60,0	cm	0,01	0,60
Luva cirurgica 7,5 / par	4,0	par	0,85	3,40
Luva procedimento média / par	1,0	par	0,27	0,27
Anestesista	1,0	hora	84,00	84,00
Enfermeiro	1,0	hora	21,67	21,67
Técnico de Enfermagem	1,0	hora	12,95	12,95
Auxiliar de Enfermagem	1,0	hora	10,17	10,17
Total das Trocas/Dia				R\$ 155,68
Total Geral das Trocas (4 trocas)				R\$ 622,72
Total Geral				R\$ 1.605,53

Tabela 3 - Relação custo-efetividade entre Sulfadiazina de Prata e Nitrato de Cerium e Membrana de Biocelulose, Catanduva-SP, 2018

Sulfadiazina de Prata e Nitrato de Cério			Membrana de Biocelulose			
Quantidade de Procedimentos	Custo	Total	Quantidade de Procedimentos	Descrição	Custo	Total
6	250,58	1.503,48	1	Biocelulose	1.360,60	1.360,60
			4	Troca Externa	155,68	622,72
Dias tratamento	6		Dias tratamento	12		
	Total	1.503,48			Total	1.983,32
	Custo/Dia	250,58			Custo/Dia	165,28
Diferença: -34,04%						

Como pode ser observado na tabela 3, o custo-efetividade para a sulfadiazina de prata e nitrato de cério foi R\$250,58 e para a biocelulose R\$165,28, considerando a relação totalidade de custos atribuídos a cada tipo de cobertura (membrana de biocelulose e sulfadiazina de prata e nitrato de cério) e dias de internação, evidenciando uma diferença nos custos de 34,04%.

CONCLUSÃO

A membrana de biocelulose apresentou melhor custo-efetividade quando comparado a sulfadiazina de prata e nitrato de cério, justificado pela redução do tempo de internação e das trocas de curativos com reflexo na redução da dor e na qualidade de vida da paciente

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O paciente queimado é especial por apresentar seu maior órgão danificado, o que representa grande risco de infecção e complicações que retardam o processo de cura. O custo do tratamento com a membrana de biocelulose, apresentou melhoria do tempo de cicatrização, redução de edema, conforto para o paciente e equipe de enfermagem, menor tempo dos profissionais na troca de curativos, redução de dor, destruição limitada das células e melhor qualidade da cicatriz e principalmente melhora da auto estima do paciente e retorno precoce do mesmo na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira LLP, Gomes Neto JJ, Alves RA. Perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de queimaduras no estado da Bahia no período de 2009 a 2018. Rev Bras Queimaduras 2019;18(1):33-38
2. Silva MP, Silva CCS. O uso de tecnologias de curativos em grandes queimados e o tempo de hospitalização. Rev Gepesvida. 2019; 11(5):30-38. ISBN: 2447-3545
3. Zafani RT, Perrone RP, Vilaça DT, Faro SF, Moraes CM, Souza GCVF. Análise da evolução dos pacientes queimados de acordo com seu perfil epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Santos, Brasil. Rev. Bras. Cir. Plást. 2018;33(3):395-398
4. Anton-Sales I, Beekmann U, Laromaine A, Roig A, Kralisch D. Opportunities of Bacterial Cellulose to Treat Epithelial Tissues. Current Drug Targets. 2019; 20(8): 1-15
5. Pinho FM, Amante LN, Salum NC, Silva R, Martins T. Guideline das ações no cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado. Rev Bras Queimaduras. 2016;15(1):13-23
6. Pinho FM, Sell BT, Sell CT, Senna CVA, Martins T, Foneca ES, Amante LN. Cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma revisão integrativa. Rev Bras Queimaduras. 2017;16(3):181-7
7. Dias FDF; Oliveira AF; Juliano Y, Ferreira LM. Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo: estudo epidemiológico. Rev. Bras. Cir. Plást. 2015;30(1):86-92
8. Melo TO, Lima AFC. Cost of nursing most frequent procedures performed on severely burned patients. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 mai-jun;70(3):506-13.
9. Dias FDF; Oliveira AF; Juliano Y, Ferreira LM. Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo: estudo epidemiológico. Rev. Bras. Cir. Plást. 2015;30(1):86-92
10. Sheridan RL. Fire-related inhalation injury. N Engl J Med. 2016;375(5):464-9

11. Jeschke MG, Herndon DN. Burns in children: standard and new treatments. *Lancet*. 2014;383(9923):1168-78
12. Vana L F M, Fontana C, Gemperli R. Atualização e sistematização de sequelas em queimaduras. *Cirurgia Plástica Ibero-Latinoamericana* - Vol. 46 - Supl. 1 -2020.
13. BHATIA, A., O'BRIEN, K., CHEN, M., et al., "Dual therapeutic functions of F-5 fragment in burn wounds: preventing wound progression and promoting wound healing in pigs", *Molecular Therapy - Methods & Clinical Development*, pp. 1 - 11, Jun. 2016.
14. DAI, T., HUANG, Y., SHARMA, S.K., et al., "Topical Antimicrobials for Burn Wound Infections" *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2010; 5 (2): 124-151.
15. GODINHO, J. F., BERTI, F. V., MÜLLER, D., et al., "Incorporation of Aloe vera extracts into nanocellulose during biosynthesis" *Celulose*. 2016; 23(1): 545 – 555.
16. CHAKRABORTI, S., MANDAL, A.K., SARWAR, S., et al., "Bactericidal effect of polyethyleneimine capped ZnO nanoparticles on multiple antibiotic resistant bacteria harboring genes of high-pathogenicity island", *Colloids and Surfaces B: Biointerfaces*, 2014; 121: 44-53.
17. CHELLAN, P., SADLER, P.J. "The elements of life and medicines", *Phil.Trans. R.Soc.A*. v. 373, n. 2037, Mar. 2015
18. NOGUEIRA, A. L., MACHADO, R. A. F., SOUZA, A. Z., et al., "Synthesis and Characterization of Silver Nanoparticles Produced with a Bifunctional Stabilizing Agent", *Industrial & Engineering Chemistry Research*. 2014; 53(9): 3426-34.
19. Donelan MB, Parrett BM, Sheridan RL. Pulsed Dye laser and Z-Plasty for facial burn scars. The alternative to excision. *Ann Plast Surg*. 2008;60(5):1-7.
20. Jeevan R, Rashid A, Lymperopoulos NS, Wilkinson D, James MI. Mortality and treatment cost estimates for 1075 consecutive patients treated by a regional adult burn service over a five year period: the Liverpool experience. *Burns* [Internet]. 2014;40(2):214-22.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Internações por Grupo de Causas segundo Município - Fev/2014 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>
22. Pescuma A Jr, Mendes A, Almeida PCC. A evolução financeira do setor de queimados, sua legitimidade, seu financiamento e sua complexidade durante o período de 2002 a 2010. *Pesquisa & Debate* [Internet]. 2013; 24(1): 121-36.
23. Castilho V, Lima AFC, Fugulin FMT. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: Kurcgant P (coord.). *Gerenciamento em Enfermagem*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 170-83.
24. Selig HF, Lumenta DB, Giretzlehner M, Jeschke MG, Upton D, Kamolz LP. The properties of an "ideal" burn wound dressing--what do we need in daily clinical practice?

- Results of a worldwide online survey among burn care specialists. *Burns* [Internet]. 2012; 38(7):960-6.
25. Almeida PCC, Gomez DS. Organização de um centro de tratamento de queimaduras. In: Ferreira MC, Gomez DS, (Orgs). *Tratado de Cirurgia Plástica*. São Paulo: Atheneu; 2013. p.1-14.
 26. Caruso DM, Foster KN, Hermans MHE, Rick C. Aquacel Ag in the management of partial-thickness burns: results of a clinical trial. *J Burn Care Rehabil* [Internet]. 2004;25(1):89-97.
 27. Torres FG, Arroyo JJ, Troncoso OP. Bacterial cellulose nanocomposites: An all-nano type of material. *Materials Science & Engineering C* [Internet]. 2019 Jan 19 [cited 2020 Jun 16];98:1277-1293. DOI <https://doi.org/10.1016/j.msec.2019.01.064>
 28. Wang J, Tavakoli J, Tang Y. Bacterial cellulose production, properties and applications with different culture methods- A review. *Carbohydrate Polymers* [Internet]. 2019 May 07 [cited 2020 Jun 16];219:63-76. DOI <https://doi.org/10.1016/j.carbpol.2019.05.008>
 29. Meng E, Chen CL, Liu CC, et al. Bioapplications of Bacterial Cellulose Polymers Conjugated with Resveratrol for Epithelial Defect Regeneration. *Polymers* [Internet]. 2019 Jun 15 [cited 2020 Jun 17];11:1-20. DOI <https://doi.org/10.3390/polym11061048>
 30. Picheth GF, Pirich CL, Sierakowski MR, et al. Bacterial cellulose in biomedical applications: A review. *International Journal of Biological Macromolecules* [Internet]. 2017 Jun 03 [cited 2020 Jun 16];104:97-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2017.05.171>
 31. Ullah H, Wahid F, Santos HA, Khan T. Advances in Biomedical and Pharmaceutical Applications of Functional Bacterial Cellulose-Based Nanocomposites. *Carbohydrate Polymers* [Internet]. 2016 May 11 [cited 2020 Jun 16];150:330–352. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.carbpol.2016.05.029>
 32. Silveira FCA, Pinto FCM, Neto SSC, et al. Treatment of tympanic membrane perforation using bacterial cellulose: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [Internet]. 2015 Mar 29 [cited 2020 Jun 16];82:203-208. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.03.015>
 33. Biskin S, Damar M, Oktem SN, et al. A new graft material for myringoplasty: bacterial cellulose. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2016 Jun 29 [cited 2020 Jun 16];273:3561–3565. DOI <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-016-4019-0>
 34. Portela R, Leal CR, Almeida PL, Sobral RG. Bacterial cellulose: a versatile biopolymer for wound dressing applications. *Microbial Biotechnology* [Internet]. 2019 Feb 12 [cited 2020 Jun 17];12:586–610. DOI <https://doi.org/10.1111/1751-7915.13392>
 35. Marks G. Tratamento da lesão de queimaduras de espessura parcial: revisão integrativa [Trabalho de conclusão de especialização] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. [acesso em 2020 jun 19]. Disponível em : <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/174311>

36. Leite LRV. Farmacologia das feridas: uma revisão de literatura [Monografia] [Internet]. Cuité-PB: Universidade Federal de Campina Grande; 2018. [acesso em 2020 jun 19]. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/6788>
37. Lima ALV. Tratamento tópico de queimaduras e suas atualizações: uma revisão bibliográfica [Trabalho de Conclusão de Curso] [Internet]. Manhuaçu: Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu; 2018. [acesso em 2020 jun 19]. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/repositorio/tcc/article/view/912>
38. Oliveira APBS, Peripato LA. A cobertura ideal para tratamento de paciente queimado: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2017 [acesso em 2020 jun 19]; 16(3):188-93. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/392/pt-BR/a-cobertura-ideal-para-tratamento-em-paciente-queimado--uma-revisao-integrativa-da-literatura#:~:text=RESULTADOS%3A%20Existem%20v%C3%A1rios%20tipos%20de,efic%C3%A1cia%20e%20melhor%20custo%2Dbenef%C3%ADcio>.
39. Fischer MR, Garcia MCF, Nogueira AL, et al. Biossíntese e caracterização de nanocelulose bacteriana para engenharia de tecidos. Rev Matéria suplemento [Internet]. 2017. [acesso em 2020 jun 19]; 22(supl.1):[17p]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1517-707620170005.0270>
40. Conitec. Membrana de biocelulose no tratamento de : lesões cutâneas com perda de pele, úlceras venosas e arteriais, lesões por pressão, queimaduras de segundo grau e áreas doadoras de enxerto. Brasília, 2018. 36p.
41. Colenci, Raquel. Biomembrana de celulose versus curativo com colagenase no tratamento de úlceras venosas crônicas: ensaio clínico randomizado, aberto e controlado [Tese de doutorado] [Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho"; 2017. [acesso em 2020 jun 19]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/152698>
42. Barie PS, Ho VP. The value of critical care. Surg Clin North Am. 2012; 92(6):1445-62
43. Secoli SR, Nita ME, Ono-nita SK, Nobre M. Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo -efetividade. Arq Gastroenterol [online]. 2010 [cited 2013 Sep 21]; 47(4):329-33. Available from <http://www.scielo.br/pdf/ag/v47n4/v47n4a02.pdf>

Carla Gessanda Evangelista Gonçalves

Enfermeira especialista em Unidade de Terapia Intensiva
carlagessanda@gmail.com

Cássia Menaia França Carvalho Pitangueira

Enfermeira mestre em Saúde da Família, especialista em Gestão Hospitalar e
Gestão em Enfermagem. Docente da Faculdade Estácio de Sá Goiás – FESGO
cmenaia@gmail.com

RESUMO

Introdução: As iniciativas de qualidade, no que se refere à segurança do paciente, estão cada vez mais crescentes em todo o mundo. É necessário que os profissionais da equipe cirúrgica compreendam os riscos a que os pacientes estão submetidos diariamente, para que haja melhoria progressiva no serviço. O engajamento e a participação de todos os membros da equipe são fundamentais para o sucesso da implementação do Programa Nacional de Cirurgia Segura. No entanto, a escolha do profissional que ocupará o cargo de coordenador da Lista de Verificação deve ser pautada em evidências que garantam o cumprimento e a execução deste procedimento. **Objetivo:** Enfatizar a relevância da atuação do enfermeiro, diante dos demais integrantes da equipe de enfermagem, enquanto coordenador da Lista de verificação. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa, a partir de artigos publicados entre 2015 e 2020. Para a análise e interpretação dos dados, foi empregado o processo da análise categorial temática. **Resultados e discussões:** Os estudos apontaram a importância do preenchimento da Lista de Verificação, para o cumprimento das Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Foi possível perceber também, que o cargo de coordenador da Lista tem sido ocupado pela enfermagem repetidamente, além de demonstrar a necessidade deste coordenador ser um profissional que possua competência teórica, prática e científica. **Conclusões:** Assim, pode-se inferir que o enfermeiro é o profissional, da equipe de enfermagem, mais qualificado para a ocupação do cargo de coordenador, uma vez que detém conhecimento científico adquirido na graduação e por isso equipara-se aos demais profissionais de ensino superior, recebendo o respeito e reconhecimento necessários que a função exige, afim de não comprometer o objetivo da implantação do protocolo nas instituições.

Descritores: Segurança do paciente. *Time out*.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da tecnologia e da ciência experimentado pelas práticas assistenciais em todo o mundo, o número de cirurgias e procedimentos invasivos têm crescido, com o intuito de resolver ou diminuir os agravos apresentados por clientes com realidades e

necessidades diferentes. No entanto esse crescimento tem repercutido diretamente no aumento dos erros e das falhas cometidas pelos profissionais, colocando em risco a segurança do paciente (HENRIQUES et al., 2016).

No que se refere às iniciativas de qualidade para garantir essa segurança, estas vêm sendo discutidas e colocadas em práticas desde a instituição do programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 2008. Trata-se de uma Aliança entre os países membros da OMS que se comprometeram com o objetivo do segundo desafio global proposto, de focar no desenvolvimento de práticas assistenciais seguras, com menos erros e danos ao paciente. Por isso é imprescindível que os profissionais entendam os riscos que os pacientes estão expostos para que seja efetiva a qualidade da assistência (ROSCANI et al., 2015).

Essa compreensão ampliada e responsável dos riscos e das características da segurança ao paciente, para a melhoria progressiva no serviço, é de grande relevância tanto para a redução da mortalidade, redução dos danos e dos eventos adversos, como para a melhoria da qualidade assistencial e aumento da sobrevivência dos pacientes (LOPEZ et al., 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde - MS constituiu o Programa Nacional de Cirurgia Segura, em 2013, com a criação do Protocolo Cirurgia Segura. Desse modo o MS garante que o sistema de saúde brasileiro avance no desenvolvimento de ações e serviços que prestem uma atenção integral segura e de qualidade (AMAYA et al., 2015)

Em todo mundo os erros acontecem rotineiramente e são altos os números de acontecimento desses incidentes. Por isso, com a criação do programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” objetivou-se a melhoria da segurança e à redução do número de mortes e complicações cirúrgicas, baseando-se na prevenção de infecções no sítio cirúrgico; na anestesiologia segura; em equipes cirúrgicas eficientes e na mensuração de complicações ocorridas após a assistência cirúrgica. Além desses pré-requisitos para garantir a segurança do paciente, o programa elaborou um conjunto de dez objetivos específicos essenciais que devem ser alvos atingíveis por todas as equipes durante a assistência cirúrgica (FUJII NETA et al., 2019)

Tais objetivos foram compilados na elaboração do *Checklist ou Lista de Verificação*. Trata-se de instrumento que deve ser utilizado pela equipe cirúrgica, com preenchimento correto e atento, sempre em três momentos específicos, antes da indução anestésica, antes do início da cirurgia e antes que o paciente deixe a sala operatória (AMAYA et al., 2015).

A lista de verificação, de acordo com o Manual de Cirurgia Segura, pode ser aplicada por qualquer profissional da equipe cirúrgica. O Manual assegura ainda que deve haver a existência de um coordenador que conduza o preenchimento correto de tal instrumento, mas não especifica quem. Estudos apontam que a enfermagem tem se destacado nesta atuação (PEREIRA et al., 2020).

No entanto, com vistas a assegurar assistência perioperatória e contribuir para redução de erros cirúrgicos, faz-se necessário que todos os membros da equipe tenham conhecimento de todo o protocolo e se co-responsabilizem ativamente no engajamento deste processo, mas que o profissional que assumir a competência de coordenador, este esteja preparado para tal cargo (LOPEZ et al., 2020).

Assim, partindo deste pressuposto, surge o seguinte questionamento: Será que qualquer integrante da equipe de enfermagem é capaz de exercer a função de coordenador da Lista de Verificação, do Programa Nacional de Segurança do Paciente, sem prejuízos em relação à execução do preenchimento? Na tentativa de responder tal questionamento, objetivou-se, com a realização deste estudo, enfatizar a relevância da atuação do enfermeiro, diante dos demais integrantes da equipe de enfermagem, enquanto coordenador da Lista de verificação, inserido no Protocolo de Cirurgia Segura Salva Vidas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para alcançar o objetivo do estudo foi uma revisão bibliográfica da literatura científica, com abordagem qualitativa, de caráter descritivo.

A construção desta pesquisa foi elaborada através do emprego de dois tipos de fontes de dados, a primária e a secundária. Como fonte de dados primários foram utilizados manuais, publicações e normativas, que fundamentaram a discussão entre os autores selecionados. E, como fonte de dados secundários, foram utilizados textos científicos publicados em periódicos e disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e BDEF - Enfermagem. Para realização da busca, foram utilizados os seguintes descritores: segurança do paciente e *Time out*. Após cruzamento das palavras-chaves, com utilização do AND entre elas, foram encontrados 35 artigos.

Foram incluídos estudos em português, com data de publicação entre 2015 e 2020, sendo, posteriormente, feita a leitura exaustiva destes. No entanto, foram utilizados alguns poucos documentos que precedem a data amostral adotada neste estudo, devido o caráter e a contribuição ímpar dos documentos para esta pesquisa.

Como critério de exclusão, após o levantamento bibliográfico de caráter exploratório e seletivo, foram descartados editoriais, resumos de anais, teses, dissertações, TCCs, tendo sido delimitado a utilização do material relevante relacionado à enfermagem, e excluídos artigos cujo título não remetesse à temática. Estudos duplicados e encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez.

Dessa forma, a amostra final foi composta por 13 (treze) artigos, além da utilização de manuais, publicações e normativas que fundamentaram os artigos aproveitados. A avaliação dos dados foi baseada na tentativa de responder ao problema que suscitou a elaboração deste estudo e alcançar o objetivo geral. Para a análise e interpretação dos dados, foi empregado o processo da análise categorial temática, utilizando todas as fases deste processo: a exploratória, a fase de coleta de dados e a fase de análise dos dados, na qual se faz o ordenamento, por deduções e interpretações, dos dados coletados, baseados na fundamentação teórica (MINAYO, 2002).

Assim, partindo dos dados desta pesquisa, após a fase exploratória e de coleta de dados foi possível isolar duas categorias de análise, as quais subsidiaram o alcance do objetivo desta pesquisa. As categorias pré-selecionadas foram: a) A importância do Protocolo de Cirurgia Segura para a segurança do paciente e b) A relevância da atuação do enfermeiro na execução do check-list do Protocolo de Cirurgia Segura.

DISCUSSÃO

A IMPORTÂNCIA DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2009) o Desafio Global trata-se da realização de campanhas lançadas pela Aliança Mundial, as quais possuem tema e áreas específicas e utilizam-se do aprendizado sistematizado, contínuo e do desenvolvimento do pensamento preventivo dos profissionais de saúde, na segurança do paciente. Com o intuito de garantir a segurança da assistência cirúrgica é que o Segundo Desafio Global, em 2007-2008, foi desenvolvido. Desta campanha surgiu o Programa Cirurgia Segura Salva Vidas, em 2009.

Amaya et al. (2015) reiteram a importância da implementação deste programa pelos países membros da OMS, no intuito de reduzir os danos gerados aos pacientes cirúrgicos a partir da elaboração de métodos e protocolos padronizados que devem ser seguidos. Sem essa padronização e imposição de ações os atores envolvidos no processo assistencial cirúrgico, tendem a atuarem de modo acomodado e arraigados aos vícios de uma prática laboral desumanizada.

Ainda segundo a autora, o protocolo tem como objetivo definir medidas para serem implementadas com a finalidade de reduzir a grande ocorrência de eventos adversos, aumentando assim a segurança do paciente no momento da cirurgia, garantindo que seja realizada no paciente correto, no sítio correto, no membro correto, diminuindo a incidência de erros cirúrgicos.

De acordo com Santos et al. (2020) anualmente, milhões de pessoas são submetidas a tratamento e intervenções cirúrgicas. Henriques et al. (2016) apresenta que desses milhões de cirurgias realizadas pelo mundo, ocorrem 2 milhões de óbitos e 7 milhões de complicações após a cirurgia, das quais 50% poderiam ter sido evitados.

Henriques et al. (2016), em seu estudo, afirmam que ainda são insuficientes as informações reais que forneçam o número de mortes por erros de procedimentos cirúrgicos no Brasil. O que demonstra uma real necessidade de investimentos de estudos e esforços na investigação desses casos. Mas, foi partindo desta preocupação que o Ministério da Saúde, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância e Saúde – ANVISA, formalizaram o normativo proposto pela OMS, ao publicar a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP.

De acordo com Peixoto et al. (2016), o protocolo utilizado pelo PNSP traz vantagens que são de extrema importância para a unidade hospitalar, tanto para um tempo de internação reduzido, quanto para o hospital que economiza e corre um menor risco de falhas. Além disso, ajuda a tornar a comunicação entre os profissionais no centro cirúrgico mais efetiva, fazendo com que o ambiente fique mais dinâmico.

Segundo a OMS (2009), o checklist é o instrumento utilizado para implementar o Protocolo, realizado na sala cirúrgica no momento pré, intra e pós operatório, assinado ao final por todos os membros envolvidos no ato cirúrgico.

Peixoto et al. (2016) afirmam que o checklist apenas, não resolverá as falhas que ocorrem nas salas cirúrgicas. Há sim uma necessidade de que os profissionais desenvolvam melhor o cuidado assistencial com o cliente e sigam de forma correta o planejamento que a OMS instituiu para melhoria do processo. Mas, para isso torna-se imprescindível que os profissionais sejam submetidos a atividades de educação permanente, no intuito de garantir a modificação do comportamento e do desenvolvimento das práticas assistenciais, fazendo com que os colaboradores do serviço aprendam como funciona o protocolo e entendam a importância da sua implementação.

Segundo Lopez et al. (2020) é necessário que as instituições detectem as dificuldades que estão expostas, podendo assim identificar o início dos eventos adversos para que possam ser corrigidos e aprimorados, proporcionando, então, uma assistência de qualidade e segura para o paciente.

Para Klein et al. (2019) faz-se necessário uma vigilância mais forte em relação às ações que ocorrem dentro do centro cirúrgico, inclusive na aplicação do checklist, pois esse instrumento, após a conclusão de seu preenchimento, é assinado e carimbado por todos os profissionais que estão envolvidos. Portanto, torna-se um documento comprobatório em que demonstra o compromisso gerado pelos profissionais em prestar um serviço de qualidade ao cliente, ao mesmo tempo em que pode servir como evidências reais e concretas a favor do cliente em casos de imperícia, negligência e imprudência por parte dos profissionais.

Fujii Neta et al. (2020) afirmam que as instituições precisam investir em ações que tenham em vista o planejamento e a execução de ações que visem sempre a segurança do paciente, pois são elas que garantirão uma assistência de qualidade. O que corrobora com o exposto por Santos et al. (2020), ao reiterar a importância do conhecimento dos objetivos e da adesão ao protocolo, fazendo uso responsável da Lista de verificação, como instrumento diário de trabalho, por parte dos integrantes da equipe cirúrgica, no intuito de prevenir erros e assegurar a qualidade na assistência prestada.

A RELEVÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EXECUÇÃO DO CHECK-LIST DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Na área da saúde, a enfermagem destaca-se como o segmento profissional que detém o maior número de pessoas atuantes. Trata-se de uma equipe profissional que envolve 4 classes de profissionais distintos e co-dependentes, o enfermeiro, o líder da equipe; o Técnico de Enfermagem, o Auxiliar de Enfermagem e a Parteira (BRASIL, 1986).

Casarolli et al. (2015) afirmam que destes profissionais, o enfermeiro é o profissional habilitado, com formação em nível superior, o mais capacitado e detentor de maior conhecimento científico da equipe; o técnico de enfermagem possui o diploma ou o certificado de curso técnico de Enfermagem e, de acordo com o art. 12 da Lei do exercício profissional da enfermagem, “exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem” (BRASIL, 1986).

O auxiliar de enfermagem, de acordo com o art. 13, ainda da Lei 7.948, de 26 de junho de 1986, “exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento”. Já as parteiras, são profissionais que desenvolvem suas atividades há mais de dois anos em instituições de saúde e que se submeteram ao exame de habilitação. Este lhes garante o certificado de “parteiras práticas”, expedidos por Escolas de Enfermagem oficiais ou reconhecidas, ou ainda por Hospital Regional local, sob designação do Diretor do Departamento Nacional de Saúde (BRASIL, 1986); (BRASIL, 1946).

A presença do enfermeiro em uma dada instituição de saúde é de fundamental importância, uma vez que os demais integrantes da equipe de enfermagem não podem exercer suas atribuições sem a presença deste, enquanto supervisor de suas ações. O enfermeiro, no uso de suas atribuições, possui atividades que são privativas, como a elaboração do diagnóstico de enfermagem, por exemplo (BRASIL, 2009).

No entanto, de acordo com os autores supracitados, Casarolli et al. (2015), o fato do enfermeiro possuir atribuições que sejam privativas ao seu exercício, não impede que este desenvolva outras atividades que sejam compartilhadas pelo restante de sua equipe.

Marcellino et al. (2016) fazem a consideração que no transcorrer das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, o enfermeiro deve orientar a equipe enquanto líder, buscando constantemente conhecimento atualizado, a fim de distribuir tais informações aos seus liderados, através de uma comunicação que transmita segurança e domínio de ciência, com um bom relacionamento interpessoal. Que, segundo Lopez et al. (2020) é a falta de uma comunicação assertiva entre os profissionais a causa dos principais erros e eventos adversos que envolvem a segurança do paciente, devido bloqueio ou barreiras entre os elementos que conformam o processo comunicativo, emissor-receptor.

Oliveira e colaboradores (2020) afirmam ainda que sendo a enfermagem uma ciência que interage com outras ciências, faz-se necessário que, ainda na graduação, o enfermeiro aprenda a desenvolver a habilidade de liderar a equipe e representar com responsabilidade

as ações desenvolvidas por esta, diante dos diversos segmentos profissionais que formam a equipe multidisciplinar da área da saúde.

Dentro do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS (2009), tema geral deste estudo, unem-se esforços de diversos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança cirúrgica, ao reduzir os erros evitáveis, o número de mortes e complicações cirúrgicas.

Para isto, foi idealizado a lista de verificação para ser aplicada antes, durante e após o ato cirúrgico, pela equipe cirúrgica. De acordo com o Manual de Cirurgia Segura Salvam Vidas, citado por Pereira et al. (2020), entende-se por equipe cirúrgica todos os profissionais envolvidos com o ato cirúrgico, como o cirurgião, o anestesista e a equipe de enfermagem cada um desenvolvendo suas atribuições, para a garantia da segurança do paciente.

Segundo o Manual de implementação da Lista de verificação, contido no Manual da Cirurgia Segura salvam vidas, a Lista de verificação deve ser executada por uma única pessoa, o qual afirma a frequente participação do profissional da equipe de enfermagem, ressaltando a possibilidade de qualquer outro profissional da área da saúde no preenchimento da lista.

Todavia, o próprio Manual chama a atenção dos gestores das instituições no cuidado que se deve adotar ao eleger o coordenador da lista de verificação, uma vez que este pode e deve impedir que a equipe cirúrgica dê prosseguimento ao ato, caso perceba que alguma das fases que completam o procedimento não estejam devidamente estabelecidas. O Manual afirma ainda que essa autonomia do coordenador da lista de verificação pode “ofender ou irritar outros membros da equipe”, cabendo ao coordenador uma posição de liderança e detenção de conhecimento que, dentro da equipe de enfermagem, somente o enfermeiro dispõe (OMS, 2009, p. 195).

Panciere et al. (2013), em seu estudo, orienta que seja o enfermeiro o profissional mais indicado e habilitado para a função da coordenação da lista. O autor ressalta ainda que, mesmo que outro profissional possa assumir tal função, cabe ao coordenador a plena autoridade sobre o processo cirúrgico. O que é confirma por Santos et al. (2020) quando afirma que uma única pessoa deve realizar a aplicação, sendo preferencialmente o enfermeiro, o profissional indicado para a checagem.

Tais indagações trazem dúvidas quanto às competências desenvolvidas pelos demais integrantes da equipe de enfermagem que assumem a função de coordenadores da lista.

Pereira et al. (2020) relatam que a enfermagem tem se destacado sim na aplicabilidade da lista de verificação e que para isto é necessário o desenvolvimento desta implementação por parte de um profissional que possua consciência de sua importância.

Por fim, Amaya et al. (2015) apresentam um estudo o qual destacou que quase metade dos eventos adversos evitáveis, em pacientes internados, foram causados pelo uso de medicamentos prévios ao ato cirúrgico. Para a autora, a importância da investigação e avaliação de enfermagem, no período pré-operatório, realizado pelo enfermeiro, no levantamento prévio de informações sobre as condições clínicas, estado alérgico e uso de drogas e na execução do checklist, foi de fundamental importância para segurança do paciente. Esse estudo confirma a hipótese de a necessidade do coordenador da lista de verificação deter um conhecimento mais detalhado em farmacologia, doenças pré-existentes, e no olhar holístico que se deve ter do paciente.

Assim, percebe-se que somente o enfermeiro, dentro da equipe de enfermagem, detém o vasto conhecimento nas áreas citadas por Amaya et al. (2015), adquiridos durante a graduação e somente tal profissional possui competência teórico, prático e científico para exercer a função de coordenador da lista de verificação.

CONCLUSÃO

O Programa Cirurgia Segura Salva Vidas surge da preocupação das autoridades sanitárias pelo aumento significativo do número de mortes por erros cometidos pelos profissionais de saúde em todo o mundo, em procedimentos cirúrgicos.

Com o intuito de diminuir esses erros, o Programa Cirurgia Segura Salva Vidas tem sido implementado em diversas instituições, através da utilização do Checklist ou Lista de Verificação. Esta é utilizada como instrumento de trabalho e possibilita o levantamento de informações fundamentais que garantem a segurança do cliente.

No entanto, faz-se necessário uma mudança na cultura dos profissionais envolvidos nos processos cirúrgicos, afim de que se reconheça a necessidade do preenchimento correto de todos os quesitos contidos nesse instrumento e, principalmente, o comprometimento desses profissionais para contribuir com a segurança do paciente.

Para obter tal sucesso, é imprescindível que tenha apenas uma pessoa preenchendo a Lista de Verificação, pois alguns passos podem acabar sendo esquecidos durante o processo pré até o pós-operatório. Além disso, embora não esteja contido em nenhuma normativa, espera-se que o profissional responsável, o coordenador, seja alguém que diante de toda a equipe cirúrgica exerça certa autonomia, liderança, autoridade e seja capacitado; que esteja ciente de todas as etapas do procedimento e que não se intimide com possíveis posturas de alguns profissionais que não queiram respeitar a execução do proposto pelo Protocolo.

O Manual de Cirurgia Segura Salva Vidas, além de discorrer sobre a importância da elaboração do Protocolo e da sua implementação, preocupa-se como este possa ser aplicado nas instituições. Por isso traz algumas considerações pertinentes que viabilizam tal implementação e a tornam mais flexível. Desse modo, permite que algumas adaptações sejam feitas na Lista de verificação, sempre buscando atender à realidade e necessidades locais, assim como deixa a critério de cada instituição a eleição do coordenador da lista, embora ressalte a importância de selecionar a pessoa ideal para a execução da função.

O Manual de Implementação da Lista de Verificação não determina que seja o enfermeiro o coordenador da lista, talvez para facilitar a implementação do Protocolo de Cirurgia Segura, no que se refere ao quadro dos recursos humanos investidos pela instituição, em termos de contratação e elevação dos custos hospitalares. Não se sabe os motivos pelos quais o Manual não restringiu a participação de profissionais, com formação em nível médio e técnico, de participarem enquanto coordenadores e estabelecessem função de liderança numa equipe formada por profissionais com conhecimento e formação superior relacionado ao ato cirúrgico. Todavia este não é o objetivo deste estudo, desejando-se aqui a reflexão sobre a importância de ser o enfermeiro o coordenador da Lista de Verificação, no Protocolo da Cirurgia Segura.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Neste estudo buscou-se enfatizar a relevância da atuação do enfermeiro inserido no Protocolo de Cirurgia Segura Salva Vidas, focalizando a execução da lista de verificação. Apresentaram-se aqui argumentos que comprovam a necessidade de a lista de verificação ser gerida por um profissional que possua conhecimento científico e liderança diante dos demais integrantes da equipe cirúrgica, para que este seja respeitado e a execução da lista não seja prejudicada.

Alguns autores levantados confirmaram a hipótese inicial deste estudo, o qual apontou o enfermeiro como o ator principal da equipe de enfermagem, mais habilitado ao cargo de coordenador da lista de verificação, embora o próprio Manual não determine tal

assertiva. Todavia, o Manual não estabelece quem seja especificamente o profissional certo, mas faz a ressalva de a instituição selecionar um ente que saiba lidar com as eventuais dificuldades de aceitação, por parte da equipe, e da adesão ao protocolo.

Cogitou-se neste estudo que profissionais com conhecimento científico de nível médio não possuem competência, nem reconhecimento e respeito enquanto líderes pelos demais atores da equipe cirúrgica. O que pode comprometer o objetivo da implantação do protocolo em uma instituição.

Neste pressuposto, estima-se que este estudo sirva como reflexão, para instituições de saúde que já implementaram o Protocolo de Cirurgia Segura e para os que ainda farão adesão, sobre a importância do enfermeiro enquanto coordenador da lista de verificação, para a qualidade dos resultados da implementação do protocolo.

Percebeu-se aqui que não basta implementar, mas que se tem que buscar alternativas e meios para que o resultado seja o cumprimento das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, ao corroborar para que as práticas diárias possam garantir a segurança do cliente.

REFERÊNCIAS

AMAYA, M.R et al. Análise do registro e conteúdo de *checklists* para cirurgia segura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 246-251, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200246&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 28 Mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Decreto-lei n° 8.778, de 22 de janeiro de 1946. **Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiros Práticas**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jan. 1946. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del8778.htm. Acesso em: 24 Mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 24 Mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n° 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 24 Mai. 2020.

_____. Anvisa. RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 29 Mai. 2020.

CASAROLLI, A.C.G. et al. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no Pronto-Socorro de um hospital público. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 278 - 285, jul. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16811>. Acesso em: 07 Mai. 2020.

FUJII NETA, A. et al. Segurança do paciente e cirurgia segura: taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital escola. **Nursing**. São Paulo; v. 22, n. 259, 3380-3383, dez. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/259/pg22.pdf>. Acesso em 15 jun. 2020.

HENRIQUES. A.H.B. et al. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Pernambuco, v. 21, n. 4, 01-09 Out/dez, 2016. Disponível em < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45622>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

KLEIN, S. et al. Segurança do paciente no contexto da recuperação pós-anestésica: um estudo convergente assistencial. **Rev. SOBECC**; v. 24, n. 3, 146-153, jul.-set.2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Mena/Downloads/455-2641-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

LOPEZ, E.C.M.S. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **REME rev. min. Enferm.** (online); v. 24, fev.2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Mena/Downloads/e1298.pdf>. Acesso em 15 jun. 2020.

MARCELLINO, G. et al. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 25, n. 4, 1-9, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71447791005>. Acesso em: 7 jun. de 2020.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

OLIVEIRA, C. et al. A liderança na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 41, 1-9, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v41/pt_1983-1447-rgenf-41-e20190106.pdf. Acesso em 15 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas/Manual**. Organização Mundial da Saúde – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf. Acesso em: 17 mai. 2020.

_____. **Protocolo Para Cirurgia Segura**. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013. Disponível em: < <http://pa.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/PROTOCOLO-CIRURGIA-SEGURA.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

PANCIERI, A.P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 1, 71-78, 2013. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiBjdvMmN_VAhUEUZAKHTS6B6QQFfgguMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Frgenf%2Fv34n1%2F09.pdf&usg=AFQjCNG7JTTFn6VAm2FKv5qxFwhvrB0dvg. Acesso em: 17 mai. 2020.

PEIXOTO et al. Checklist de cirurgia segura: um caminho à segurança do paciente. **Saúde e Ciência em Ação** – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. v.2, n.01, Jan-Julho 2016. Disponível em: <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/203>> Acesso em 21 mai. 2020.

PEREIRA, L.F.M.L. et al. Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura. **Rev. enferm. UFPE (online)**; v. 14, 1-9, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Mena/Downloads/242554-159726-1-PB.pdf>. Acesso em 15 jun. 2020.

SANTOS, Evelyn Alves; DOMINGUES, Aline Natália; EDUARDO, Aline Helena Appoloni. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 38, p. 75-88, Jun. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100075&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2020.

ROSCANI, A.N.C.P. et al. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Acta Paul Enferm.** v. 28, n. 6, 553-65. São Paulo, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0553.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

Cássia Valéria dos Santos

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

Elisabete Ferreira Batista

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

Lauana Alves Sampaio

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

Helena Portes Sava de Farias

Professora e Orientadora pelo Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo identificar atividades em educação sexual que estimulem o interesse dos adolescentes em aquisição de conhecimento das IST e os sensibilizem para o autocuidado. De acordo com o estatuto da criança e do adolescente, compreende-se como adolescente pessoas de 12 e 18 anos de idade, nessa faixa etária ocorrem muitas mudanças físicas, psíquicas que influenciam no estado emocional destes, propiciando a busca por novas experiências, muitas vezes de modo inconsequente, levando a danos irreparáveis. Neste contexto, é de extrema necessidade que os jovens adquiram e ampliem seus conhecimentos acerca das IST. O estudo contou com uma pesquisa qualitativa descritiva, utilizando como base, artigos e teses disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde para uma revisão bibliográfica referente às atividades educativas em saúde sexual desenvolvidas com adolescentes. Os cinco trabalhos selecionados foram publicados nos últimos cinco anos, no total de 3 artigos e 2 teses. As atividades desenvolvidas nas escolas como: plantão educativo individual, tabuleiro das DST's, Blog's escolares e os círculos de cultura, tiveram boa adesão pelos alunos, o que repercutiu nos resultados positivos quando em alguma delas, foram aplicado questionários. O ambiente escolar é o cenário ideal para desenvolver tais ações, desde que, capacite os profissionais.

Descritores: Educação em Saúde, Saúde do Adolescente e Doenças Sexualmente Transmissíveis.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto do interesse dos autores em investigar o alto índice de IST na adolescência.

Sexualidade é um assunto pouco tratado com os adolescentes por conta de todo preconceito que ainda há em relação a esse tema. Os jovens por sua vez não procuram se informar sobre o conhecimento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) contribuindo para o número crescente de contágios e de gravidez indesejadas anualmente.

O ambiente escolar e familiar postergam muito o assunto e quando abordam, o tomam de maneira tímida quase ineficaz. Alguns pais não se sentem confortáveis para falar de educação sexual por diversas razões, dentre elas, falta de domínio do tema, pouco nível de instrução, questões culturais, religiosas e até mesmo por delegarem esta função à escola. Dessa maneira a orientação sexual fica cada vez mais distante do cenário real vivido por esse público.

A busca pela informação torna-se passiva levando-os a viverem esta fase de suas vidas de modo inconsequente devido ao pouco conhecimento, o que faz que associem o ato sexual muitas vezes cometido com imprudência à gravidez como a sequela de maior gravidade. Apesar de não dispormos de dados estáticos de grande abrangência e especificamente nesta faixa etária, é possível associar que algumas IST diagnosticadas na vida adulta podem ter sido adquiridas na adolescência, muitas não apresentam sintomas evidentes, e outras em curto prazo e de difícil percepção, como é o caso da sífilis, HPV e HIV. Unindo essas questões ao fato de que eles não têm o hábito de procurarem os serviços de saúde, torna-se difícil dados que mostrem de maneira fidedigna o alto índice de contágios entre esses indivíduos.

De acordo com os dados disponibilizados no Datasus, no ano de 2007 foram noticiados 627 novos casos de AIDS em adolescente entre 13 e 19 anos, em 2012 esse número subiu para 13%, totalizando 828 casos. O número de adolescentes infectados pelo vírus HIV e com AIDS estabelecida, tem aumentado gradativamente como mostra as informações colhidas. Talvez a pouca importância dada a essa temática por parte dos jovens, famílias, escolas e por órgãos responsáveis de elaborar políticas de saúde, contribua para altas incidências de IST no país.

A adolescência é marcada por grandes descobertas e transformações, nítidas fisicamente e psicologicamente. As mudanças influenciam no estado emocional relacionados à ansiedade e curiosidade, despertando a busca por viverem novas experiências que lhes proporcionem prazer e conhecimento do mundo que os cercam, mesmo que tais experiências possam trazer consequências irreparáveis. Uma “chorada” de hormônios podem lhes tornar corajosos, porém não cautelosos. Assim, o início da vida sexual acontece de forma imatura e precoce.

Com um olhar voltado para esse contexto o presente estudo levanta uma questão norteadora: Como despertar o interesse nos adolescente sobre as IST. Por tanto, foi definido o seguinte objetivo, identificar atividades de educação sexual que através de uma metodologia dinâmica contribua para aprendizagem e interesse dos jovens em relação às IST.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com a Organização mundial de saúde (OMS) a Adolescência é dividida em três fases: Pré-Adolescência - 10 aos 14 anos; Adolescência – dos 15 aos 19 anos completo; Juventude – dos 15 aos 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera adolescente a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade. Os serviços de saúde consideram a adolescência a faixa etária de 10 a 19 anos. As definições são pouco divergentes, no entanto, não diferem na garantia dos direitos concedidos no art.96 onde cita:

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sócias e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação” (BRASIL,1988).

Visto que a sexualidade é inerente do ser humano, tendo grande marco na fase do adolecer, período este, onde a capacidade para tomar decisão, escolher e responsabilidade perpassam momentos conflituosos, como refere Suplicy (1993)

“Quanto ao sexo, o jovem sofre todas as pressões inimagináveis por parte da Igreja, da família e da comunidade, que diz: “Não pode”. Do outro lado, ele sofre pressão dos amigos incentivando “Faça, é uma delícia!” Tem TV, onde todo mundo transa com todo mundo. Fora isso, tem o desejo sexual do próprio adolescente. Está tudo ali, explodindo. Todos esses elementos: O desejo, o não, o sim, o medo e agora a AIDS, na qual todos estão pensando- fazem com que o adolescente fique muito confuso no momento de iniciar a sua vida sexual”.

Santos (2011) Os adolescentes costumam incluir de forma significativa os amigos em sua vida pessoal, influenciando nas tomadas de decisão sobre sexualidade e sendo, muitas vezes, os principais precursores da elucidação de dúvidas e discussão sobre esse tema. Mas, nem sempre os colegas que informam tem o conhecimento necessário para esclarecer as dúvidas, orientando incorretamente e contribuindo direta ou indiretamente para o surgimento de gravidez indesejada e DST's.

Nesse contexto, algumas medidas foram e veem sendo norteadas pelos Governos Federais e Ministério da Saúde, a fim de garantir os direitos sexuais e reprodutivos do ser humano, propondo articulações entre saúde e escola.

Muito embora ações sejam firmadas e pactuadas, os serviços oferecidos a essa população ainda é muito fragmentado e pouco avaliado, de modo que, não conseguem intervir de maneira eficaz no comportamento e nas atitudes desses protagonistas. O que resulta em conceitos errôneos, atitudes imprudentes e alta disseminação de infecções sexualmente transmissíveis.

Segunda a diretora do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, Adele Schwartz Benzaken, a falta de prevenção no início da vida sexual vem preocupando o Órgão. Dados do Ministério da Saúde (2017) mostram que 56,6 % dos brasileiros entre 15 a 24 anos usam camisinha com parceiros eventuais.

METODOLOGIA

O estudo contou com uma pesquisa qualitativa-descritiva. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. De acordo com Gil (2008) as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência, foi utilizado como base de pesquisas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que conta com informações produzidas por instituições da Rede Brasileira de Informação em Ciências da Saúde/Rede BVS Brasil.

Na primeira etapa foi feita uma análise no acervo bibliográfico da BVS com os descritores “Educação em Saúde, Saúde do Adolescente, Doenças Sexualmente Transmissíveis, e Educação Sexual”, a fim de localizar informações referentes ao adolescente e os trabalhos realizados com o público dessa faixa etária, a pesquisa gerou 905 artigos.

Desses artigos encontrados, foi utilizado um filtro de tempo, selecionando apenas artigos publicados nos últimos 5 anos, que deu ao todo 158 artigos sendo 148 de bases internacionais. O recorte de tempo possibilitou visualizar o que de mais eficiente está sendo disponibilizado ao jovem com o intuito de fazê-lo se interessar com o assunto IST.

Utilizando os filtros, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Estudantes, Educação em Saúde, Sexualidade, Educação Sexual, Promoção da Saúde, Comportamento Sexual, Saúde Pública e Adolescentes ficaram disponíveis 143 artigos. Esses filtros foram selecionados com intuito da pesquisa se aproximar o máximo possível da questão norteadora do artigo. Foram escolhidos apenas artigos em português que deu um total de 30 artigos.

Na segunda etapa foi realizada uma leitura mais detalhada dos 30 artigos localizados no BVS para verificar os que mais se enquadravam à questão norteadora deste trabalho, foram descartados artigos que não tivesse como objetivo específico experiências de ações em educação sexual para adolescente, ao todo foram selecionados 3 artigos e 2 teses para essa pesquisa.

RESULTADOS

A busca por ações educativas possibilitou a identificação de cinco atividades interativas que viabilizam a construção de conhecimentos na prevenção das IST.

Scopacasa (2013) na tese “Validação de jogo educativo para construção do conhecimento de adolescentes acerca da prevenção DST/Aids” analisa e valida o jogo: “Tabuleiro da prevenção das DST/ Aids”, como uma ferramenta facilitadora no processo ensino-aprendizagem, após uma pesquisa quase experimental por meio de ensaio clínico controlado, onde cita:

Com a experiência de diversas atividades educativas realizadas com adolescentes, pode-se perceber que, quando se utiliza algum tipo de jogo, os participantes ficam mais interessados e solicitam a aplicação desse tipo de tecnologia em atividades subsequentes. Scopocasa (2013).

O estudo foi realizado em quatro escolas públicas com alunos do ensino médio, onde os adolescentes eram divididos em 3 grupos e submetidos a três atividades distintas (palestra expositiva, aula ministrada tradicionalmente e o jogo tabuleiro da prevenção das DST) todas abordavam a mesma temática DST/Aids. Os participantes tiveram seus conhecimentos avaliados antes e após as atividades por meio de um questionário objetivo. Durante à análise comparativa dos resultados pré e pós- teste pôde-se evidenciar o melhor empenho do grupo participante do jogo educativo em relação ao grupo que assistiu à aula ministrada tradicionalmente, no entanto, quando comparado ao grupo que assistiu à palestra expositiva não houve diferença significativa do conhecimento adquirido após a intervenção sobre a temática em questão.

Diante do exposto, conclui-se que o jogo educativo é um grande aliado para aquisição de conhecimentos, por se tratar de um jogo ninguém quer estar em desvantagem, isso motiva os jogadores a ter um envolvimento maior com o tema, favorecendo o desenvolvimento cognitivo, autossuperação e maior interação entre as pessoas.

Costa (2013) na tese “Plantão educativo para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares” mostra em seu estudo quase experimental com abordagem quanti-qualitativa, que o *plantão educativo individual* é uma nova estratégia de educação em saúde a ser adotada no âmbito escolar, neste processo o enfermeiro é visto como um agente educador onde facilita a aquisição de conhecimento por parte dos adolescentes e os estimula a mudar comportamentos inseguros frente às IST.

O plantão educativo é uma estratégia efetiva, uma vez que atende as recomendações das políticas públicas de atenção à saúde do adolescente já existentes e inclui no cenário escolar a presença do profissional de saúde. Ademais, o *plantão educativo* fortaleceu e reforçou o comportamento sexual seguro para

adolescentes que já usavam o preservativo, para os que não usavam e para aqueles que usavam esporadicamente. Costa (2013).

O estudo direcionado aos discentes do ensino médio, cuja média de idade variava entre 15 a 17 anos de idade, se dava de forma individual e espontânea, ou seja, os participantes tinham livre arbítrio para experimentar a prática educativa, entretanto, um questionário pré e pós-teste era aplicado com finalidade de comparar as respostas antes e após a intervenção. O *plantão educativo individual* acontecia previamente agendado, totalizando dois encontros por adolescente com intervalo de 30 dias, durante o encontro o enfermeiro trabalhava orientação sexual de forma dinâmica e interativa, alguns recursos tecnológicos como: imagens, vídeos, modelos anatômicos da genitália masculina e feminina eram usados a fim de facilitar a comunicação de ambos, e entendimento acerca das IST. Nesse cenário o adolescente tinha oportunidade de expor suas angústias e sanar dúvidas.

O plantão educativo mostrou-se inovador e eficiente como relata Costa (2013)[..]Estes comportamentos atraíram a atenção da pesquisadora e, também dos diretores do colégio, sobre como os adolescentes estavam alegres e envolvidos com a proposta do plantão educativo na escola.

Embora a atividade fosse optativa a procura pela mesma manteve-se constante demonstrando o quanto os adolescentes aderiram a ideia. Para aquisição de conhecimento e mudança de hábitos prejudiciais é de extrema importância que haja interesse e participação do sujeito no processo, caso contrário, os resultados esperados não serão satisfatórios. Diante disso, o *plantão educativo* mostra-se uma ferramenta de grande valia para se trabalhar educação sexual no ambiente escolar de maneira eficaz.

Valle et. al. (2013) no artigo “Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental” é feito uma análise de 11 blogs escolares criado por estudantes a partir dos trabalhos desenvolvidos em sala de aula referente à sexualidade, sendo nove blogs de Portugal e dois do Brasil. Os *blogs* tinham por objetivo informar a sociedade em geral, principalmente os adolescentes, quanto aos assuntos de sexualidades, abordando temas como: IST, contraceptivos, gravidez na adolescência, violência sexual, dentre outros. Os conteúdos eram disponibilizados por meio de uma linguagem acessível contendo imagens, vídeos, links, a fim de aproximar os mesmos e facilitar a compreensão das informações.

O *blog* é uma ferramenta de interação virtual comum entre os adolescentes, tendo sido utilizado pelos estudantes com o objetivo de divulgar e trocar informações sobre sexualidade, tornando-se um espaço de interação social e de ajuda mútua. Essa mediação tecnológica permite ao adolescente estabelecer relação com outros adolescentes interessados no tema, diminuindo sentimentos de dúvida, de isolamento e de timidez. Valle et. al. (2013)

Esta estratégia despertou uma participação ativa e voluntária por parte dos jovens, iniciativa esta, que muitas vezes fica comprometida com as metodologias tradicional desenvolvidas em sala de aula. Partindo do pressuposto que os jovens utilizam a internet como uma ferramenta para acessar uma diversidade de assuntos, dentre os quais, orientação sexual. O blog torna-se uma prática educativa viável e interessante para este público.

Nau et. al. (2013) no artigo “Educação sexual de adolescente na perspectiva freireana através de círculos de cultura” analisam por meio de uma pesquisa de abordagem qualitativa a metodologia freireana aplicada aos alunos de 7º e 8º ano do ensino fundamental, como uma ação educativa em saúde sexual.

O Círculo de Cultura é considerado um espaço em potencial para o trabalho educativo e de promoção da saúde, já que pode proporcionar mudanças visando

um maior compromisso social e a construção da autonomia dos sujeitos, pois os capacita a reconhecer situações de risco que podem prejudicar sua qualidade de vida, e para que mantenham uma conduta reflexiva sobre seus atos. Nau et. al. (2013)

A metodologia se dava por meio do Círculo de Cultura. Neste espaço é priorizado a fala dos participantes, relatos de experiências e sugestões de temas para discussão, desta forma, a construção do conhecimento acontece de forma ativa e interativa entre os sujeitos e mediadores. Uma caixa com temas desencadeadores de assunto, como: adolescência, sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais, passava de mão em mão, esgotados os comentários acerca daquele subtema, escolhia-se outro. Após a atividade foi proposto aos alunos responderem um questionário avaliativo da atividade, os resultados obtidos foram: (81,25%) consideraram como ótima, (6,25%) boa e (6,25%) regular.

A partir desse retorno é nítido quantos os adolescentes aprovaram a atividade. Esta estratégia permite que os adolescentes sintam-se acolhidos e com liberdade para conversar, questionar e compartilhar dúvidas, uma vez que se sentem intimidados ou são repreendidos quando tentam dialogar sobre sexualidade com os pais. Diante do exposto, os círculos de cultura quando aliados a profissionais capacitados torna-se um espaço eficaz para educação em saúde.

Ferreira et. al. (2012) no artigo “Cultura masculina e religiosidade na prevenção de DST/HIV/AIDS em adolescentes” através de um estudo qualitativo exploratório aplicado à adolescentes masculinos utilizando a metodologia freireana, evidenciou-se uma cultura machista fortemente presente neste grupo e pouco conhecimento acerca das IST.

O estudo contou com a participação de 21 alunos do ensino fundamental, foram realizados três encontros, tendo como instrumento educativo o Círculo de Cultura, o qual possibilita que os adolescentes dialoguem e reflitam suas atitudes e o educador intervenha sabiamente transmitindo conhecimento, respeitando a singularidade de cada um.

[...] a vivência desses círculos possibilita um momento educativo, com a virtude de considerar em seu desenvolvimento a realidade vivida por todos, e o animador/pesquisador do estudo partilha com os atores a construção, a desconstrução e a (re)construção das questões a serem exploradas e discutidas. Ferreira et. al. (2013)

A metodologia freireana quando aplicada a grupos específicos (sexo masculino ou feminino) permite uma maior proximidade entre os sujeitos e mediadores, propiciando conhecimento da realidade vivida pelo grupo, de modo a facilitar as intervenções a serem realizadas, iniciativa esta, prejudicada quando se generaliza os adolescente a uma única problemática. Os autores reconhecem que é fundamental para que educador e educando, juntos, identifiquem estratégias que fortaleçam a autonomia e a conscientização.

Diante disto, o Círculo Cultural é uma ferramenta educativa em saúde de grande potencial para trabalhar de forma ímpar os adolescentes, pois permite identificar a real fragilidade e comportamento de risco à saúde, e, conseqüentemente fomentar motivação para promoção do autocuidado e conscientização de suas práticas.

CONCLUSÃO

Objetivamos com esse trabalho contribuir para promoção e prevenção da saúde dos adolescentes no que tange as IST. É possível e necessário intervir nas ações educativas para que melhores resultados sejam alcançados. Mostramos e percebemos que o interesse do jovem em adquirir conhecimentos só precisa ser aguçado da maneira certa, a criação

de metodologias participativas que considerem o adolescente protagonista na elaboração e implementação dessas ações, é o caminho.

O ambiente escolar é cenário ideal para desenvolver essas ações, desde que capacite os professores para tal, ou tenha a presença do enfermeiro, como parte deste processo, o qual está apto a desenvolver ações de promoção à saúde e fornecer informações que propiciem decisões conscientes e acertadas sobre sexualidade, por conseguinte, prevenindo gestações não desejadas e infecções sexualmente transmissíveis. Assim a escola mantém seu papel de facilitadora e promotora de educação em saúde.

Não basta somente identificar as IST e tratá-las, disponibilizar preservativos, descobrir novas vacinas como ações preventivas, se unido a isso não trabalhar o psicológico dos jovens, não investir em educação sexual, o conhecimento precisa existir nesta população, se estas não forem acolhidas e olhadas da maneira certa, fica subtendido que a saúde sexual é menos importante, e isso, não condiz com realidade. Nesse contexto, a família também possui papel importante, visto que, muitos adolescentes sentem-se intimidados e limitados para expor suas dúvidas e incertezas relacionados a sexualidade no âmbito familiar.

Diante do que foi pontuado até aqui, ressalta-se a importância de discutir e firmar as ações educativas em saúde sexual dos adolescentes, visto que, a sexualidade é um direito de todos e está presente em todas as fases da vida, por tanto sendo necessário assistir e prestar assistência de forma integral, sem exclusão de etapas.

REFERÊNCIAS

Datasus. Epidemiológicas e morbidades. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 07. Mai. 2017

Adolescência. Fase da vida? Faixa etária? Construção social? Afinal, o que é Adolescência?. Disponível em: < <http://adolescencia.org.br>>. Acesso em: 01. Mai. 2017

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 35. Ed.

Brasília: Centro de Documentação e Informação Edições Câmara, 2012. 254 p.

Carneiro, Juliana. Saiu na imprensa/seis doenças sexualmente transmissíveis em alta entre jovens. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 26. Abr. 2017

SANTOS, G.R. Orientação sexual para adolescentes no âmbito escolar. Monografia (Licenciatura em ciências Biológicas) – consórcio setentrional de educação a distância, Universidade de Brasília, Universidade Estadual de Goiás, Brasília, 2011.

SUPLICY, M. [et al]. Educação sexual: Novas ideias, Novas conquistas – Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

SCOPACASA, L.F. Validação de jogo educativo para construção do conhecimento de adolescente acerca da prevenção de DST/AIDS. 2013. 130 f. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

COSTA, A.C.F.J. Plantão educativo para prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares. 2013. 158 f. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem)- Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

MONVALLI, G. P; COGO, A.L.P. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. Rev Gaúcha Enferm, 2013.

NAU, A. L; SANTA, S. B; HEIDEMANN, I. T. S. B; MOURA, M. G; CASTILLO, L. Educação sexual de adolescentes na perspectiva freireana através dos círculos de cultura. Rev Rene, 2013

Ferreira, A.G.N; Silva, K.L; Sousa, P.R.M; Gubert, F.A; Vieira, N.F.C; Pinheiro, P.N.C. Cultura masculina e religiosidade na prevenção das DST/HIV/AIDS em adolescentes . Rev. Min. Enferm, 2012

Gil, C.A. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2008. 220 p.

Minayo, M.C.S. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. In: _ Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. 18. Ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 80 p.

Kelly Cristina Freire Doria

Enfermeira. Especialista em Hematologia e Hemoterapia e Terapia de Suporte.
Enfermeira Gerente de Resíduos do Instituto Estadual de
Doenças do Tórax Ari Parreiras - IETAP

Ana Maria Mach Queiroz

Médica. Especialista em Hematologia - Plantonista da Emergência e
Médica do Ambulatório de Pacientes com Doença Falciforme - HEMORIO

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Especialista em Hemoterapia pelo HEMORIO
Enfermeiro da Hemoterapia Centralizada - HEMORIO

Fabício dos Santos

Enfermeiro. Doutor - Enfermeiro da Educação Continuada - HEMORIO

Flávia Silva de Souza

Enfermeira. Mestre em Enfermagem - Coordenadora do SIG de
Terapia Intensiva HUCFF

Rene Oliveira Almeida

Enfermeiro. Especialista em Clínica Médica e Cirúrgica. Enfermeiro do
Setor de Internação Masculina - HEMORIO

RESUMO

Objetivo geral: descrever o manejo pela equipe multidisciplinar da síndrome torácica aguda no paciente portador de doença falciforme. **Objetivos específicos:** descrever o perfil dos pacientes; descrever a prevalência dos sinais e sintomas; descrever o nível de conhecimentos dos profissionais da equipe de enfermagem a respeito da importância da oximetria de pulso e do manejo do paciente portador de anemia falciforme com síndrome torácica aguda. **Metodologia:** estudo de caso, descritivo dividido em duas fases. Na primeira fase realizou-se a análise documental retrospectiva dos prontuários de 41 pacientes que deram entrada pelo pronto atendimento da unidade, com diagnóstico imediato ou pós-internação por Síndrome Torácica Aguda. Na segunda fase foi entregue um questionário para 28 técnicos de enfermagem e 3 enfermeiros responderem, com questões a respeito da síndrome torácica aguda e oximetria de pulso. Previamente a entrega dos questionários foi realizada uma abordagem educativa para os supracitados. Ambas as fases foram realizadas em um Instituto de Hematologia do estado do Rio de Janeiro referência no cuidado de pacientes com doença falciforme. Para análise dos dados utilizou-se de análise estatística descritiva simples não probabilística com o uso de gráficos. **Resultados:** o estudo descreveu os principais sinais e sintomas encontrados no paciente portador de doença falciforme com síndrome torácica aguda e o perfil destes. Foi descrito o nível de conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da síndrome torácica aguda e do uso da oximetria de pulso. **Conclusão:** para a melhor qualidade do cuidado de saúde dos profissionais da equipe multidisciplinar e segurança ao paciente com doença falciforme com síndrome torácica aguda se faz necessário a implementação de treinamentos permanentes sobre o manejo destes pacientes para a equipe multidisciplinar. A equipe de

enfermagem necessita realizar o cuidado de enfermagem a esses pacientes mediante a sistematização da assistência de enfermagem.

Descritores: Anemia falciforme; Educação Permanente; Oximetria.

INTRODUÇÃO

DOENÇA FALCIFORME

Para iniciar este capítulo se faz necessário lembrar a respeito da Anemia Falciforme e como ela se comporta, já que ela é a enfermidade monogênica mais comum no Brasil. Estima-se que o número de indivíduos com o Traço Falciforme seja de 7.200.000, com prevalência na população geral entre 2 e 8% ⁽¹⁾.

A Doença Falciforme é uma hemoglobinopatia e também uma das doenças genéticas mais frequentes no Brasil e no mundo. A doença constitui-se num grupo de alterações genéticas caracterizadas pela predominância da hemoglobina mutante (Hb) S nas hemácias. Dentre os principais tipos de doença falciforme encontra-se a anemia falciforme (Hb SS), a dupla heterozigotes Hb SC, S-talassemias ou Microdrepanocitose e outras mais raras, como as HbSD e HbSE ⁽²⁾.

A produção da hemoglobina S decorre da troca de um aminoácido na cadeia beta da globina, resultando em profundas alterações nas propriedades físico-químicas da molécula da Hb quando desoxigenada. Essas alterações culminam na mudança da forma da hemácia para a de foice ou meia lua, sendo este um dos principais mecanismos fisiopatológicos da doença ⁽²⁾.

A Anemia falciforme é uma doença hereditária ao quais os glóbulos vermelhos no sangue são parecidos com uma foice e têm sua membrana alterada resultando no seu rompimento com facilidade, causando anemia. A hemoglobina, que transporta o oxigênio e dá a cor aos glóbulos vermelhos, é essencial para a saúde de todos os órgãos do corpo.

Para o diagnóstico seguro de uma das três situações acima, é de fundamental importância conhecer a característica fundamental da Doença Falciforme: trata-se de uma questão genética, ou seja, herdada dos pais para os filhos. Os pais sempre são os portadores de traço ou heterozigotos para S ou C ou beta talassemia ou tem a Doença Falciforme. A situação mais comum verifica-se quando duas pessoas com traço falciforme – com padrão genético representado pela hemoglobina A (Hb A) associada à hemoglobina S (Hb S), e cuja representação universal é Hb AS – unem-se, constituindo uma prole ⁽³⁾.

O gene que produz a hemoglobina S pode combinar-se com outras alterações hereditárias das hemoglobinas como C, D, E, Beta e Alfa Talassemias, dentre outras, gerando distúrbios celulares que se apresentam com os mesmos sinais e sintomas da combinação SS e são tratadas da mesma forma. O conjunto de combinações SS, SC, SD, SE, S/Beta Talassemia, S/Alfa Talassemia denomina-se DOENÇA FALCIFORME ⁽²⁾.

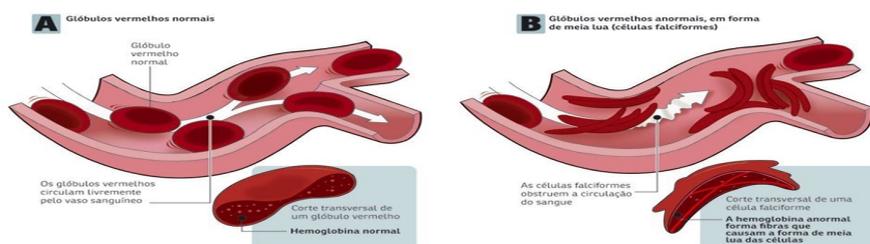


IMAGEM: Blog Medicina de Emergência ⁽⁴⁾.

O diagnóstico precoce, na primeira semana de vida, realizado pelos Serviços de Referência em Triagem Neonatal nos estados da Federação, é essencial para a identificação, quantificação e acompanhamento dos casos. O diagnóstico está definido no regulamento 8 do SUS, por meio da Portaria do Programa Nacional de Triagem Neonatal MS/GM nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, nos artigos 322, 323 e 324. O exame é público e gratuito nas unidades de saúde mais próximas da moradia da criança recém-nascida e deve ser realizado na primeira semana de vida com a metodologia de eletroforese em HPLC ou focalização isoelétrica. Na unidade de atenção básica, a eletroforese de hemoglobina comum é utilizada no diagnóstico da Doença Falciforme, a partir dos quatro meses de vida ⁽³⁾.

O diagnóstico laboratorial da Doença Falciforme é realizado pela detecção da Hb S e da sua associação com outras frações. Assim, a técnica mais eficaz é a eletroforese de hemoglobina em acetato de celulose ou em agarose com potencial de hidrogênio (PH) alcalino (PH variável de 8 a 9). A eletroforese em PH alcalino permite análises qualitativas e quantitativas das frações ⁽³⁾.

Por ser uma das doenças hereditárias mais prevalentes no Brasil, sobretudo nas regiões que receberam maciços contingentes de escravos africanos, essa condição era mais comum em indivíduos da raça negra, representando no Brasil, cerca de 8% dos negros, mas devido à intensa miscigenação historicamente ocorrida no país, pode ser observada também em pessoas de raça branca ou parda. A Doença falciforme é um problema de saúde pública.

No Brasil, devido à grande presença de afrodescendentes, que são uma das bases da população do país, a Doença Falciforme constitui um grupo de doenças e agravos relevantes. Por essa razão, foi incluída nas ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, do Ministério da Saúde, e está no regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, artigos 187 e 188. Os dois instrumentos definem as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme ⁽³⁾.

A respeito do acometimento sistêmico da doença, a chamada Vasclusão Falciforme é um processo complexo e de muitos passos, envolvendo células sanguíneas, proteínas plasmáticas e componentes da parede vascular. As crises dolorosas representam a manifestação mais frequente desse processo e da doença, afetando, particularmente, as extremidades, a coluna vertebral e o abdômen. O mecanismo da dor abdominal não está completamente esclarecido, podendo ocorrer falcização eritrocitária mesentérica e acometimento vertebral com compressão de raízes nervosas. São também decorrentes da Vasclusão microvascular os episódios de Priapismo, a Síndrome Torácica e os Acidentes Vasculares Cerebrais, assim como as Úlceras Crônicas, em especial aquelas observadas nos Membros Inferiores que são as complicações mais comuns. Dentre estas o alvo deste Capítulo é a Síndrome Torácica Aguda (STA) ⁽²⁾.

Ressalta-se que dentre todas as complicações citadas elegeu-se a STA como a complicação abordada. Isso se justifica porque a Síndrome Torácica Aguda (STA) é a principal causa de morte entre pacientes com Anemia Falciforme, devendo ser prontamente reconhecida e tratada tanto pela equipe médica quanto pela equipe de enfermagem. Assim, a identificação imediata do acometimento do paciente através do Anamnese e Histórico de Saúde ao dar entrada na emergência forneceria a possibilidade e elegibilidade de reconhecimento de sinais e sintomas - prioritário para a prevenção da mortalidade causada pela STA.

A doença falciforme é uma afecção sistêmica que potencialmente pode atingir vários órgãos como pulmão, rins, sistema nervoso central e sistema cardiovascular. O pulmão é um dos órgãos mais acometidos e as complicações na doença falciforme resultam em significativa morbimortalidade ⁽⁵⁾.

SÍNDROME TORÁCICA AGUDA (STA)

A Síndrome Torácica Aguda (STA) é a segunda causa de hospitalização na doença falciforme e é responsável por até 25% das causas de óbito. Após o primeiro episódio, há muitas chances de recorrência, sendo imperativo o diagnóstico preciso. É importante salientar que episódios repetidos estão associados ao desenvolvimento de doença pulmonar crônica e mortalidade precoce⁽⁵⁾.

A síndrome torácica aguda se caracteriza por infiltrado pulmonar novo com dor torácica aguda e intensa com febre, tosse e dispneia moderada a grave podendo ocorrer hipoxemia e hipercapnia. É causada por infecção, embolia de medula óssea necrótica, vaso-oclusão pulmonar e sequestro pulmonar. Todos os pacientes com sintomas torácicos ou pulmonares deverão ser imediatamente examinados⁽³⁾.

A síndrome torácica aguda é caracterizada pela tríade: sintoma ou sinal respiratório (taquipneia, tosse, tiragem, dispneia, dor torácica), infiltrado novo em radiografia de tórax e hipoxemia. Trata-se da principal causa de morte em adolescentes e adultos jovens⁽³⁾.

A etiologia é multifatorial, sendo implicadas causas infecciosas e não infecciosas. Nas causas infecciosas, citam-se bactérias, microrganismos atípicos e vírus; nas causas não infecciosas, a embolia gordurosa e o infarto pulmonar. Em elevado número de casos não é possível definir a etiologia⁽⁵⁾.

Em relação à fisiopatologia da STA, é preciso entender o comportamento do eritrócito falciforme no microambiente pulmonar, bem como a influência de fatores agravantes decorrentes do comprometimento sistêmico pela doença falciforme.

Os eritrócitos que chegam à circulação pulmonar chegam desoxigenados e provavelmente contendo polímeros de Hbs. Assim, qualquer doença pulmonar que provoque hipóxia deflagra a polimerização intracelular e a falcização eritrocitária, contribuindo para o fenômeno vaso-oclusivo⁽³⁾.

É importante ressaltar os dados de alguns estudos que demonstram que cerca de 50% dos pacientes com STA são admitidos no hospital por outras causas, sendo a mais comum por crise vaso-oclusiva. Os sintomas da STA apareceram, em média, 2,5 dias após a admissão. A crise algica pode ser um pródromo da STA, sendo necessárias reavaliações clínicas e radiológicas frequentes para identificação precoce da doença. Os autores do artigo observaram correlação entre síndrome torácica aguda e complicações neurológicas como alteração do estado mental, crises convulsivas e anormalidades neuromusculares. Ademais, aumenta-se o risco de acidente vascular cerebral devido à hipóxia⁽⁵⁾.

A história clínica e exame físico devem induzir o médico a pensar em STA. É importante lembrar que os sinais e sintomas podem anteceder a alteração radiológica e, portanto, uma imagem radiográfica inicialmente normal não deve excluir o diagnóstico. Havendo a suspeita de STA o caso deve ser conduzido como tal e, posteriormente, a imagem deve ser reavaliada.

Pacientes com dor torácica, tosse, dispneia, hipoxemia, prostração e alteração radiológica recente do tórax provavelmente estão apresentando síndrome torácica aguda. Devem receber tratamento hospitalar, por tratar-se de uma complicação complexa, multifatorial, com alto potencial de gravidade e complicações. A STA constitui a principal causa de morte em adolescentes e adultos. Sua fisiopatologia compreende pneumonia, infartos, atelectasias e falcização intrapulmonar^(2,3).

A propedêutica infecciosa está indicada, com a realização de hemograma, hemocultura e dosagem de proteína C reativa.

Exames Complementares como: Radiografia de tórax; Gasometria arterial e saturação de oxigênio $\leq 94\%$ em ar ambiente; Hemocultura e cultura de escarro; Hemograma completo e contagem de reticulócitos; Ureia e Creatinina; Enzimas hepáticas;

podem auxiliar como complementação diagnóstica e direcionar o manejo clínico e a indicação de internação em unidade de terapia intensiva.

O tratamento tem como objetivo evitar ou reverter à insuficiência respiratória e para isso é fundamental o diagnóstico e início precoce das medidas descritas e contempla as seguintes metas: a correção da hipoxemia, a elevação dos níveis da hemoglobina e a redução da Hb S. A saturimetria, com oximetria de pulso, deve ser mantida. A oxigenioterapia está indicada para manter a saturação de O₂ maior a 90%. A gasometria arterial deve ser realizada para confirmação da hipoxemia. O tratamento eficiente pode evitar danos pulmonares permanentes ^(2,3,6).

A hidratação deve ser realizada com cautela, especialmente em adultos que já apresentam comprometimento cardíaco; Analgesia; Suplementação de oxigênio se saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente; Broncodilatadores em pacientes com broncoespasmo. Inicia-se a antibioticoterapia venosa em doses habituais devido à alta probabilidade de infecção bacteriana ^(6,7).

Pacientes pouco sintomáticos e sem hipoxemia podem não precisar de transfusão, mas devem ser constantemente reavaliados. A transfusão está indicada para pacientes com hipoxemia e sintomas moderados a graves. Os valores de Hb pós transfusionais devem ser ≤10g/dL, sem obrigatoriedade de manter HbS ^(6,7).

Em caso de queda do Hematócrito (Htc), este deve ser corrigido para os níveis basais do paciente, com transfusão de concentrado de hemácias (CHM), 10 ml/kg, até o limite de 300 ml por transfusão. Em casos graves, realiza-se a exsangüineotransfusão parcial, também indicada caso os níveis de Hb e Htc estejam elevados, evitando-se a hiperviscosidade sanguínea ^(6,7).

Transfusão Simples ou de Troca Parcial tem como principal objetivo manter valores de hemoglobina entre 8 e 10 g/dl, com Hb S inferior a 40%, com finalidade de reduzir a taxa de eventos vaso-oclusivos, através da diluição da HbS, e melhorar a capacidade de transporte de oxigênio, está indicada nas seguintes condições: PaO₂ < 70 mm Hg; queda de 25% do nível basal de PaO₂ do paciente; insuficiência cardíaca congestiva ou insuficiência cardíaca direita aguda; pneumonia rapidamente progressiva; acentuada dispneia com taquipnéia ^(2,3,6-8).

As causas de STA, até então pouco esclarecidas, começaram a ser mais bem estudadas nos últimos anos, levando a uma diminuição da mortalidade devido a uma maior rapidez no diagnóstico e possibilidade terapêutica. Há também outros fatores que podem estar presentes, contribuindo para o seu aparecimento:

- Inflamação Secundária à Infecção ou Embolia Gordurosa;
- Hipoventilação causando Atelectasia;
- Episódio recorrente levando a Lesão do Parênquima Pulmonar

A saturação de oxigênio é uma modalidade de monitorização não invasiva capaz de medir a saturação do oxigênio no sangue, ou seja, a porcentagem de oxigênio que está sendo transportado. Nos dias atuais, a verificação da saturação é reconhecida como item a ser monitorado, mas não como sinal vital, ou seja, como condição clínica ou resposta à intervenção, de um paciente.

Cabe destacar que desenvolvemos como padrão, realizar a oximetria em todos os pacientes que adentram o setor de emergência, Neste sentido, a oximetria (SPO₂) é considerada o melhor método de monitorização não-invasiva. Por meio do oximetria, é possível avaliar se o nível de oxigênio no sangue arterial é adequado para as necessidades dos tecidos. É uma medida útil para avaliar mudanças agudas do estado clínico do paciente

e ajuste do fluxo de oxigênio de acordo com o valor recomendado. Não se pode desconsiderar, contudo, as limitações impostas pela oximetria de pulso^(9,10).

A experiência cotidiana de cuidar, nos mostra que cada vez mais a verificação da oximetria de pulso em sala de Emergência ou Ambulatórios, tornou-se informação importante na tomada de decisão clínica e no manejo de condutas que determinam até o leito de encaminhamento do paciente em atendimento: se Unidade de Internação ou Unidade de Terapia Intensiva. O valor da saturação de oxigênio também é utilizado para cálculos de Escores de gravidade (Ex: APACHE, SAPS, TISS) ou de falência orgânica (SOFA). Desta forma, compreendemos que a incorporação desta aferição como sinal vital tem seu fundamento científico e prático assistencial.

A literatura destaca a correlação entre a leitura feita pelo oxímetro (SPO2) de pulso, que é a saturação da hemoglobina pelo oxigênio no sangue arterial periférico e a saturação medida no sangue arterial (SaO2). Há uma variação da precisão que deve ser considerada conforme destacado no quadro a seguir:

Quadro 1. Variação da precisão da saturação de Oxigênio⁽⁹⁾.

SaO2 (%)	PRECISÃO (%)
> 90	± 2%
> 80-90	± 5%
< 80	± 12%

Neste sentido, a monitorização por meio da oximetria de pulso reduz a hipoxemia pré-operatória, possibilita detectar e tratar a hipoxemia relacionada a eventos respiratórios e promover mudanças sérias no cuidado ao paciente. Assim, destacam-se algumas orientações dadas com relação à leitura da saturação de oximetria^(9,10):

- indivíduos de raça negra: colocar o sensor em áreas mais claras e, quando o resultado for menor que 90%, aplicar o sensor virado para a palma da mão ou planta do pé;
- luz exagerada no ambiente pode falsamente elevar a oximetria;
- esmalte nas unhas nas cores vermelha, preta, azul e verde, alteram a leitura, portanto evite a leitura com esmaltes;
- em caso de bacteremia, a queda na saturação é decorrente da inadequada perfusão. Nesse caso, considere o aspecto geral do paciente e afira a pressão arterial; se houver hipotensão associada, pode ser um indicativo de choque séptico iminente;
- lembrar que a hipotermia pode mascarar a leitura.

Utilizar a oximetria de pulso como sexto sinal vital foi uma estratégia elaborada a partir da necessidade dectada pelos autores a fim de aperfeiçoar o atendimento ao paciente com doença falciforme que ao dar entrada na emergência, com suspeita de STA, com passo inicial para a prevenção precoce da STA.

O estudo torna-se relevante porque a Síndrome Torácica Aguda (STA) é uma complicação comum que ocorre nas formas graves da Anemia Falciforme e SB-talassemia, e também, a maior causa de Morbidade e Mortalidade e a segunda maior causam de hospitalização nos indivíduos com essa doença. A busca por estratégias que tornem a abordagem a esta população mais eficaz, envolvendo o trabalho multiprofissional e a disseminação de conhecimentos de forma permanente é a justificativa do presente estudo.

Para o alcance das propostas estabelecidas, elaboraram-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral: descrever como se dá o manejo pela equipe multidisciplinar da Síndrome

Torácica Aguda no paciente portador de Doença Falciforme. **Objetivos específicos:** descrever o perfil dos pacientes; descrever a prevalência dos sinais e sintomas; descrever o nível de conhecimentos dos profissionais da equipe de enfermagem a respeito da importância da oximetria de pulso e do manejo do paciente portador de anemia falciforme com Síndrome Torácica Aguda.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, pois, segundo Barbier (1985) é um procedimento utilizado habitualmente na intervenção clínica com objetivo de compreensão e planejamento da intervenção, destacando-se pela possibilidade de integração de diferentes técnicas e campos do conhecimento ⁽¹¹⁾.

O Estudo de Caso é uma ferramenta metodológica onde o principal objetivo é reunir informações detalhadas e sistematizadas sobre um fenômeno, centrando-se na dinâmica do contexto real, aqui representado pelo reconhecimento e manejo da Síndrome Torácica em pacientes referindo queixas álgicas decorrente da Anemia Falciforme.

O cenário do estudo foi o Instituto de Hematologia do Estado do Rio de Janeiro, onde os autores deste capítulo trabalham neste é prestado o atendimento integral aos pacientes com a Doença Falciforme e estão em constante processo de construção de estratégias que possibilitem a qualidade de vida deste paciente.

Cabe destacar que o Instituto, é o HEMOCENTRO de referência no Estado do Rio de Janeiro, possuindo um serviço de Hematologia, com mais de 10 mil pacientes ativos, que realizam tratamentos de doenças hematológicas ⁽¹²⁾. A excelência de seus trabalhos foi comprovada com diversos prêmios de qualidade pelo Estado e Governo Federal. Pois em 2004, o HEMORIO foi o grande vencedor do Prêmio Qualidade Rio, com a inédita medalha de ouro concedida a uma instituição pública. Isso reforça o seu papel de liderança no cenário nacional e estadual nas áreas de Hematologia e Hemoterapia ⁽¹²⁾.

Neste cenário estudado é realizado atendimento a paciente com doença Hematológica, doadores de sangue, hospitais e serviços da HEMORREDE. Realizamos consultas ambulatoriais, internações, atendimentos de emergência para pacientes já em acompanhamento no HEMORIO, assim como, exames de laboratório. É responsável pelos exames de histocompatibilidade para transplantes de órgãos sólidos em todo o estado, e fazemos exames de HLA para transplantes de medula óssea. Recebe doações de sangue na unidade, realiza coleta externa de sangue, testa e processa todo sangue doado, inclusive pela tecnologia NAT. Distribui e transfunde sangue, e possui um laboratório de referência em imuno-hematologia ⁽¹²⁾.

A população alvo foram trabalhadores da equipe de enfermagem do setor de Emergência da referida unidade.

A coleta de dados foi realizada na emergência, lugar propício para a coleta de dados e local referência no cuidado de pacientes com doença falciforme, e foi dividida em 2 fases: a caracterização da população atendida e o estudo da reação da equipe de enfermagem após o treinamento em serviço sobre o tema proposto.

Na primeira fase realizou-se a análise documental retrospectiva dos prontuários de 41 pacientes que deram entrada pelo pronto atendimento da unidade, com diagnóstico imediato ou pós-internação por Síndrome Torácica Aguda, que compreende a caracterização clínica dos pacientes atendidos.

Na segunda fase foi entregue um questionário para 28 técnicos de enfermagem e 3 enfermeiros, com perguntas a respeito da síndrome torácica aguda e oximetria de pulso. Previamente a entrega dos questionários foi realizada uma abordagem educativa e a entrega de um chaveiro com o (símbolo) *smiles* para os supracitados. Foi feito uma

campanha junto à equipe de enfermagem no período de outubro a novembro de 2016, com o nome “Campanha do *Smiles*/oximetria de pulso, lute para o sorriso do seu paciente”.

A análise dos dados utilizou-se de análise estatística descritiva simples, não probabilística.

RESULTADOS

Caracterização da população atendida

No adulto portador de doença falciforme e com STA, os sintomas mais frequentes foram dispneia, febre e dor torácica. O acometimento pulmonar é geralmente multilobar e cerca de 50% dos episódios foram precedidos ou acompanhados por crises álgicas, o que reforça a hipótese de um maior componente vaso-oclusivo. Foi observado que metades dos pacientes que desenvolveram STA foram admitidos, na Emergência, por outros sintomas, destacados a seguir:

- 11 pacientes com Crise Álgica – 27 %;
- 08 pacientes com dor em MMIIs – 19,5 %;
- 02 pacientes com dor em Úlcera de Perna – 5 %;
- 04 pacientes com febre – 10 %;
- 16 pacientes com Dor Torácica – 39,5 %.

A Dor Torácica foi prevalente entre os pacientes e de acordo com o Raio-X realizado na entrada do paciente na emergência, evidenciou-se: 10 pacientes apresentaram infiltrados pulmonar, 04 pacientes Raio-X normal e 02 pacientes não fizeram Raio-X de Tórax no primeiro dia de internação na Emergência.

Os gráficos abaixo demonstram o quantitativo de pacientes com síndrome torácica aguda, segundo sexo e idade. Assim foi observado que a faixa etária predominante teve intervalo de 21 a 40 anos de idade, enquanto o sexo masculino teve maior predominância.

Gráfico 1: Distribuição de casos de Síndrome Torácica Aguda por Sexo

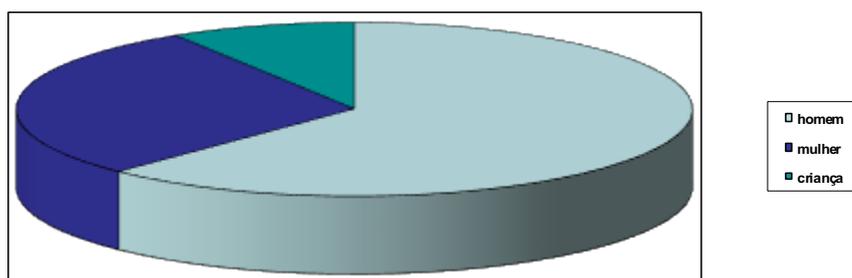
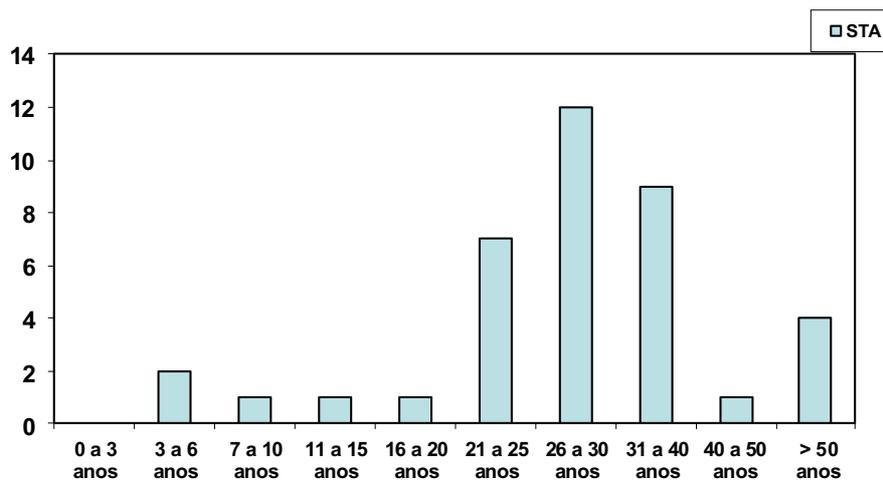
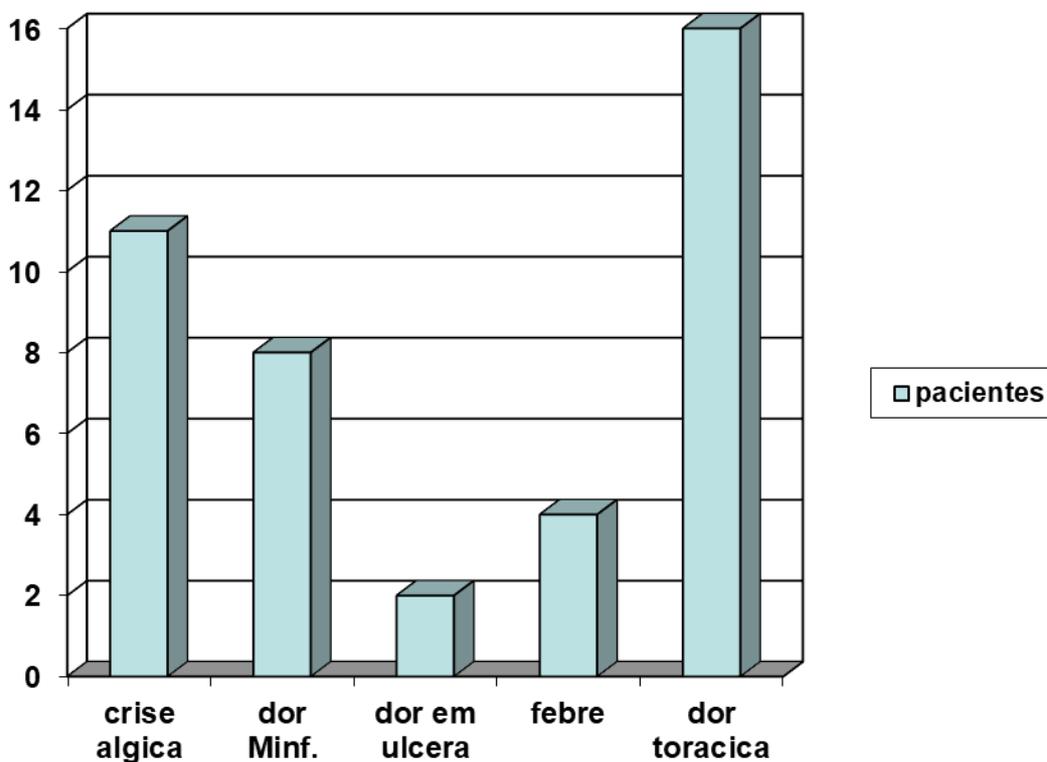


Gráfico 2: Distribuição de casos STA de acordo por faixa etária



Observa-se no gráfico abaixo que em decorrência da Vasclusão desenvolvida pela síndrome torácica aguda, algumas manifestações podem acometer os pacientes ao chegar ao atendimento médico hospitalar, assim os principais sintomas referidos são destacados no gráfico.

Gráfico 3: Manifestações clínicas referidas pelos pacientes ao chegar ao atendimento, originadas pela Crise vaso-oclusivo.



No que se refere ao tempo de internação, os achados evidenciaram que a maioria dos pacientes tiveram a confirmação do diagnóstico de STA na Emergência da Instituição em até 24 horas de internação (23 pacientes):

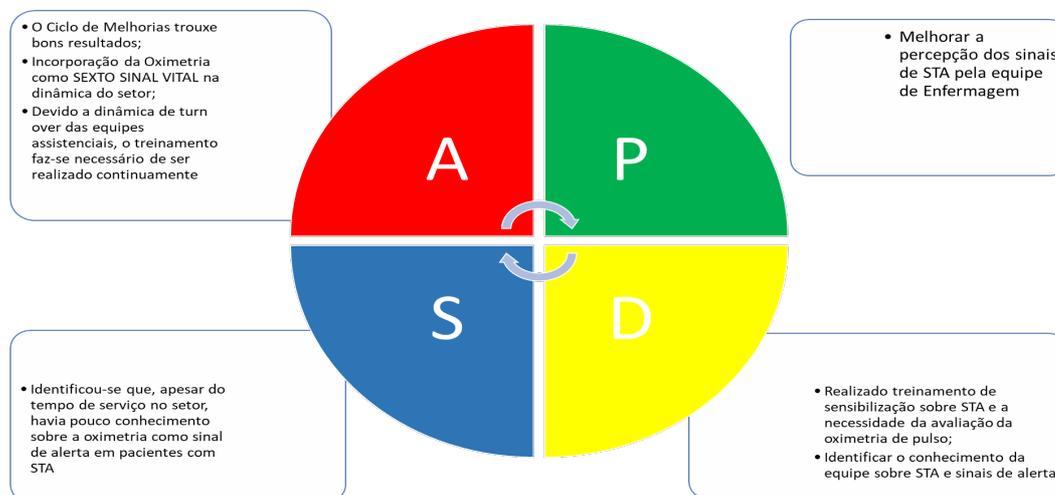
- Até 24 h: 23 pacientes
- 24 á 48 h: 03 pacientes
- 3 a 7 dias: 10 pacientes
- 8 a 15 dias: 02 pacientes
- <15 dias: 00 pacientes
- Necropsia: 03 pacientes

Resultados da segunda fase do estudo

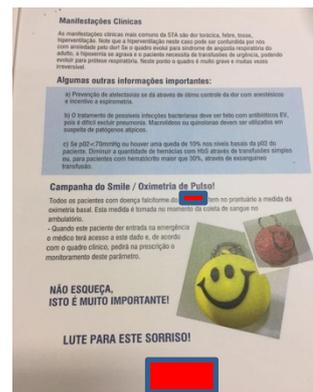
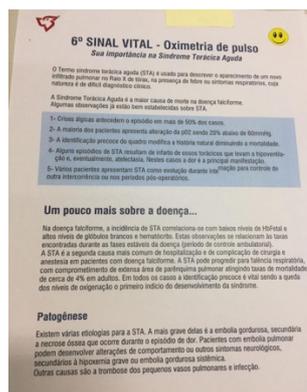
Em todos os casos relatados a identificação precoce é vital. Identificamos que a desaturação (diminuição dos níveis de oxigênio), medido pelo **Oxímetro de Pulso**, demonstra ao seu uso, o primeiro indício do desenvolvimento da síndrome, por isso que nomeamos a aferição periférica da Saturação de Oxigênio, de **Sexto Sinal Vital**. Alguns pacientes com Doença Falciforme chegam a Emergência em crise álgica e podem desenvolver STA nas primeiras 24 horas de internação.

Entendendo que a oximetria de pulso é uma ferramenta de relevada importância para avaliação da evolução do quadro clínico da STA, e que para isto se faz necessário à capacitação da equipe de enfermagem através do conhecimento prévio sobre a STA e a importância da aferição do nomeado sexto sinal vital.

A seguir, apresentamos o PDSA que contemplou as etapas da segunda fase do estudo.



Em posse desses dados foi idealizado e desenvolvido um treinamento Intitulado Abordagem Educativa do sexto Sinal Vital (oximetria de pulso), na evolução da Síndrome Torácica aguda na Doença Falciforme.



A partir dos questionários preenchidos por 28 técnicos de enfermagem e 03 Enfermeiros do setor de Emergência, em um Hospital Público de referência em tratamento de doenças Hematológicas, podemos inferir os seguintes dados.

Observou-se que a partir das respostas 100% dos profissionais responderam que concordam com o fato de que a oximetria de pulso pode ser considerada como o sexto sinal vital, esse dados vem ao encontro de pesquisa realizada no Curso de graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), este estudo destaca que a cor do esmalte escurecida diminui a saturação de SpO2 em porcentagens clinicamente significativa ⁽¹³⁾.

Outro estudo destaca que a oximetria de pulso foi utilizada como exame complementar à avaliação clínica, pois seus resultados conferirem a possibilidade de comprometimento respiratório ⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se que a oximetria de pulso é empregada para pacientes que necessitam de monitoramento contínuo de saturação de oxigênio em diversos locais como: unidades de internação, ambulatório de teste de função pulmonar, pronto atendimento, terapia intensiva, home care e centro cirúrgico, emergência e tem como finalidade a detecção precoce de hipoxemia em diversas situações e a monitorização da perfusão e circulação do paciente ⁽¹³⁾.

No que se refere ao conhecimento dos profissionais quanto a síndrome torácica aguda antes de chegar à instituição, 63,3% não conheciam o termo e nem a síndrome e

26,6% dos profissionais responderam que conheciam a STA. A síndrome torácica aguda é multifatorial, caracterizada com alta morbimortalidade responsável por até 25% dos óbitos hospitalares. Este dado vem ao encontro de pesquisa onde foi verificado que: Os leucócitos sobem e as plaquetas podem diminuir ou aumentar, assim a saturação de oxigênio tende a diminuir após a admissão, à medida que o quadro se instala. As complicações são mais frequentes nos mais velhos. Plaquetopenia e história de doença cardio-pulmonar são associados à maior risco de insuficiência respiratória. Eventos neurológicos ocorrem em 25% dos pacientes adultos com STA, estando associado a pior prognóstico⁽⁸⁾.

Os resultados desta pesquisa destacaram que 36,6% dos profissionais já acompanhou algum paciente que evoluiu para o óbito corroborando os achados da pesquisa anterior que destacou que 25% dos pacientes com síndrome torácica aguda que adentram as unidades hospitalares evoluem para óbito⁽⁵⁾.

Quanto ao acompanhamento dos profissionais a algum paciente em crise álgica que evoluiu para STA, os resultados destacam que 66,6% dos profissionais, responderam que sim e 40% responderam que sim e em mais de um paciente, esses dados demonstram que os sintomas da síndrome torácica aguda aparecem em média 2,5 dias após a internação, existindo correlação da síndrome torácica aguda e complicações cardiovasculares e o risco de acidente vascular cerebral devido à hipóxia⁽¹⁵⁾.

Os dados evidenciaram que a oximetria de pulso é um ótimo parâmetro que facilita o cuidado da equipe de enfermagem na identificação da saturação de oxigênio permitindo uma tomada de decisão para melhoria da qualidade da assistência. Pois, devido à gravidade da doença e a possibilidade de intervenção na evolução da Síndrome Torácica Aguda, tornou-se fundamental a realização desta campanha em pelo menos uma vez por ano, com a finalidade de capacitar o cuidado a essa clientela, garantindo um cuidado holístico e integral.

A etapa S (STUDY) nos esclarece que, devido ao *turn over* de profissionais, a forma de contratação utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde, pode ser um fator que atrase a próxima meta a ser implementada, este fator pode tornar o treinamento e a forma de abordagem contínua no setor prejudicada, já que a rotatividade destes profissionais impacta diretamente na finalidade de manter a melhoria implantada através do treinamento,⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença falciforme pode causar inúmeras complicações ao paciente. A equipe interdisciplinar deverá usar de estratégias de cuidado para otimizar a terapêutica, que deverá ser direcionada de acordo com metas a serem atingidas em cada paciente. Como estratégia é importante conhecer a fisiopatologia da doença, assim como os seus desdobramentos, enfocando-se na identificação precoce dos principais sinais e sintomas, ao qual o paciente portador de doença falciforme pode apresentar como hipóxia, dor multifocal e dispneia. Como meta, almeja-se diminuir as complicações, utilizando-se a tecnologia dura e equipamentos médico assistenciais, com a mensuração precoce da oximetria de pulso, e quantas vezes forem necessárias, sendo que em alguns casos de maior gravidade clínica, recomenda-se a monitorização da oximetria contínua com associação de análise gasométrica do sangue. Pode ser necessária também à realização de outros exames (laboratorial e de imagem), concomitantemente com a avaliação da oximetria, exame físico.

Como descrito neste capítulo, à Síndrome Torácica Aguda é uma complicação com alta prevalência nos pacientes com Doença Falciforme e a alteração na oximetria de pulso acontece, na maioria das vezes, previamente a STA e nas primeiras 24 horas da internação. A STA está associada a complicações graves e a alta taxa de mortalidade. Entretanto se a equipe multidisciplinar for comprometida e treinada permanentemente no intuito de

apropriar-se no manejo com o paciente portador de Doença Falciforme será capaz de identificar precocemente a hipoxemia pela oximetria, o paciente receberá o cuidado com melhor qualidade e segurança, podendo favorecer o seu prognóstico.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem assume papel fundamental no cuidado ao paciente com Doença Falciforme com quadro de STA, pois possui o maior dimensionamento de pessoal de uma instituição de saúde se comparado com as outras categorias profissionais. Os profissionais da enfermagem ficam mais tempo com o paciente durante a sua permanência na instituição e por isso possuem maiores oportunidades de identificar os problemas de saúde do paciente para posterior implementação de medidas para a resolução dos problemas de saúde e também têm subsídios necessários para a reavaliação periódica da evolução clínica do paciente.

A implementação de um cuidado sistemático pela enfermagem, elaborado e gerenciado pelo enfermeiro, deverá seguir as orientações da Sistematização de Assistência de Enfermagem para um processo de enfermagem de elevada qualidade, oferecendo segurança aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes AP, Januário JN, Cangussu CB, Macedo DL, Viana MB. Mortality of children with sickle cell disease: a population study. *J Pediatr*. 2010; 86(4):256-8.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de eventos agudos em doença falciforme. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Blog Medicina De Emergência. Faculdade de Medicina da USP. Disciplina de emergências clínicas. Síndrome Torácica Aguda – Como diagnosticar e tratar. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.emergenciausp.com.br/sindrome-toracica-aguda-como-diagnosticar-e-como-tratar/>. Acesso em: 29 de jun. 2020.
5. Vieira AK, Campos MK, Araújo IA, GCSL, Ibiapina CC, Fernandes SSC. Anemia falciforme e suas manifestações respiratórias. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(4 Supl 3): S5-S11.
6. Santos FLS, Pinto ACS, Traina F. Complicações agudas na Doença Falciforme: Síndrome Torácica Aguda (STA). *Revista Qualidade HC, Ribeirão Preto*, 2017.
7. Brunetta DM, Clé DV, Haes TM, Roriz-Filho JS, Moriguti JC. Manejo das complicações agudas da doença falciforme. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2010;43(3): 231-7.
8. Gualandro SFM, Fonseca GHH, Gualandro DM. Complicações cardiopulmonares das doenças falciformes. *Rev. bras. hematol. hemoter.* 2007;29(3):291-298.

9. Mendes TAB, Andreoli PBA, Cavalheiro LV, Talerman C, Laselva C. Adequação do uso do oxigênio por meio da oximetria de pulso: um processo importante de segurança do paciente. *Einstein*. 2010; 8(4 Pt 1):449-55.
10. Carrara D, Avelar AM, Kusahara D, Pedreira MLG. *Câmera Técnica do Coren SP, 2008-2011*. São Paulo, 2009.
11. Barbier, R. *A noção de ciências humanas clínicas e as análises institucionais*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1985.
12. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti HEMORIO. *Carta de Serviços ao Usuário*. Rio de Janeiro, HEMORIO, 2019.
13. Diccini S, Pereira EM, Im SY, Shida LY, Bettencourt ARC. Avaliação das medidas de oximetria de pulso em indivíduos sadios com esmalte de unha. *Acta Paul Enferm* 2011;24(6):784-8.
14. Cardoso MCAF, Silva AMT. Oximetria de Pulso: Alternativa Instrumental na Avaliação Clínica junto ao Leito para a Disfagia. *Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo - Brasil, v.14, n.2, p. 231-238, Abr/Mai/Junho - 2010.
15. Vichinsky EP, Neumayr LD, Earles AN, Williams R, Lennette ET, Dean D, *et al*. Causes and outcomes of the acute chest syndrome in sickle cell disease. *N Engl J Med*. 2000;342:1855-64.
16. Deming, W.E. *Qualidade: a revolução da administração*. São Paulo: Marques Saraiva, 1990.

Victor Matheus Paes

Enfermeiro Especialista em Urgência e Emergência
e comunicante da Libras

Thalyta Cardoso Alux Teixeira

Enfermeira Doutora Professora Titular e coordenadora do
curso de Enfermagem da Universidade Paulista

Raquel Machado Cavalva Coutinho

Enfermeira Doutora Professora Titular e coordenadora geral dos
cursos de Enfermagem da Universidade Paulista.

Maria Eleonora Feracin da Silva Pícoli

Bióloga Doutora Professora Titular da Universidade Paulista

RESUMO

Deficiência auditiva é tida como alterações anatômicas e estruturais que levam a perda auditiva. O indivíduo surdo pode ser classificado em pré e pós-lingual que ainda pode ser categorizado em surdez leve, moderada, severa e profunda. Os prejuízos da perda auditiva afetam o indivíduo desde o desenvolvimento da linguagem até o meio social, onde por vezes sofre por exclusão. A Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, é utilizada e reconhecida através da Lei nº 10.436/02 como própria da comunidade surda do Brasil. Sendo assim, buscou-se identificar o conhecimento e o preparo do profissional da saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA do interior do estado de São Paulo quanto a cultura, língua e direitos do deficiente auditivo. A amostra englobou 70 profissionais da unidade de saúde, onde se constatou que a falha na comunicação pode submeter o indivíduo surdo a quebra dos princípios do Sistema Único de Saúde e a danos relacionados a Imperícia, Imprudência e negligência, devido ao despreparo inerente a assistência à saúde do portador de déficit auditivo. Constata-se também que o meio de comunicação mais utilizados pela amostragem se relaciona a utilização do acompanhante, porém a utilização de um terceiro no momento do atendimento, pode acarretar na quebra do vínculo entre profissional-cliente. Tais danos no decorrer do atendimento em saúde a comunidade em específico, decorrem principalmente pela escassez de incentivos políticos e financeiros que possam dar ênfase na importância da educação de futuros profissionais e capacitação das equipes de atenção à saúde para que se possa promover, prevenir e reabilitar os indivíduos surdos em seu amplo aspecto.

Descritores: Comunicação, Atenção à saúde, Surdez.

INTRODUÇÃO

A deficiência é tida como toda e qualquer perturbação que venha atingir o funcionamento de uma estrutura, da anatomia ou qualquer âmbito biológico. Sendo assim, a deficiência auditiva vem em conjuntura com tal definição quanto à atenção a perda

auditiva, porém a mesma ainda pode afetar o âmbito social e psicológico do indivíduo portador (PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007; PINNA, 2011; FRANÇA, et al., 2016; DANTAS, et al., 2014; FORTES, 2012).

O indivíduo portador de deficiência auditiva, denominado surdo, pode ser categorizado com surdez pré-lingual, ou seja, que perderam a audição antes de adquirir a linguagem, já a surdez pós-lingual refere-se aos que perderam a audição após adquirir a linguagem. Porém, ainda em termos de classificação pode se falar em surdos parciais, dos quais apresentam subclassificações entre leve (25 a 40 dB) e moderada (41 a 70 dB) e possuem funcionalidade auditiva em suas atividades de vida diária, ou então surdos totais, onde se engloba os surdos severos (71 a 90 dB) e os surdos profundos (acima de 90 dB), cuja a atividade auditiva não apresenta funcionalidade no decorrer das atividades de vida diária (PINNA, 2011; FRANÇA, et al., 2016; FRANÇA, et al., 2016; DANTAS, et al., 2014; VIEIRA, CANIATO, YONEMOTU, 2017; FORTES, 2012).

A audição pode ser prejudicada por múltiplas causas, sendo elas de origem na condução do som e ruídos até o ouvido interno, ou então por distúrbios neurológicos sensorial, ou seja, quando há danos no nervo auditivo, ou então mista englobando ambas as causas (CHAVEIRO, BARBOSA, 2005; PINNA, 2011; FORTES, 2012).

A perda auditiva pode provir de causas genéticas (onde há anomalias genéticas), congênitas (desencadeada por patologias acometidas no percurso da gestação que afetam diretamente o feto em formação ou em processo precoce do trabalho de parto), perturbações hereditárias (com notoriedade da patologia no pródromo familiar) e também por fatores desencadeados durante o curso de vida do indivíduo (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2006; VIEIRA, CANIATO, YONEMOTU, 2017; FORTES, 2012).

O desarranjo auditivo não somente afeta a audição, seja por motivo sensorial ou de condução, mas também atinge diretamente o processo de aprendizagem e desenvolvimento da linguagem, levando a distúrbios na comunicação entre os surdos, seus familiares e os demais contactantes e, assim, aos enfrentamentos na inclusão social que por sua vez pode leva-lo a sintomas característicos de ansiedade e depressão (ARAGÃO, et al., 2015; CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; CHAVEIRO, BARBOSA, 2005; PINNA, 2011; RODRIGUES, DAMIÃO, 2014; FRANÇA, et al., 2016; BRITTO, SAMPERIZ, 2010; DANTAS, et al., 2014; CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; OLIVEIRA, et al., 2012; CHAVEIRO, et al., 2014; PEREIRA, FERREIRA, 2013).

Para tanto, os portadores de déficit auditivo podem recorrer ao modelo médico terapêutico, onde se busca as correções das causas através de tratamentos que são indicados conforme a causa da surdez, podendo este ser de baixo risco, como exemplo a remoção de cerúmen; a alto risco, como nos casos de implantação de prótese auditiva. Portanto, os indivíduos submetidos a tais procedimentos, deixam as suas características principais e passam a se comunicar por meio da língua oral auditiva (PINNA, 2011).

Porém pode se associar tal modelo, ou não, com a utilização da língua de sinais, incluindo então o surdo em uma comunidade própria que utiliza a mesma forma de comunicação, a língua de sinais.

A interação na comunidade Surda não intervencionista surgiu de gestos empíricos que posteriormente se transformaram e uniformizaram, provocando o que hoje é a língua de sinais, possuindo características e gramática. Se tratando a nível linguístico a modalidade oral-auditiva dar-se-á a emissão pela fala e a recepção através audição, ocorrendo então o processo de comunicação e compartilhamento de informações, já na modalidade visuoespacial, utiliza-se dos gestos para emitir a informação e da visão para a recepção (ARAGÃO, et al., 2015; PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2006; FRANÇA, et al., 2016; BRITTO, SAMPERIZ, 2010; CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; CHAVEIRO, et al., 2010; HONORA, FRIZANCO, 2009; FORTES, 2012).

Como toda língua oral-auditiva, a língua de sinais, visuespacial, sofre influências de âmbito regionais e diferenciação entre os mais diversos países do mundo, ou seja, os sinais se modificam entre as regiões de um país, o que na língua oral se tem através dos sotaques e se diferenciam de país para país, o que na modalidade oral-auditiva é tido como outros idiomas (ARAGÃO, et al., 2015; CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; CHAVEIRO, et al., 2010; HONORA, FRIZANCO, 2009; FORTES, 2012).

A Língua Brasileira de Sinais, comumente conhecida por intermédio de sua sigla - LIBRA é reconhecida e usualmente utilizada pelos surdos brasileiros. Assim como na língua oral, possui parâmetros para a sua realização dos quais se utilizam do formato das mãos - configuração de mão, local onde o sinal será realizado - Ponto de articulação, o deslocamento durante a sua execução - movimento, o sentido que tomará durante a execução - direção e as feições e movimentos corporais - expressões faciais e corporais. Após obedecer tais parâmetros os gestos até então tidos como empíricos, passaram a ser denominados de sinais, pois os mesmos passaram a atender exigências mínimas para serem aceitos na LIBRAS e serem utilizados na comunicação com a comunidade Surda (PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2006; CHAVEIRO, BARBOSA, 2005; RODRIGUES, DAMIÃO, 2014; HONORA, FRIZANCO, 2009; FORTES, 2012).

A comunicação nas mais diversas áreas do conhecimento é imprescindível, principalmente na saúde haja vista que o ato do usuário pôr em comum os fatores que lhe perturba o estado de saúde e de o profissional compreender a mensagem corretamente é de fundamental importância para que se possa ofertar uma orientação adequada e de qualidade quanto às condutas a serem tomadas (ARAGÃO, et al., 2015; CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2006; CHAVEIRO, BARBOSA, 2005; OLIVEIRA, CELINO, COSTA, 2015; RODRIGUES, DAMIÃO, 2014; FRANÇA, et al., 2016; NÓBREGA, MUNGUBA, PONTES, 2017; CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; DESLANDES, MITRE, 2009).

Sendo assim, a comunicação deve se dar com o mínimo de interferência e o máximo de compreensão possível para ambos, buscando assim, o correto e mais adequado entendimento do que se foi transmitido e será interpretado pelo profissional para que consequentemente não contenha erros em seus diagnósticos e intervenções conforme lhe compete, promovendo, prevenindo e reabilitando a população, conforme se preconiza a prática as práticas em saúde. (ARAGÃO, et al., 2015; PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2006; OLIVEIRA, CELINO, COSTA, 2015; RODRIGUES, DAMIÃO, 2014; FRANÇA, et al., 2016; CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; SANTOS, MONTAGNA, 2015; FORTES, 2012; FRANÇA, 2011; MUNOZ-BAELL, RUIZ, 2000).

Com vistas a dirimir a falta de preparo e capacitação dos profissionais e promover a inclusão social, humanização do cuidado e minimizar a falta de comunicação com a comunidade Surda em específico, no âmbito da saúde, uma pequena parcela das instituições se adequou as novas legislações e recorreu à ajuda dos profissionais intérpretes de LIBRAS para garantir a melhora no atendimento ao indivíduo portador de déficit auditivo (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; CHAVEIRO, BARBOSA, 2005).

No entanto diversos estudos demonstraram que a presença do intérprete de LIBRAS durante o atendimento em saúde tem ajudado na comunicação e compreensão da mensagem transmitida, contudo os dados ali apresentados pelo surdo passaram a não ser fidedignos, pois a presença do intérprete interfere na privacidade, no protagonismo do Surdo e rompe o laço profissional-paciente. Sendo assim, os mesmos acabam por não expor totalmente os seus anseios por não se sentirem seguros com o sigilo das informações, já que por vezes os mesmo vem a desconfiar da postura profissional do intérprete frente ao seu problema de saúde (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006;

CHAVEIRO, BARBOSA, 2005; OLIVEIRA, CELINO, COSTA, 2015; CHAVEIRO, et al., 2014).

Segundo o relatório do censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE foi demonstrado que dos 45.606.048 deficientes brasileiros cerca de 1,12% são Surdos severos e que a surdez se encontra em terceiro lugar das deficiências que mais acometem a população brasileira (BRASIL, 2012).

Considerando o número crescente de pessoas surdas no Brasil, à luta pela da comunidade Surda não intervencionista pela sua cultura e principalmente pelos seus direitos, pela sua língua e realização da inclusão social dos indivíduos Surdos em uma sociedade majoritariamente ouvinte, o Congresso Nacional do Brasil passa a reconhecer no ano de 2002 a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS como sistema linguístico próprio da cultura Surda brasileira e segunda língua oficial do Brasil (BRASIL, 2002).

Porém somente após três anos vem se realizar o decreto 5.626/05 que regulamenta a Lei 10.436/02 e em seu capítulo VII relata a garantia em que o portador de déficit auditivo, independentemente de sua intensidade, possui no atendimento em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tal como ser atendido por profissional capacitado para uso, tradução e interpretação da Libras (BRASIL, 2005).

Conforme o conhecimento da Legislação Brasileira e das normas e diretrizes que regem o Brasil, tanta na lei e decreto supracitado, como na lei 8080/90 e nos códigos de ética dos profissionais da saúde, cabe a todos e em todos os estabelecimentos de saúde ofertar assistência em saúde livre de dano, ou seja, longe de imperícia, imprudência e negligência e com qualidade e humanização aos seus usuários.

Sendo assim, as equipes de saúde, em sua ampla perspectiva de campo de atuação, devem estar aptas para atender as necessidades do portador de déficit auditivo, em todos os níveis de atenção em saúde, sendo a instituição pública, privada ou filantrópica (BRASIL 2002).

MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo de campo do tipo exploratório de natureza quantitativa através da aplicação de um questionário estruturado relacionado à auto percepção e conhecimento dos profissionais de saúde frente ao atendimento ao Surdo em uma instituição pública de Atendimento Pré-Hospitalar – APH fixo de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas no interior do estado de São Paulo, Brasil.

A pesquisa ocorreu no APH fixo, onde se detém o foco no atendimento as urgências e emergências, onde por vezes o próprio cliente pode procurar atendimento por seus próprios meios, ou então, ele é recebido por intermédio do APH móvel (ambulâncias), dependendo do seu estágio de gravidade.

Os profissionais atuantes possuem predominantemente conhecimentos relacionados às urgências e emergências na criança, adulto e no idoso. O serviço realiza cerca de 300 atendimentos em suas 24 horas de funcionamento, tidos de baixa a alta complexidade. Portanto busca-se ofertar uma assistência assertiva, resolutiva e livre de danos conforme compete a cada membro das equipes atuantes.

Tratando-se de uma pesquisa com seres humanos, a mesma foi submetida à análise e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista (UNIP), que é reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP). Posteriormente ao parecer de nº2.817.920 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista, os pesquisadores se deslocaram até a UPA convidando a todos os colaboradores, juntamente com a coordenação local, para obterem ciência da pesquisa e se aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para que possam ser entrevistados conforme

instrumento elaborado para coleta de dados. A entrevista foi realizada pelo próprio pesquisador e aconteceu em ambiente tranquilo e isolado para garantir maior confiabilidade aos resultados. A população estudada é composta por membros das equipes que se dividem em plantões com duração de 12 horas diurna e noturna, formando assim quatro equipes. A amostra estudada compõe cerca de 100 profissionais, entre médicos clínicos generalistas, pediatras, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, técnicos de farmácia e técnicos em imobilizações ortopédicas. Das categorias profissionais o estudo pretende abordar o número máximo de profissionais atuantes em todos os plantões.

Foram incluídos no estudo todos os profissionais da área da saúde atuantes no serviço (70), sendo excluídos do estudo os colaboradores que se recusaram participar do estudo (0), os que não possuem formação na área da saúde (12) ou então que estejam de férias (02), afastados por licença médica (04), ou por outros motivos que impossibilite os mesmos comparecer no serviço no decorrer da aplicação dos questionários (18).

A busca pelas informações deu-se através de um instrumento de coleta de dados, sendo este um questionário estruturado contendo questões do tipo fechadas, que contém dados referentes à idade, às condições sociodemográficas e do conhecimento dos colaboradores referente à Legislação, língua e cultura surda frente ao atendimento em saúde. As perguntas contidas no instrumento de coleta de dados foram elaboradas pelos próprios pesquisadores, somente para essa pesquisa.

Os dados obtidos foram armazenados no software aplicativo Microsoft Excel® e analisados de maneira descritiva. Os dados serão apresentados na forma de tabelas e gráficos.

O tipo de estudo proposto implicou em riscos mínimos aos sujeitos, dada sua natureza, ou seja, sem qualquer tipo de procedimento e/ou intervenção que possa gerar danos biopsicossocial ou ainda religioso. Seus benefícios dar-se-á através da disponibilização de uma cartilha com os principais sinais em Libras inerente ao atendimento ao indivíduo Surdo que será disponibilizada juntamente com os resultados da pesquisa, em acréscimo de conhecimentos aos pesquisados, à unidade de serviço e a população estudada por meio da divulgação dos resultados para coordenação da unidade que deverá contemplá-los em suas propostas educativas.

Após a entrega do relatório final, os resultados foram divulgados para a Instituição e para os sujeitos da pesquisa para que possam usufruir das informações obtidas no estudo e conscientizar-se sobre a importância da qualidade da assistência de saúde ao indivíduo Surdo. Contribuindo assim para que os profissionais de saúde membros da Instituição aprimorem seus conhecimentos e realizem o atendimento a esta população de maneira clara ao se comunicar e inclusiva.

RESULTADOS

A entrevista foi realizada com 70 profissionais, sendo este pertencentes as equipes das 24 horas de funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento e atuantes como profissionais de saúde no local.

De todos os questionários aplicados 36 não se identificaram, caracterizando 51% dos entrevistados, já 49% se identificaram. Tal acontecimento ocorre, pois, o receio de exposição futura perante o que se solicita no percurso das perguntas é por vezes expressos verbalmente pelos participantes.

Majoritariamente a amostra é representada pela equipe de enfermagem, mais precisamente caracterizada por auxiliares de enfermagem em 3%, técnicos de enfermagem em 31%, enfermeiros com 17%, seguindo pela classe médica com 17%, sendo clínicos

generalistas e pediatras com os mesmos percentuais e demais classes profissionais conforme apresentadas na figura 01.

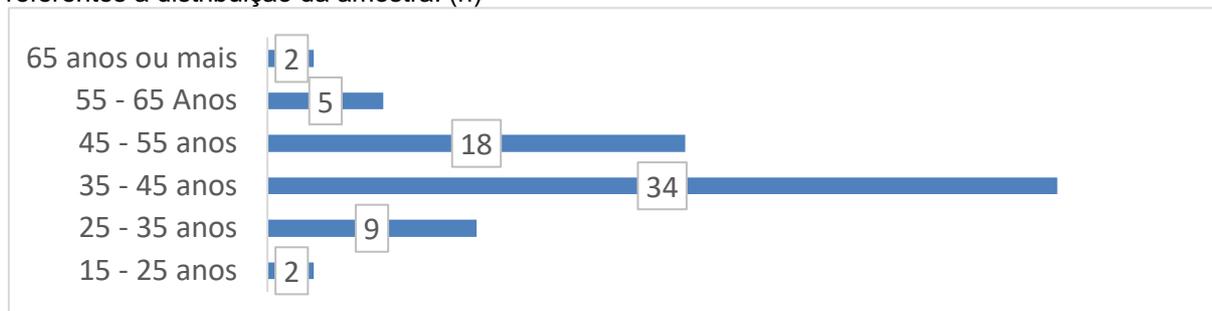
Figura 01 – Caracterização da amostra segundo a sua categoria profissional. (%)



Fonte: Própria da pesquisa.

A idade e o sexo da amostra nos revelam que uma grande parcela pertence a meia idade, 35 – 45 anos, representada por 49% das pessoas, conforme figura 02. Mas no que se refere ao gênero, tem-se o predomínio do feminino, com 74% e masculino resultando em 26%/ dos entrevistados.

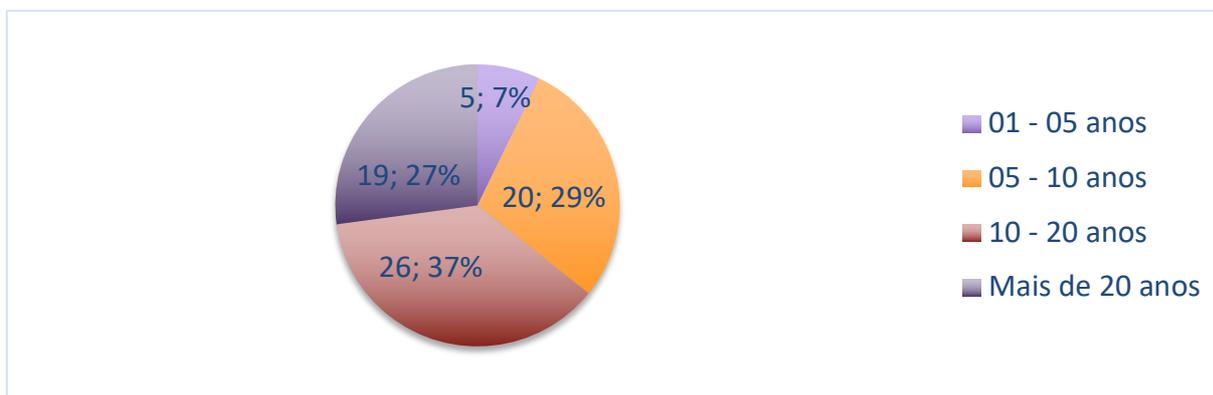
Figura 02 – Representação gráfica da faixa etária dos entrevistados, sendo o número perante as barras referentes a distribuição da amostra. (n)



Fonte: Própria da pesquisa.

O tempo de formação e de atuação no mercado de trabalho é marcado pela faixa de 10 a 20 anos e não há o aparecimento de profissionais que contenha menos de um ano em ambos, demonstrando que a maior parte dos profissionais desta unidade possuem determinado tempo de experiência no seu campo de atuação, porém não se pode dizer se os mesmos permanecem frequentando a academia ou ainda se estão aprimorando seus conhecimentos inerentes a sua prática profissional, principalmente ao que se referem ao atendimento voltado a comunidade surda, os dados são demonstrados nas figuras 03 e 04.

Figura 03 – Tempo de formação dos profissionais participantes da pesquisa. (n/%)



Fonte: Própria da pesquisa.

Figura 04 – Tempo de atuação no mercado de trabalho dos elementos da amostra.



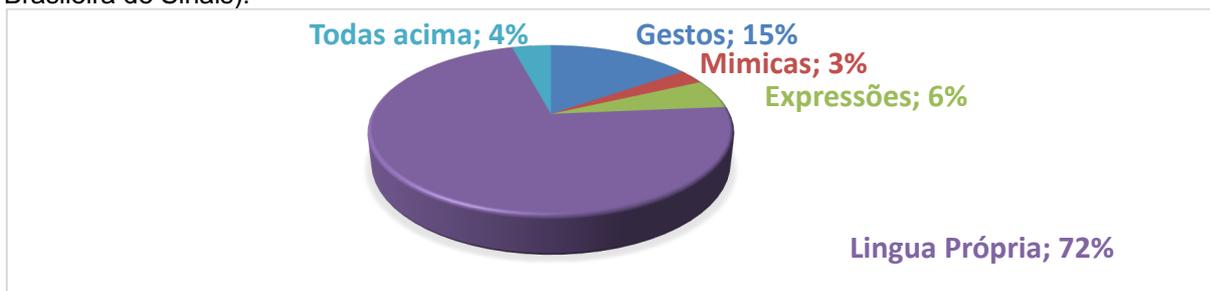
Fonte: Própria da pesquisa.

Quando questionados ao conhecimento dos direitos do deficiente auditivo, os dados nos trazem que 64% não conhecem os direitos que envolvem o Surdo e apenas 36% afirmam conhecer, já em relação a deficiência auditiva 51% mesmo possuindo formação acadêmica na área da saúde, referem desconhecer a deficiência auditiva, entretanto 49% afirmam ter domínio dos conhecimentos que tange a deficiência auditiva.

Já quando se refina ainda mais a pesquisa em relação a aspectos relacionados a cultura e a língua da comunidade surda, mais propriamente dita Libras, os resultados são preocupantes, já que 76% afirmam não ter adquirido ao longo de sua formação, atuação profissional ou até mesmo de vida particular qualquer formação ou conhecimento na língua de comunicação oficial da comunidade Surda do Brasil. Somente 24% dos participantes afirmam ter conhecimento básico, quanto a conhecimento intermediário e avançado não foi representado, demonstrando assim, que dos entrevistados nesta pesquisa não há profissional qualificado adequadamente para prestar assistência em saúde ao portador de déficit auditivo, assim como garante o decreto 5.626/2005 (BRASIL, 2005).

Ainda, buscando informações do conhecimento dos participantes relacionado a Libras, demonstra-se na figura 05, a visão dos mesmos como a Libras é considerada, se faz notório que 72% dos pesquisados referem e reconhecem que Libras é uma língua própria e não somente, gestos com 15%, expressões com 6%, mímicas 3% ou então um misto de dos citados desconstruídos sem estrutura própria representado por 4%.

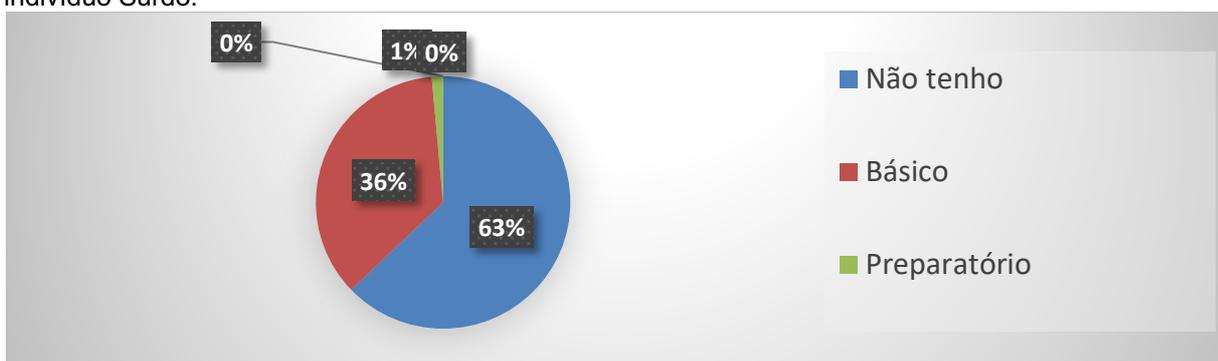
Figura 05 – Representação da visão dos participantes da pesquisa frente a definição de Libras (Língua Brasileira de Sinais).



Fonte: Própria da pesquisa.

Porém o preparo dos profissionais para atender o público em questão, ainda é escasso e fragilizado, sendo notado quando se questiona aos mesmo. A preocupação aumenta, pois apenas 01 dos participantes refere ter curso preparatório e os demais, 36% consideraram ter preparo básico ou 63% não terem preparo algum para atender o cliente Surdo. Podemos observar claramente o despreparo para o atendimento em saúde ao observamos a figura 06.

Figura 06 – Apresentação do parâmetro de preparo dos colaboradores da pesquisa para o atendimento ao indivíduo Surdo.

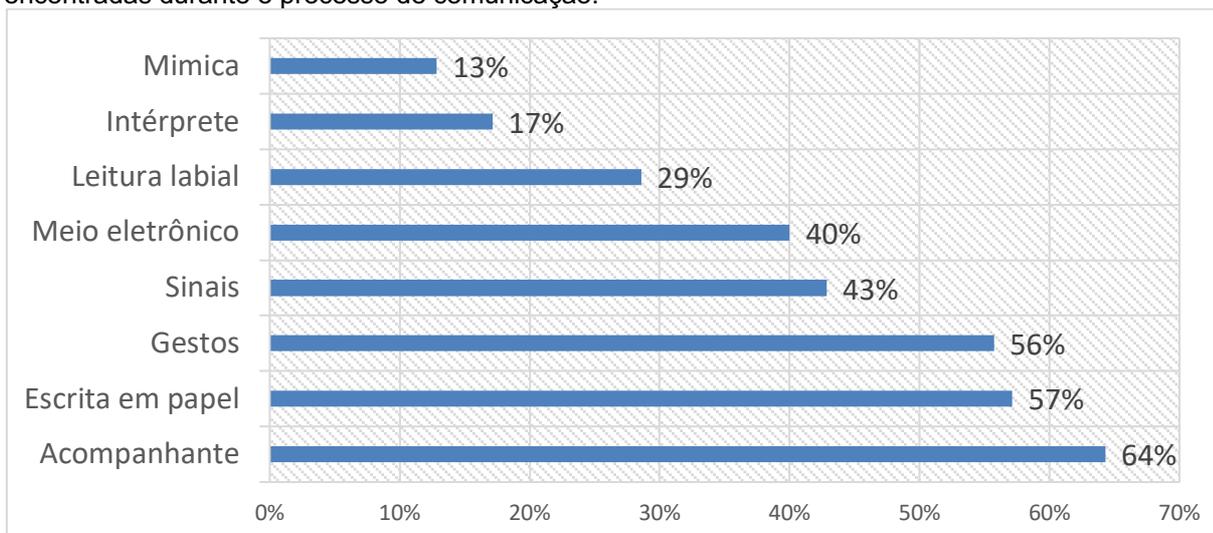


Fonte: Própria da pesquisa.

Como consequência da falta de preparo e de conhecimento da cultura Surda, dos direitos do indivíduo Surdo, do déficit auditivo e da Língua Brasileira de Sinais, os colaboradores apresentam-se com dificuldade para realizar o atendimento em saúde respeitando todos os princípios da ética, bioética, dos códigos de deontologia de cada profissão, a Legislação vigente do Estado e demais pareceres inerentes a comunidade Surda. Somente 14% dos colaboradores referem não possuir dificuldade no decorrer de sua prestação de serviços, já os 86% restante referem ao contrário, evidenciando a quão comprometida a assistência em saúde está para atender as necessidades de tal público em específico.

Sendo assim, buscando dirimir tais dificuldades apresentadas no contexto pautado, os profissionais atuantes buscam alternativas e meios de se comunicarem com seus clientes, seja por escrita em papel, utilizada por 57% dos participantes, acompanhante com 64%, mímica com 13%, intérprete com 17% ou outros, conforme explicito na figura 07. Demonstrando que a apropriação dos acompanhantes dos pacientes por parte da equipe para serem seus “intérpretes”, ainda é muito utilizada, quebrando assim o vínculo profissional-cliente e principalmente a privacidade e os direitos da pessoa.

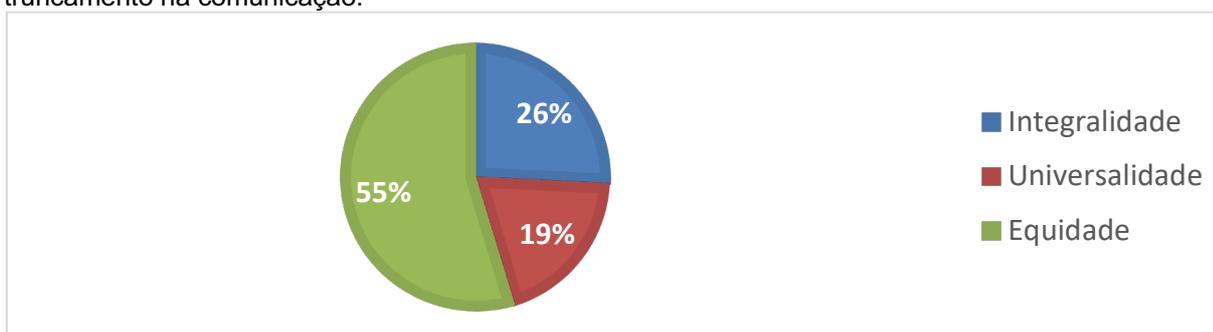
Figura 07 – Formas de comunicação utilizada pela equipe de saúde com vista a dirimir as dificuldades encontradas durante o processo de comunicação.



Fonte: Própria da pesquisa.

Dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme a lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) em seu capítulo II, o SUS possui entre seus princípios a universalidade, integralidade e igualdade da assistência à saúde, sendo garantido a todos os indivíduos que necessitarem dos seus serviços. Porém quando se pensa na falha da comunicação, foi solicitado para os entrevistados refletirem qual (ais) dos princípios são infligidos e como resultado a equidade com 76% foram os mais citados de todos os princípios, sendo assim, os colaboradores afirmam que ao prestar o atendimento em saúde com truncamento na comunicação pode ocorrer algum tipo de preconceito ou até mesmo privilégio por conta da deficiência no conhecimento na língua. A figura 08, demonstra os resultados em porcentagem quantos aos princípios infligidos na visão dos entrevistados.

Figura 08 – Visão dos colaboradores quantos aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS infligidos pelo truncamento na comunicação.



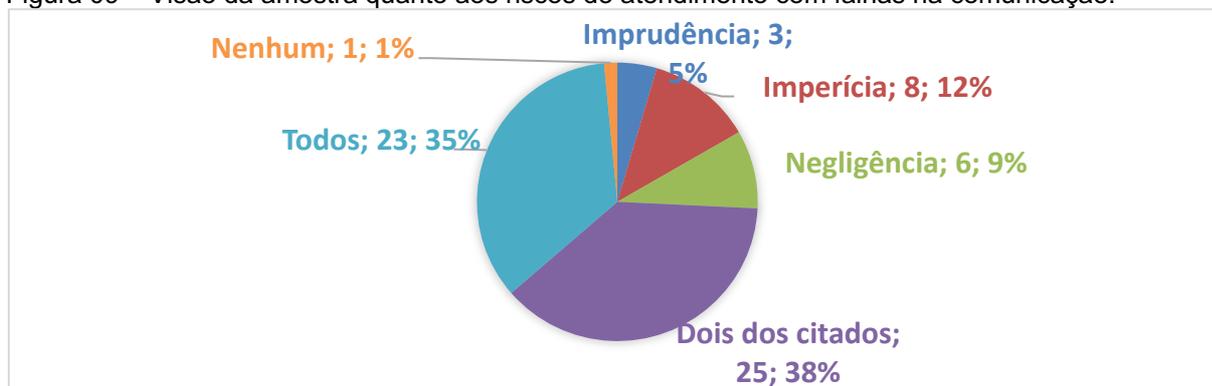
Fonte: Própria da pesquisa.

Ainda buscando a reflexão por parte dos participantes, foi questionado se o intérprete de Libras ajudaria no atendimento e se a presença dele prejudicaria o atendimento. No que se refere a sua ajuda para a interpretação 93% responderam com parecer positivo e somente 7% disseram não ser benéfico, porém ao que se refere a sua presença durante o atendimento, a maior parcela dos profissionais não conseguiu ter a visão oposta durante o atendimento e 91% responderam que não é prejudicial e apenas 9% conseguiram notar que a presença do intérprete é prejudicial durante o atendimento.

Para finalizar o questionário os participantes são convidados a elevarem ainda mais o nível de consciência de sua prática profissional, onde se questiona qual (ais) risco (os)

(Imprudência, Imperícia, Negligência) se oferta em um atendimento onde há falhas na comunicação. A escolha mais realizada pelos participantes se referem a 38% dois dos citados, sendo demonstrado na figura 09.

Figura 09 – Visão da amostra quanto aos riscos do atendimento com falhas na comunicação.



Fonte: Própria da pesquisa.

DISCUSSÕES

Ao imergirmos nas interpretações inerentes ao que se observa em tal unidade de saúde, caracterizada por ser um serviço de urgência e emergência, a mesma não se destoa de estudos já realizados anteriormente em outros âmbitos. As dificuldades encontradas, meios para comunicação com o deficiente auditivo e o conhecimento restrito dos colaboradores relacionado a cultura surda e o contexto da surdez é ecumênico.

A comunicação truncada durante o atendimento em saúde, ora visto nas figuras 08 e 09, pode-se além de infligir o regimento vigente do Estado, pode ofertar riscos aos clientes que por hora não antes visto em literatura, sendo tal público passivo a imperícia, imprudência e negligência.

Ao que se refere aos riscos identificados nas figuras supracitadas, pode se afirmar que os colaboradores percebem e, portanto, demonstram com base aos conhecimentos de sua formação, como pode ser prejudicial para a comunidade em questão a falha de comunicação, fazendo com que o atendimento ao surdo usuário da Libras possa ser danoso (CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; FORTES, 2012).

O fato em questão por vezes é associado pela falta de conhecimento dos profissionais, por desconhecimento não somente ao que se restringe a Língua Brasileira de Sinais, mas sim a todo um contexto que envolve a surdez, pois conforme dados da pesquisa e de outros referenciais, nos demonstra que os profissionais de saúde não possuem preparo e muito menos dominam o meio de comunicação usual do Surdo, a Libras, resultando em um atendimento ineficiente, que conseqüentemente proporciona empecilhos no que se refere ao acesso do indivíduo ao serviço de saúde, ou seja, demonstrando a quebra no que se refere a diretriz de universalidade do sistema único de saúde – SUS (SANTOS, 2005; VIEIRA, CANIATO, YONEMOTU, 2017; SANTOS, MONTAGNA, 2015; IANNI, PEREIRA, 2009; FORTES, 2012; FRANÇA, 2018; MAGRINI, SANTOS, 2014; SOUZA, et al., 2017).

Ainda ao que se refere ao SUS, os demais princípios são quebrados, pois conforme efeito cascata, referindo a comunicação, quando se quebra um princípio, os demais também são afetados, isto é possível devido ao fato de que se a comunicação durante o atendimento não for realizada da forma mais efetiva, completa e observante de todos os direitos, princípios e diretrizes, o serviço passa a não cumprir nenhuma das exigências preconizadas. Pois, como visto anteriormente o princípio de universalidade foi quebrado

por falha na comunicação, a integralidade por sua vez é acarretada por não ser compreendido corretamente a mensagem dita pelo usuário, portanto o profissional acaba por tomar decisões equivocadas que por vezes não permite a transição do indivíduo pelos níveis de atenção do sistema (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLI, 2014; FRANÇA, 2018).

Já no que se trata da equidade vem em consonância do que se refere a igualdade, no presente estudo 76% dos participantes referiram que tal princípio do SUS pode ser infligido quando há falha na comunicação. Porém Vianna, Cavalcanti e Acioli (2014) declara em literatura que para analisar tal fato deve-se analisar todo o contexto que envolve o Surdo, ou seja, sua atuação perante a sociedade no que se refere ao meio em que o mesmo está inserido, modo de comunicação e até mesmo no que se refere as suas limitações, cabendo assim ao profissional a busca de informações da realidade individual de cada indivíduo (BOAS, et al., 2017).

Em estudo realizado por Chaveiro et al. (2014) tal refere que a falta de comunicação da equipe de saúde com o indivíduo surdo, pode ainda, leva-lo a sintomas acentuados de depressão, pois a falta de comunicantes da sua língua o leva ao isolamento social e consequentemente desencadeando sintomas depressivos e agravos ao quadro psíquico do cliente.

Mesmo a comunidade Surda brasileira tendo uma língua com estrutura gramatical própria e todo o amparo legal para usufruir do meio de comunicação visual-motor, há grandes empecilhos para a comunicação, pois em legislação o ensino da Libras no contexto educacional de nível primário ao superior, não se fez obrigatório a comunidade ouvinte, há a garantia dos direitos do surdo, mas não há a obrigatoriedade dos ouvintes aprenderem tal língua, conforme pode se observar na Lei 10.436/02, onde define-se que Libras é reconhecida como uma língua própria da comunidade surda brasileira (BRASIL, 2002).

Ainda que amparados pela legislação, como no decreto 5.626/2005, onde se garante o direito do Surdo ao atendimento com profissional qualificado em Libras, âmbitos como a saúde, que é uma das áreas do conhecimento mais importante para a vida humana, ainda se apresenta negligente ao se portar perante o deficiente auditivo.

Entretanto França e Silva (2018), por intermédio de seu estudo relacionado, nos demonstra a importância do aprendizado de Libras nos cursos de graduação e dos profissionais atuantes, buscando-se assim, benefícios iminentes a população surda do país, garantindo seu acesso a saúde com atendimento humanizado, de qualidade e principalmente fazendo valer os direitos a saúde conforme explicito no decreto 5.626/05, onde se garante ao indivíduo surdo de ser atendido por profissionais da saúde que estejam aptos a compreender, traduzir e interpretar a Língua Brasileira de Sinais (BRASIL, 2005).

Sendo assim, as academias de ensino observando a lei devem ofertar a disciplina de Libras obrigatoriamente nos cursos superiores de licenciatura e no bacharelado como disciplina optativa. Contudo, o fato do despreparo dos profissionais de saúde relacionado a compreensão, tradução e interpretação da Libras está intimamente ligado a tal condição em que a academia segue (OLIVEIRA et al., 2012; CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; SOUZA, PORROZZI, 2009).

Oliveira et al (2012) em seu estudo, ainda, refere quanto aos empecilhos encontrados na formação de diversas áreas de ensino da ramificação da saúde e encontra que além da questão da não obrigatoriedade da disciplina na área da saúde, ele demonstra que muitas universidades não estão com suas grades curriculares adequadas conforme preconiza a legislação, principalmente quando se mencionam as públicas, ou seja, tornando a formação quando ofertada deficiente.

Portanto, os estudos de Vianna, Cavalcanti, Acioli (2014) e de Britto com Sampeis (2009), demonstrou a importância que a capacitação de recursos humanos na área da saúde, direcionado aos cuidados com o Surdo, pode ofertar a comunidade, sendo primordial para tanto o estímulo político e financeiro para que as práticas em saúde possam

dar o suporte necessário para atender ao Surdos de modo humanizado e que garanta a inclusão social.

Buscando minimizar o fato de desconhecerem os direitos do Surdo (64%) e até a deficiência auditiva (51%), busca-se meios de comunicação alternativos, com o objetivo de suprir as dificuldades encontradas na utilização da Libras. Rodrigues e Damião (2014) demonstrou a eficácia da comunicação através de um sistema criado para surdo hipertensos participarem, onde se obteve resultados positivos, entretanto por vezes os profissionais da área da saúde buscam como meio para comunicação outras formas, conforme demonstrado na figura 07, sendo o mais citado a utilização do acompanhante durante o atendimento (64%).

Portanto, tais apontamentos faz-se com que ocorra uma cascata de fatores que influem malefícios a tal população, como a falta de acesso ao sistema de saúde decorrente da incapacidade dos profissionais de saúde para abordar e acolher o deficiente auditivo, por desconhecerem sua cultura, a língua, a legislação e até mesmo a deficiência, necessitando eventualmente no momento do atendimento de uma terceira pessoa intercedendo no processo de comunicação, que por vezes indicam utilizar o acompanhante, ou ainda, felicitam a necessidade de um intérprete, referindo que a presença do mesmo não atrapalha no atendimento, enquanto que na verdade estão provocando assim, a quebra de privacidade, sigilo profissional e do vínculo profissional-cliente (PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2006; CHAVEIRO, BARBOSA, 2005; FRANÇA, et al., 2016; DANTAS, et al., 2014; VIEIRA, CANIATO, YONEMOTU, 2017; IANNI, PEREIRA, 2009; LESSA, ANDRADE, 2016; SOUZA, et al., 2017).

Chaveiro et al. (2010) e França et al. (2016) nos traz que no processo de comunicação no âmbito da saúde pode ainda sofrer maiores danos, pois o intermediário por vezes não domina os termos técnicos utilizados no decorrer do atendimento em saúde e conseqüentemente gerando maiores dificuldades no processo de interpretação para ambas as línguas (NÓBREGA, MUNGUBA, PONTES, 2017; CHAVEIRO, et al., 2010). Sendo assim, Aragão et al. (2015) realizou em seu estudo a validação de 28 sinais em Libras inerentes a sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde e França et al. (2016), obteve sucesso na validação de sinais e sintomas clínicos de infecções sexualmente transmissíveis em Libras, colaborando assim para que não haja a utilização de sinais desapropriados durante o atendimento em seus seguimentos de assistência à saúde.

Ainda como consequência do desconhecimento relacionado a surdez, tais indivíduos portadores, por falta de compreensão de sua língua possuem descalabros quanto aos princípios de integralidade, por não atender totalmente as necessidades do indivíduo e ainda a equidade pode ser posta por já ser uma população específica e que por vezes não se consegue compreender adequadamente seu quadro situacional de saúde em seu amplo aspecto.

Mesmo com a falta de preparo, de todo o desconhecimento dos profissionais da saúde para com a comunidade Surda no que se refere a cultura, língua e direitos eles reconhecem que Libras é uma língua própria que no processo de cuidar, atender e suprir as necessidades em saúde de tal indivíduo a comunicação é fundamental para não ofertar riscos ao cliente.

Tal percepção é de fundamental importância, pois em um contexto histórico a Libras ainda é uma língua recentemente conhecida, somente em 2002 após grandes mudanças e lutas pelos direitos da pessoa deficiente auditiva pôde através da aprovação da lei nº 10.436 reconhecê-la como língua que possui uma estrutura gramatical própria podendo utilizá-la como meio de comunicação principalmente pela comunidade Surda do país.

No entanto, mesmo com tamanho conhecimento declarado pelos colaboradores da pesquisa, os mesmo em sua maioria, são caracterizados por atuarem no mercado de

trabalho entre 10 e 20 anos, mas não possuem capacitação alguma no que se refere ao mote.

Ao que se refere a essa problemática, pode encontrar na literatura que todos os danos causados no decorrer da comunicação com a comunidade surda dentro do âmbito da saúde, pode-se eliminar através da capacitação dos colaboradores, inclusão da Libras como disciplina pedagógica no currículo escolar, incentivos políticos, financeiros e a valorização de profissionais capacitados, para que possa ofertar uma assistência livre de danos desencadeados pela comunicação truncada e ainda poder respeitar a população surda em seu mais amplo aspecto histórico, linguístico, cultural e de direito como qualquer outro cidadão (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; LOPES, VIANNA, SILVA, 2017; BRITTO, SAMPERIZ, 2010; SALES, OLIVEIRA, ARAÚJO, 2013; NÓBREGA, MUNGUBA, PONTES, 2017; DANTAS, et al., 2014; VIEIRA, CANIATO, YONEMOTU, 2017; CHAVEIRO, et al., 2010; FORTES, 2012; FRANÇA, 2018; SANTOS, 2015; SOUZA, PORROZZO, 2009).

CONCLUSÃO

A pesquisa demonstrou a tamanha dificuldade em se tem no âmbito da saúde de se cumprir os princípios do SUS frente ao atendimento a comunidade Surda, pois a falha na comunicação se faz presente por falta de estímulo político e financeiro à capacitação dos profissionais no que se relaciona a atenção auditiva e a cultura surda.

Sendo assim, o despreparo das equipes de saúde possuem grande impacto no que se diz respeito ao atendimento em saúde a comunidade surda, demonstrando que se faz necessário investimento financeiro para se capacitar os colaboradores e principalmente políticas públicas que impulse o ensino e a divulgação da cultura, da Libras, e dos direitos que cerca a comunidade Surda do Brasil para que se possa ofertar uma assistência livre de imperícia, imprudência, negligência e que atenda ao que se preza a legislação vigente, buscando prevenir, promover e recuperar a saúde da comunidade, no seu mais amplo aspecto.

Entretanto, se faz importante ressaltar, que tal pesquisa engloba apenas uma unidade de pronto atendimento – UPA em um município do interior do estado de São Paulo, portanto cabe as academias ampliar seus investimentos em pesquisas que se profunde no que se diz respeito, a qualidade de vida e a quais riscos e problemas de saúde a falha na comunicação expõe os indivíduos da comunidade surda que utilizam a Língua de Sinais.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Ao debruçarmos nesta temática, podemos perceber que a dificuldade de comunicação entre tais modalidades linguísticas no cotidiano, está entranhada às políticas públicas, empoderamento cultural, incentivo ao ensino dos profissionais da saúde e aspectos referentes a conjuntura social do Surdo.

A Enfermagem sendo uma ciência inerente ao cuidado em saúde, se abrange o indivíduo em seu amplo aspecto, ou seja, o indivíduo em seu âmbito biológico, psicológico, social e religioso. Para tanto a equipe de enfermagem deve se aprimorar e sensibilizar aos problemas de saúde de seus clientes e atendê-los aos que se faz necessário no tocante da saúde.

Os empecilhos impostos para que tal comunicação ocorra adequadamente entre a comunidade Surda e o profissional da saúde ouvinte, pode ser quebrado com o ensino nas academias, incentivo aos profissionais atuantes, políticas públicas e disseminação do conhecimento a sociedade total. Com isso se consegue sanar a falta de conhecimento alusivo ao Surdo, garantindo principalmente as oportunidades de acesso do indivíduo aos

serviços de saúde, vínculo de tal comunidade com a rede de suporte social e ainda afirmando a privacidade do usuário, sigilo profissional com uma assistência livre de imperícia, imprudência e negligência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAGÃO, Jamilly da Silva et al. A content validity study of signs, symptoms and diseases/health problems expressed in LIBRAS. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1014-1023, dez. 2015. Bimestral. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0325.2644>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/0104-1169-rlae-23-06-01014.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2018.
2. BOAS, Denise Cintra Villas et al. Análise dos processos de atenção e interação em criança com deficiência múltipla sensorial. *Audiology - Communication Research*, [s.l.], v. 22, p.1-7, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1718>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acr/v22/2317-6431-acr-2317-6431-2016-1718.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2018.
3. BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 22 dez. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: 13 mar. 2018.
4. BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, abr. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm>. Acesso em: 13 mar. 2018.
5. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 19 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 mar. 2018.
6. BRASIL. Luiza Maria Borges Oliveira. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – Sdh/pr Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa Com Deficiência – Snpd Coordenação-geral do Sistema de Informações Sobre A Pessoa Com Deficiência (Org.). *Cartilha Do Censo 2010: Pessoas com Deficiência*. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa Com Deficiência, 2012. 32 p. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 15 mar.
7. BRITTO, Fernanda da Rocha; SAMPERIZ, Maria Mercedes Fernandez. Dificuldade de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. *Einstein*, São Paulo, v. 1, n. 8, p.80-85, 01 mar. 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-

45082010000100080/1679-4508-eins-S1679-45082010000100080-pt.x43966.pdf>.
Acesso em: 16 abr. 2018.

8. CARDOSO, Adriane Helena Alves; RODRIGUES, Karla Gomes; BACHION, Maria Márcia. Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 14, n. 4, p.553-560, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692006000400013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a13.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

9. CHAVEIRO, Neuma et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. *Cogitare Enferm.*, [s.l.], v. 4, n. 15, p.639-645, out./dez. 2010. Trimestral. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273406058_Atendimento_a_pessoa_surda_qu_e_utiliza_a_lingua_de_sinais_na_perspectiva_do_profissional_da_saude>. Acesso em: 20 jul. 2018.

10. CHAVEIRO, Neuma et al. Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa. *Interface: Comunicação saúde e educação*, Botucatu, v. 18, n. 48, p.101-114, jan./mar. 2014. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0101.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

11. CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 39, n. 4, p.417-422, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342005000400007>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/06.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

12. CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celso. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 42, n. 3, p.578-583, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342008000300023>. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41774/45412>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

13. DANTAS, Thayana Rose de Araújo et al. Comunicação entre a equipe de enfermagem e pessoas com deficiência auditiva. *Rev Enferm Uerj*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 22, p.169-174, mar./abr. 2014. Bimestral. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a04.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

14. DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 13, n. 1, p.641-649, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000500015>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

15. FORTES, Luciana de Oliveira. Estratégias de comunicação no atendimento em saúde a sujeitos surdos. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/6541>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

16. FRANÇA, Eurípedes Gil de et al. Dificuldade de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. *Ciência y Enfermería*, [chile], v. 3, n. 22, p.107-116, 2016. Quadrimestral. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n3/0717-9553-cienf-22-03-00107.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2018.
17. FRANÇA, Eurípedes Gil de. Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional de saúde. 2011. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Pública, Avaliação de Programas e Serviços de Atenção à Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campinas Grande, 2011. Disponível em: <[http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/1688/1/Euripedes%20Gil%20de%20Franc a.pdf](http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/1688/1/Euripedes%20Gil%20de%20Franc%20a.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2018.
18. FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de et al. CLINICAL SIGNS AND SYMPTOMS OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS COMMUNICATED IN LIBRAS. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 50, n. 3, p.458-465, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000400012>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0458.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
19. FRANÇA, Nícia das Graças Gonçalves Machado; SILVA, Rodrigo Gomes da. PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE A COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, [s.l.], v. 06, n. 03, p.01-19, 11 set. 2018. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/655/332>>. Acesso em: 07 ago. 2018.
20. HONORA, Márcia; FRIZANCO, Mary Lopes Esteves. História da Educação de Surdos no Mundo. In: HONORA, Márcia; FRIZANCO, Mary Lopes Esteves. Livro Ilustrado de Língua Brasileira de Sinais: Desvendando a comunicação usada pelas pessoas com surdez. São Paulo: Ciranda Cultural, 2009. p. 17-42.
21. IANNI, Aurea; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Acesso da comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 18, n. 2, p.89-92, 01 jun. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29582/31449>>. Acesso em: 05 maio 2018.
22. LESSA, Raiene Teixeira Cardoso; ANDRADE, Erci Gaspar da Silva. LIBRAS E O ATENDIMENTO AO CLIENTE SURDO NO ÂMBITO DA SAÚDE. *Rev. Cient. Sena Aires*, [s.l.], v. 05, n. 02, p.95-104, jul./dez. 2016. Semestral. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/261/134>>. Acesso em: 10 ago. 2018.
23. LOPES, Raphaela Marques; VIANNA, Núbia Garcia; SILVA, Eliete Maria. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 10, n. 02, p.213-221, maio/ago. 2017. Quadrimestral. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5883/3046>>. Acesso em: 22 maio 2018.
24. MAGRINI, Amanda Monteiro; SANTOS, Teresa Maria Momensohn dos. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema?. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 26, n. 03, p.550-558, set. 2014.

Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14880/15215>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

25. MUNOZ-BAELL, Irma M; RUIZ, M Teresa. Empowering the deaf. Let the deaf be deaf. *J Epidemiol Community Health*, [s.l.], v. 54, n. 1, p.40-44, jan. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731537/pdf/v054p00040.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

26. NÓBREGA, Juliana Donato; MUNGUBA, Marilene Calderaro; PONTES, Ricardo José Soares. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v. 3, n. 30, p.1-10, jul./set. 2017. Trimestral. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6176/pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

27. OLIVEIRA, Efigênia Cristina Pereira de; ANDRADE, Erci Gaspar da Silva. COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COM O DEFICIENTE AUDITIVO. *Rev. Cient. Sena Aires*, [s.l.], v. 05, n. 01, p.30-38, jul./dez. 2016. Semestral. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/253/121>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

28. OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de et al. Língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no estado da Paraíba, Brasil. *Interface: Comunicação saúde e educação*, [s.l.], v. 16, n. 43, p.995-1008, out./dez. 2012. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4712.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

29. OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 25, n. 1, p.307-320, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000100017>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00307.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

30. PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; FIŁZA, Nara Lígia Gregório; REBOUÇAS, Cristiana Brasil de Almeida. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 41, n. 3, p.411-418, set. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342007000300010>. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/733.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

31. PEREIRA, Maria das Graças Dias; FERREIRA, Carolina Magalhães de Pinho. Surdez, família e mediação profissional: Grupo focal na coconstrução de conhecimentos e agentividade. 2013. 41 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fonoaudiologia, Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Cap. 02. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/23889/23889_3.PDF>. Acesso em: 01 ago. 2018.

32. PINNA, Mariana Hausen. Surdez. In: BENTO, Ricardo Ferreira et al. *Otorrinolaringologia baseada em sinais e sintomas*. São Paulo: Fundação Otorrinolaringologia, 2011. Cap. 06. p. 51-54. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=s9DfKcW08yAC&printsec=frontcover&hl=pt->

BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 04 abr. 2018.

33. RODRIGUES, Silvia Cristina Martini; DAMIÃO, Gardênia Costa. Virtual Environment: assistance in nursing care for the deaf based on the protocol of Primary Care. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo, v. 48, n. 4, p.731-738, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000400022>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/0080-6234-reeusp-48-04-731.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

34. SALES, Alessandra Santos; OLIVEIRA, Roberto Ferreira de; ARAÏJO, Edna Maria de. Inclusão da pessoa com deficiência em um Centro de Referência em DST/AIDS de um município baiano. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 02, n. 66, p.208-214, mar./abr. 2013. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/09.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

35. SANTOS, Cristina Aparecida; MONTAGNA, Erick. A comunicação integrada na área da saúde. Revista Acadêmica Oswaldo Cruz, [s.l.], v. 02, n. 08, p.01-11, out./dez. 2015. Trimestral. Disponível em: <http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_08_Cristina_Aparecida.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

36. SANTOS, Paulo Roberto de Andrade. Percepção da equipe de saúde, discentes e usuários sobre a comunicação com indivíduos surdos na atenção primária. 2015. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ensino na Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/20208>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

37. SOUZA, Marcos Torres de; PORROZZI, Renato. Ensino de Libras para os Profissionais de Saúde: Uma Necessidade Premente. Revista Praxis, Rio de Janeiro, v. 01, n. 02, p.43-46, ago. 2009. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/1119/1007>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

38. SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira de et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. Revista Cefac, [s.l.], v. 19, n. 3, p.395-405, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719317116>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v19n3/1982-0216-rcefac-19-03-00395.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

39. VIANNA, Nubia Garcia; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares; ACIOLI, Moab Duarte. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 7, p.2179-2188, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.09392013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02179.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

40. VIEIRA, Camila Mugnai; CANIATO, Daniella Gimenez; YONEMOTU, Bianca Pereira Rodrigues. Comunicação e acessibilidade: percepções de pessoas com deficiência auditiva sobre seu atendimento nos serviços de saúde. Reciis: Rev Eletron Comun Inf Inov, Rio de

Janeiro, v. 02, n. 11, p.01-12, abr. 2017. Trimestral. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1139/1139>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

Jéssica Fernandes da Silva Alves

Enfermeira. Residente da área profissional de saúde Enfermagem
Terapia Intensiva, UNIFASE, Petrópolis, RJ

Leila Schmidt Bechtluft

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente. UNIFASE, Petrópolis, RJ

RESUMO

O procedimento da episiotomia tem comprometido a integridade física de um grande número de mulheres ocasionando repercussões biológicas, mediante as disfunções decorrentes das alterações no assoalho pélvico; psicológicas, comprometendo seu estado emocional e também sociais, pois limita a mulher não somente a prestar o cuidado ao recém-nascido, mas também em suas atividades básicas do dia a dia. Ainda deve ser considerado o desconforto que a impossibilita de desfrutar o prazer sexual, prejudicando a relação com seu parceiro. O presente estudo tem como objetivo analisar a produção científica acerca das repercussões biopsicossociais da episiotomia na saúde da mulher. Foi desenvolvida uma revisão bibliográfica integrativa, na qual foram analisados 20 artigos publicados em diversos periódicos nos últimos 5 anos, utilizando-se descritores nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde(BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO). O estudo quanto às repercussões do procedimento da episiotomia revela o quanto a sua prática está sendo realizada de forma rotineira e desnecessária, gerando danos à saúde da mulher, demonstrando a importância da reconstrução de novas condutas dos profissionais ao utilizarem o método intervencionista de maneira seletiva e à necessidade do empoderamento da mulher no momento do parto.

Descritores: Episiotomia. Saúde da mulher. Parto humanizado.

INTRODUÇÃO

A técnica da episiotomia, uma incisão na parte externa da vulva, foi criada por Felding Ould, que servia em um hospital na Irlanda como Mestre no ano de 1742, século XVIII, tendo como objetivo prevenir lacerações severas nas parturientes. Na época, determinou que a incisão só poderia ser realizada em casos de dificuldades no momento do parto, se houvesse extrema necessidade (TOMASSO et al, 2002).

No século XIX, ocorreram algumas mudanças sociais que interferiram em diversas áreas, inclusive na saúde. O oferecimento de serviços de melhor qualidade para as parturientes proporcionou uma queda nos índices de mortalidade materna e perinatal. A obstetrícia, que teve sua importância valorizada como disciplina, levou o parto para o âmbito hospitalar em consequência da institucionalização da medicina. A partir desse momento, foram criados os planejamentos terapêuticos e os métodos intervencionistas, que envolvem recursos invasivos, iniciando-se, assim, a utilização do procedimento da episiotomia. É

quando o parto perde sua naturalidade e a mulher, o protagonismo desse momento (LOPES et al, 2012).

A episiotomia passou a ser um procedimento rotineiro a partir da primeira metade do século XX, quando DeLee, renomado ginecologista, defendia a ideia que a técnica traria muitos benefícios, como diminuir o esforço na hora de parir, preservar a musculatura pélvica sem a presença de danos, evitar morbimortalidade fetal e também evitar o prolapso uterino ou a retocele e a cistocele. Com esta fundamentação, a técnica da episiotomia tornou-se um procedimento rotineiro (TOMASSO et al, 2002).

A episiotomia é vista e tida como um dos procedimentos da prática obstétrica, sendo realizada no âmbito hospitalar, sob a indicação ou prescrição do obstetra que esteja acompanhando o parto. O objetivo dessa técnica é diminuir ou impedir que as lacerações ocorram no momento do parto, facilitar a passagem do feto e impedir qualquer tipo de dano ao polo cefálico, que é submetido à pressão que ocorre entre ele e o períneo resistente. Tornou-se, desta maneira, um procedimento profilático, podendo ser utilizada quando necessário (LOPES et al, 2012). Contudo, há evidências de que as lacerações ou fissuras perineais, tanto de primeiro grau quanto de segundo grau, proporcionam resultados melhores, para a saúde da mulher, do que a episiotomia. Isso está relacionado à quantidade de sangue que é perdida, à dispareunia, à forma de cicatrização e também o retorno da atividade dos músculos que foram comprometidos (LOPES et al, 2012).

O pós-parto é um momento de desgaste e como consequência gera cansaço e fadiga. Porém, na maioria das vezes, ele não é expresso pelas puérperas, pois o foco, tanto da mulher quanto da família e até mesmo dos profissionais que a assistem, é quase totalmente voltada ao recém-nato. Isso também ocorre quando ocorrem dores decorrentes ou em consequência do parto, afetando desta maneira a saúde biopsicológica da mulher por não ter uma assistência adequada voltada a ela (BELEZA et al, 2012)

Nos últimos tempos, o uso da episiotomia tem sido questionado tanto por ser utilizada de forma rotineira, gerando diferentes consequências causadas nos tecidos da região genital, como também pelo fato de que sua realização não garante a diminuição da morbidade no pós-parto. A mulher é afetada de diversas formas pela realização da episiotomia, sendo as principais consequências as marcas de cicatrização, dores, hematomas e dispareunia. Também predispõe a mulher à incontinência urinária e fecal, ou a infecções, debilitando-a para a realização de algumas atividades cotidianas ou para prestar cuidados ao recém-nascido. Consequentemente, a autoestima e autoimagem da mulher são atingidas também de forma negativa (BELEZA et al, 2012). A mulher também é afetada psicologicamente, pois teme o procedimento por não saber exatamente do que se trata e tem dúvidas sobre as alterações que poderão ser causadas na sua genitália em decorrência do corte. Portanto, além dos desconfortos fisiológicos, representados pelas diversas alterações físicas e hormonais por que a mulher passa durante o processo da gestação e no momento de parir, ela ainda é submetida à dor do corte da episiotomia (BELEZA et al, 2012).

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a utilização da episiotomia de forma seletiva. Estima-se que um percentual entre 10% a 30% da prática nos partos vaginais seja uma frequência formidável para sua realização (BRASIL, 2001). No país, a utilização da episiotomia ainda é feita rotineiramente, sem considerar os questionamentos sobre sua eficácia e seus riscos. apresentando diferenças de acordo com cada região do país. Uma pesquisa demográfica da saúde da criança e da mulher apresentou uma taxa de 71,6% da prática da episiotomia no Brasil e uma prevalência maior no estado do Rio Grande do Sul, com a taxa de 78,5%. Esses índices demonstram o quanto ultrapassa a porcentagem pela Organização mundial da saúde (OMS), sugerindo em torno de 10% de realização da episiotomia (LAGO; LIMA, 2006).

A política de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN) preconiza algumas medidas que trazem maior benefício no momento do parto e nascimento. Desta forma, tenta evitar os procedimentos intervencionistas que não sejam necessárias, as quais não trazem benefícios à puérpera e nem mesmo ao recém-nato, mas em contrapartida, acarreta riscos (BRASIL, 2000).

Apesar da prática ser contrária às recomendações da Organização Mundial de Saúde, a episiotomia ainda é realizada de forma rotineira pelos profissionais, principalmente em instituições que não apresentam protocolos estabelecidos do modelo de intervenção de assistência (COSTA; SOUZA 2009, apud FIGUEIREDO et al, 2015). Este fato demonstra a necessidade do conhecimento, por parte dos profissionais, sobre as repercussões negativas que afetam as mulheres decorrentes do trauma perineal, pois desta forma, os que participam do cuidado à parturiente, poderão intervir da forma correta, evitando práticas que não sejam necessárias, que expõem a mulher e que podem gerar incapacidade para os cuidados maternos (BELEZA et al, 2012).

Tendo em vista o exposto, este estudo teve como objetivo analisar a produção científica acerca das repercussões biopsicossociais da episiotomia na saúde da mulher.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de revisão integrativa que é realizado em 6 etapas. Na 1ª etapa, há a formulação da questão norteadora; a 2ª etapa tem como intuito determinar a amostragem na busca da literatura; a 3ª etapa define os dados que foram extraídos do estudo e utiliza um instrumento para organização das informações; na 4ª etapa é realizada a análise do estudo; a 5ª etapa equivale à discussão dos resultados pelo autor; a 6ª e última etapa apresenta a revisão e a síntese do conhecimento que foi produzido por meio da temática do estudo (UNESP, 2015).

Para a revisão, foram realizadas buscas por meio eletrônico, nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A revisão foi feita no período compreendido entre agosto e setembro de 2017, através dos descritores em ciência de saúde (DeCS): “episiotomia”, “parto humanizado”, “enfermagem obstétrica”. Em seguida, foram aplicados os seguintes filtros: texto completo disponível online, idioma português e artigos publicados nos últimos 5 anos, mais especificamente no período entre 2013 e 2017. Esta busca resultou em um total de 829 artigos. Os artigos cujos títulos indicavam estudos sobre temas diferentes do objeto deste estudo e aqueles que se repetiam, foram descartados. Foi realizada a leitura dos resumos dos demais artigos. Este procedimento permitiu a exclusão daqueles que não condiziam com os objetivos desta pesquisa. Desta forma, foram selecionados 29 artigos para a leitura na íntegra, uma vez que tratavam sobre a temática deste estudo. Após esta leitura, outros 9 foram descartados por não estarem de acordo com o objetivo aqui proposto. Assim, foram incluídos 20 artigos na pesquisa.

RESULTADOS

Artigos analisados

O quadro a seguir, tem como objetivo apresentar e organizar os estudos selecionados.

Nº	AUTORES	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	ANO	PERIÓDICO
1	Francisco AA. Et al	Associação entre trauma perineal e dor em primíparas*	2014	Revista Escola Enfermagem USP
2	Silva NLS. Et al	Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia	2013	Revista enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro
3	Peña SR. Gomes CRG.	Episiotomia e suas implicações	2016	Arquivos do mundi UEM
4	Bolsoni AC. Coelho JÁ.	Episiotomia no puerpério: percepção das mulheres	2016	Espaço para a saúde – revista de saúde pública do Paraná
5	Mathias AERA. Et al	Mensuração da dor perineal no pós-parto vaginal imediato	2015	Revista Dor. São Paulo
6	Garrett CA. Oselame GB. Neves EB.	O uso da episiotomia no sistema único de saúde brasileiro: a percepção das parturientes	2016	Revista Saúde e Pesquisa, Maringá
7	Villela JP. Et al	Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas	2016	Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro
8	Oliveira TR de. Et al	Percepção das mulheres sobre violência obstétrica	2017	Revista enfermagem UFPE
9	Pompeu KC. Et al	Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem	2017	Revista de Enfermagem Artigo Original do Centro-Oeste Mineiro
10	Silva RLV da. Et al	Violência obstétrica sob o olhar das usuárias	2016	Revista enfermagem UFPE on line., Recife
11	Dengo VAR. et al	A episiotomia na percepção de puérperas	2016	Revista UFPR

12	Silva ALS. Nascimento ER do. Coelho EAC	Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal	2015	Escola Anna Nery
13	Lima MG de. Et al	A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto	2013	Revista UNINGÁ Review
14	Knorst MR. Et al	Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária	2013	Revista USP
15	Oliveira APG de. Et al	Episiotomia: discussão sobre o trauma psicológico e físico nas puérperas – uma revisão bibliográfica	2016	Revista unigranrio
16	Costa ML	Episiotomia no parto normal: incidência e complicações	2015	Revista Cultural e Científica do UNIFACEX
17	Camboim FEF et al	História oral de vida temática de mulheres em relação à episiotomia	2017	Arq. Ciência. Saúde jornal of health sciences
18	Reis CSC dos. Et al	Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento	2016	Revista. Pesquisa cuidado. Fundamental. (Online) UFRJ
19	Oliveira VJ	O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres	2016	UFMG
20	Dias P	A realização da episiotomia: uma revisão de literatura	2015	Repositório são Lucas, Porto Velho, RO.

A análise do quadro permite observar a diversidade dos periódicos nos quais são encontrados os artigos, demonstrando o quanto o tema de estudo está sendo debatido em pesquisas. Percebe-se que duas revistas publicaram dois artigos em anos consecutivos, que têm como estudo as repercussões da episiotomia, a Revista Escola de Enfermagem USP, no ano de 2013 e logo em 2014; já a Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, seguiu o tema da pesquisa nos anos de 2015 e 2016.

Observando-se as datas de publicação dos artigos, nota-se que o ano em que mais se destacou o tema foi 2016, quando foram localizados nove artigos em diferentes revistas. Isso proporciona a exploração do estudo sob diferentes ângulos, de forma abrangente. Analisando as demais publicações, vê-se que no ano de 2013 foram encontrados três artigos, em 2014, um artigo, em 2015 quatro artigos e em 2017 três artigos.

De acordo com os títulos das publicações, é visível o quanto o tema em estudo está presente não apenas quando se trata da técnica episiotomia, mas ligado também a outros temas, como violência obstétrica, a percepção das mulheres no momento do parto referente

aos riscos e complicações relacionados à dor perineal, dispareunia e recuperação pós-parto, repercutindo nomeio biopsicossocial na saúde da mulher.

Os resultados da pesquisa foram divididos em três categorias para uma melhor análise e discussão: repercussões biológicas, repercussões psicológicas; e repercussões sociais na vida das mulheres que foram submetidas à episiotomia.

Categoria 1 – Repercussões biológicas da episiotomia na saúde da mulher

Entre os estudos selecionados na pesquisa, foram incluídos nesta categoria aqueles que se referem às repercussões físicas na saúde da mulher, ocasionadas pela prática da episiotomia. Puderam ser encontrados os tipos de complicações que vêm afetando diretamente a sua saúde, por diversos autores.

Dentre as complicações, podemos citar os traumatismos perineais, que tiveram um maior índice em primíparas. O relato de dor tem relação à realização da episiotomia, sendo responsável tanto pelo seu aparecimento como pela sua permanência. No período de seis meses após o parto, as queixas das mulheres que passaram pelo procedimento aumentaram ainda mais. Já as mulheres que não relatam nenhum tipo de dor, são as que não foram submetidas a episiotomia e predominantemente, sofreram apenas laceração de primeiro grau. (FRANCISCO et al, 2014; MATHIAS 2015).

A dispareunia também é relatada com frequência entre as puérperas que passaram pela episiotomia. O percentual das mulheres que praticaram atividade sexual e relataram dispareunia de acordo com o tempo de pós-parto encontrado em um estudo foi: em 2 meses, 39 entre 85 participantes (69,7%) e logo após 6 meses, foi obtido um resultado de 21 entre 79 participantes, ou seja, 29% das mulheres ainda se queixavam de dor. Desta forma, pôde ser observada uma diminuição da dor ao longo do tempo, até mesmo entre aquelas participantes que a relataram como intolerável, de 5,3% aos 2 meses para 1,4% aos 6 meses após o parto (SILVA et al, 2013).

Há necessidade também do acompanhamento na cicatrização da episiorafia, visto que há relatos de quantidade expressiva de alterações em sua cicatrização. No período de seis meses pós-parto, além da dor perineal, houve relato de outras alterações, com ênfase à deiscência parcial da sutura, pigmentação da pele e a sensibilidade na região (SILVA et al, 2013).

As complicações desencadeadas pela realização da episiotomia ocorrem em um curto período de tempo e quando a técnica é realizada de forma desnecessária, proporciona dor perineal, aumento das lesões e ainda lacerações graves. Como se trata de um procedimento cirúrgico há também os riscos comuns a qualquer procedimento cirúrgico. Em relação ao puerpério tardio, as complicações têm sido observadas no assoalho pélvico, podendo diminuir o tônus da musculatura, o que propicia a incontinência fecal ou urinária e também a dispareunia. As lacerações perineais mais profundas têm acometido múltiparas que já foram sujeitas ao procedimento da episiotomia, apontando para a necessidade da diminuição da utilização da técnica, que deve ser realizada de forma seletiva e não rotineira (PEÑA; GOMES,2016).

A episiotomia vem sendo questionada não somente pelas diversas complicações acarretadas no assoalho pélvico, mas também por não garantir a diminuição da morbidade pós-parto, e devido aos traumas e lesões provocadas pelo procedimento. Em relação à morbidade materna, evidencia-se, que entre as puérperas que foram sujeitas ao procedimento, as dores são maiores e há maior suscetibilidade aos hematomas, perda sanguínea, infecções, prolapso e fístulas reto vaginais quando comparadas a outros traumas perineais. Diante destas queixas, foi comprovado que a utilização de medicamentos tem sido cada vez maior pelas puérperas (BOLSONI; COELHO,2016).

Além de contribuir com a ocorrência de fístulas e de incontinência urinária, a episiotomia também pode provocar a diminuição do prazer sexual, ocasionado principalmente pela dor e o desconforto da incisão. Os casos de infecção no local foram relatados como consequência da falta de informação quanto aos cuidados pós-parto. Desta forma, é notória a importância da parturiente estar ciente sobre o procedimento que será realizado, por estar relacionado às complicações que poderão surgir, assim como das alterações que podem ocorrer no local da cicatrização, que podem acarretar alterações físicas por toda sua vida (GARRETT et al, 2016; ZANETTI et al, 2013).

Os profissionais da saúde que estão diretamente ligados a assistência à parturiente não valorizam a necessidade de explicar acerca do procedimento da episiotomia. Sendo ela uma possível técnica a ser realizada no momento do parto normal, se torna importante mencionar suas vantagens, indicações e os riscos que possa ocasionar. Desta forma, é esperado, que a conduta de tais profissionais ligados ao momento do parto e nascimento seja mudada e direcionada para a melhoria na qualidade de vida das mulheres no momento pós-parto, conforme demonstrados os resultados de tais complicações da prática da episiotomia (GARRETT et al, 2016; MATHIAS et al, 2015).

O método natural ou fisiológico de parir, tem sido esquecido pelos profissionais de saúde, que têm se voltado à doença e à prática curativa. O parto tem sido executado sem que a incorporação de atualizações baseadas em evidências científicas seja feita. A assistência ao parto feita por enfermeiras obstétricas tem se mostrado estar baseada em uma atenção mais humanizada, substituindo práticas intervencionistas classificadas como rotineiras – prejudiciais ao desenvolvimento natural e fisiológico do trabalho de parto – e proporcionado à parturiente o protagonismo neste processo (DIAS, 2015; REIS et al, 2016).

A análise sobre as repercussões biológicas da episiotomia na saúde da mulher pôde demonstrar o quanto os tipos de traumas e lesões perineais estão associados principalmente à dor como um agravante fisiológico. Como citado acima, foram referidos diversos tipos de complicações que podem gerar comprometimentos preocupantes, acarretando ainda outras patologias decorrentes da prática desse procedimento.

Categoria 2 – Repercussões psicológicas da episiotomia na saúde da mulher

As repercussões psicológicas podem ocorrer concomitantemente às complicações físicas, já discutidas na categoria anterior, como os danos causados na integridade pélvica da mulher decorrentes da episiotomia e/ou da episiorrafia. Em razão disso, os estudos selecionados para esta categoria, em geral associam as repercussões físicas e psicológicas.

O procedimento da episiotomia é percebido pelas puérperas como um método invasivo, repercutindo na sua vida como uma experiência negativa. Tal negatividade é impulsionada pelo medo, insegurança e revolta, oriundas da falta ou escassez de informações ofertadas pelos profissionais de saúde, que não concedem à mulher o direito de escolha para a realização da episiotomia. Há um grande nível de desconhecimento quanto a esse procedimento pelas mulheres no que se refere à razão da sua utilização e às suas indicações. Sem receber sequer nenhum tipo de informação, a parturiente é impossibilitada da escolha no momento decisivo do parto (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008 apud GARRETT et al, 2016).

Entre as mulheres que realizaram a episiotomia – considerando o déficit de conhecimento e de informação, e o fato de que não tiveram nenhuma oportunidade de decisão ou participação no seu próprio parto – muitas relataram o quanto sentiram revolta e estavam cheias de dúvidas sobre a causa da utilização do procedimento. Expressaram-se com expressões de receio, preocupação e indignação. É constante o uso da palavra “medo”, que justamente se dá em relação à falta de orientação, que repercutirá de forma

negativa no aspecto psicológico das puérperas, acarretando insegurança, apreensão, e fragilidade; tais aspectos poderiam ser revertidos se houvesse a assistência e respeito à escolha de decisão da mulher. A maior parte das mulheres referiu que a violação ao seu próprio corpo e a incapacidade para manter relações sexuais, as tem afetado psicologicamente (VILLELA et al, 2016; GARRETT et al, 2016).

A insatisfação das mulheres pode ser observada como um dos sentimentos mais presentes em relação ao procedimento da episiotomia. A prática, que viola não apenas o aspecto emocional, mas também os direitos sexuais e de reprodução, é de pouco conhecimento por parte das puérperas. Quando questionado seu entendimento prévio acerca do procedimento, foi demonstrado um déficit de conhecimento, tanto em relação a como é realizado, quanto para o motivo da realização (VILLELA et al, 2016). Em geral, as mulheres se referem à episiotomia como um “cortezinho”, dando a sensação de algo insignificante. Não se dão conta de que esse é um procedimento cirúrgico, um corte na vulva que fere sua integridade e que pode até mesmo gerar danos tanto físicos como psicológicos no pós-parto. Através da fala das mulheres, é notável o quanto desconhecem o processo fisiológico do seu próprio corpo no momento do parto, quando entendem que o procedimento da episiotomia seja necessário para que o bebê tenha passagem para nascer (OLIVEIRA et al, 2017).

Apesar de ser direito da mulher receber orientações, dos profissionais de saúde ligados ao parto e nascimento sobre os procedimentos que possam ser utilizados, através de uma linguagem compreensível, respeitando seus níveis de conhecimento, nota-se alguma negligência em relação a esse direito. Usualmente, não ocorre nenhum tipo de explicação sobre o procedimento ou a comunicação à mulher no momento de sua realização. Somente após serem violadas, as parturientes são avisadas, sem disporem da oportunidade de escolha. A falta de conhecimento dessas mulheres está, principalmente, atribuída ao desinteresse do profissional que assiste a gestante ao longo do pré-natal. Como consequência, gera uma concepção errônea ao não permitir o direito de decisão da mulher no momento do seu parto (VILLELA et al, 2016; POMPEU et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2017).

O corpo da mulher é visto e tratado como uma máquina pelo profissional médico, que é capaz de se apropriar dele no momento da assistência. Desta forma, é negligente não apenas em prestar orientações, mas também quanto aos direitos da mulher nos processos do parto e nascimento, interferindo principalmente nos seus sentimentos e emoções, o que afeta diretamente o aspecto psicológico da mulher. Essas ações se contrapõem a Política Nacional de Humanização e propiciam a violência obstétrica, não percebida pelos profissionais e silenciadas pelas parturientes, que, além disso, convivem com o trauma, que pode ser levado por toda sua vida (SILVA et al 2013).

Compete aos profissionais de saúde a incorporação de novas políticas públicas com o intuito de garantir um atendimento mais adequado à mulher, visando a humanização no processo gerar e parir, que é um dos momentos em que ela mais necessita de apoio emocional pois encontra-se mais vulnerável (OLIVEIRA et al, 2017).

Com base no exposto, é evidente a tecnocracia no momento em que o profissional impossibilita a participação da mulher, retirando-lhe o direito de escolha quanto ao seu próprio corpo, fazendo dela um objeto passivo de intervenções enquanto desvaloriza seus direitos, pois em vez de serem informadas antes do procedimento, são submetidas a aceitar as ordens no momento do parto sobre as intervenções realizadas. Desta forma, há uma experiência traumática no momento do parto, gerada pela impossibilidade de protagonismo da mulher (POMPEU et al, 2017).

Uma repercussão que muitas vezes passa despercebida pelos profissionais de saúde é o sentimento de medo e preocupação das mulheres em relação à recuperação da anatomia da sua genitália e quanto às deformidades no local do procedimento. Desta forma

pode ser percebido o quando há necessidade de se rever as condutas tomadas pelos profissionais, no sentido de respeitar o corpo da mulher e suas decisões, visando ao seu bem estar para reduzir os prejuízos psicológicos, emocionais e biológicos. Há algumas repercussões, como a depressão, questões relacionadas ao cuidado do recém-nascido e sexualidade, entre outras, que podem ser decorrentes da violência obstétrica. Tem sido demonstrado o quanto este tipo de violência tem acarretado danos psicológicos, além de repercussões sociais na vida das mulheres (OLIVEIRA et al,2017; SILVA et al,2015; SOARES et al, 2015).

Usualmente, as mulheres não são capazes de identificar os tipos de violência obstétrica e não percebem o quanto foram expostas a ela. Por acreditarem nos profissionais médicos, aceitam sem questionar os procedimentos impostos a elas, não expressam suas dúvidas e queixas e deixam de lado seus desejos, silenciando-se durante todo o trabalho de parto. Este fato, porém, não impede que ocorram prejuízos à mulher. Os serviços de saúde não valorizam a assistência emocional e física que deve ser prestada às puérperas, o que favorece a falta de resolução de tais consequências. (SILVA et al,2016; AGUIAR et al,2013).

Com base no que foi discutido acima, nota-se o quanto é grande o índice de desconhecimento das mulheres quando se refere à prática da episiotomia, pois há uma falta de informação sobre o procedimento e da sua real necessidade de realização, seus agravos, e riscos, que impossibilita a escolha da parturiente e viola seus direitos, afetando diretamente em seu estado emocional. Também é perceptível que o acompanhamento deste aspecto não é valorizado pelos profissionais de saúde como uma possível necessidade das puérperas, pois pela falta de compreensão, surge não somente o medo, mas também dúvidas que as afetam diretamente.

Categoria 3 - Repercussões sociais da episiotomia na saúde da mulher

Estudos demonstram que, além das repercussões biológicas e psicológicas, a episiotomia também pode resultar em prejuízos de cunho social para as mulheres submetidas a ela. As possíveis complicações, como a incontinência urinária, a dispareunia e a hemorragia, podem afetar a convivência da mulher no seu meio social, dificultando seu autocuidado e o cuidado ao recém-nascido (COSTA, 2015).

O percentual de mulheres que desenvolveram incontinência urinária logo após o parto normal com episiotomia foi de 65%. As mulheres mais afetadas foram as primíparas e as mulheres mais jovens, que tiveram grande impacto negativo não apenas nas limitações do dia a dia, mas também na vida social e nas relações pessoais. Salienta-se a importância da abordagem multiprofissional, já que com o tratamento fisioterápico, houve melhora significativa em todos os aspectos da qualidade de vida dessas mulheres (KNORST et al,2013).

Grande parte das puérperas foi afetada na relação com o parceiro, como no momento de retorno à vida sexual. Relatam, principalmente, a dor e o desconforto, que retiram o prazer sexual e o constrangimento ao ter que revelá-los ao seu companheiro, diminuindo a intimidade do casal, o que pode gerar conflitos e levar à separação. A dor na incisão, no momento da relação sexual e a insatisfação sexual foram fatores que afetaram negativamente a autoestima das mulheres. Além dessas dificuldades, a dor as limitou em alguns tipos de atividade familiar e social(LIMA et al.2013; CAMBOIM et al.2017)

Vale ressaltar que na sociedade, incluindo o momento do parto, é evidente o quanto a mulher é desmerecida pelos profissionais de saúde por sua falta de conhecimento, não sendo respeitado os seus direitos e vontades, submetidas, assim, a procedimentos invasivos, dentre eles a episiotomia. Novamente salienta-se a importância de a parturiente decidir o que será realizado em seu corpo, pois é através dele que seus prazeres são

satisfeitos. Sua integridade facilitará a ligação afetiva com recém-nato, com seu parceiro, com a família e a sociedade (LIMA et al,2013).

Em relação ao direito de escolha da usuária, a dignificação da mulher aponta para a necessidade de conhecimentos que possam sustentar suas decisões no momento do parto. Para que isso aconteça, há necessidade da parturiente ter acesso a informações que possibilitem seu entendimento quanto ao processo do nascimento. Tal acesso pode proporcionar o protagonismo da mulher e a tomada consciente de decisões relevantes sobre a sua saúde. Nesse caso, ela se sente mais confiante e tem maior segurança quanto aos procedimentos que fazem parte do momento de parir (SILVA et al, 2015)

A ausência de informações e orientações, a desvalorização da comunicação entre o profissional da saúde e a paciente, desfavorecendo sua autonomia e participação, culminam na desumanização do cuidado. Desta forma, para melhor qualidade na assistência ao parto, necessárias mudanças institucionais e não apenas do profissional da saúde, que pode, assim, garantir um serviço humanizado, proporcionado tanto pela estrutura física quanto pela qualificação do profissional (DIAS, 2015).

Foi perceptível, nessa categoria, que episiotomia não é apenas uma incisão cirúrgica que fere a integridade física da mulher, mas que repercute no seu relacionamento familiar e social. O procedimento pode impossibilitar até mesmo as atividades básicas diárias, pelo desconforto gerado pelo comprometimento físico (COSTA et al, 2015). Só será possível amenizar esses tipos de consequências a partir do momento em que ela se aproprie de seus direitos, tornando-se protagonista do seu próprio parto. O empoderamento das mulheres se faz necessário, disponibilizando para elas o acesso a todos os tipos de informações sobre o processo parto-nascimento, para que assim tenham condições de exigir seus direitos e não apenas se calarem diante das suas opções e direitos de escolha (SILVA et al, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto na análise dos artigos selecionados, as repercussões biológicas, psicológicas e sociais referentes à episiotomia estão ligadas umas às outras. A obstetria está em constante evolução por meio de novas evidências científicas e apesar destas indicarem que o procedimento deve ser utilizado nos casos que demonstrem sua necessidade, ainda está presente de forma rotineira nos serviços de saúde brasileiros.

O estado emocional da mulher é afetado por serem recorrentes as negligências quanto aos seus direitos, que também são desrespeitados por profissionais quando tomam suas próprias decisões, entre elas, a execução da episiotomia. Os comprometimentos que podem ser gerados por essa conduta não se restringem à estrutura física da mulher, pois interferem também em sua vida social, familiar e profissional por acarretar desconforto e constrangimento. Portanto, as repercussões da episiotomia na vida da mulher englobam a esfera biopsicossocial.

Há uma grande necessidade atualização das condutas profissionais. A presente pesquisa permite perceber um grande déficit das orientações prestadas para as mulheres sobre as práticas utilizadas no momento do parto. A falta de conhecimento tais práticas impede que a mulher imponha suas escolhas, desta forma, não atuando como a protagonista do seu próprio parto. Em vista disso, o profissional da saúde toma seu lugar ao recorrer a métodos intervencionistas, como o do tema deste estudo: a escolha da utilização da episiotomia como um procedimento rotineiro. A prática, utilizada de forma desnecessária, interfere diretamente nos direitos reprodutivos e sexuais, violando a integridade do seu corpo, como a incisão no assoalho pélvico da parturiente.

Como encontrado neste estudo, complicações que têm advindo do procedimento da episiotomia repercutem no meio biológico da mulher, dentre elas a incontinência urinária,

retocele, cistocele e hemorragia, que afetam conseqüentemente em seu estado psicológico e social, o que traz desconforto, limitando-a em suas atividades e necessidades diárias. Portanto, para diminuir esses tipos de repercussões na vida das mulheres, faz-se importante a dignificação e o empoderamento advindo das informações e orientações que deveriam ser prestados a mulher. Entretanto, também é primordial a reestruturação das práticas e condutas tomadas pelos profissionais, referindo-se, principalmente, à episiotomia de forma rotineira com o intuito de diminuir sua utilização de modo indevido. Aliado a isso, deve haver mudanças institucionais, possibilitando uma assistência mais humanizada no momento do parto, diminuindo repercussões negativas.

Os resultados deste estudo também permitem aos profissionais de saúde uma percepção do quão se faz necessária a melhoria na qualidade da assistência às parturientes, possibilitando a elas o reconhecimento da possível necessidade de execução de procedimentos, seus riscos e complicações, concedendo a elas o seu direito de escolha.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A inserção da Enfermagem na assistência obstétrica tem se intensificado nos últimos anos, principalmente no que diz respeito à assistência ao parto normal, sem distócia, possibilitando a diminuição da utilização de procedimentos invasivos. Apesar disso, haverá a necessidade da utilização da episiotomia em casos específicos. Os enfermeiros que prestam assistência às puérperas, no hospital, unidade básica de saúde ou no domicílio, devem fazê-lo considerando a mulher na sua integralidade. O presente estudo amplia o conhecimento sobre as repercussões da episiotomia na saúde da mulher, contribuindo, assim, para a assistência de enfermagem integral à puérpera.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M et al. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso>.

BELEZA, A.C.S et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200010&lng=en&nrm=iso>

BIBLIOTECA PROF. PAULO DE CARVALHO MATTOS. Tipos de revisão de literatura. UNESP Campos de Botucatu. 2015.

BOLSONI, A.C; COELHO, J.B.A. Episiotomia no puerpério: percepção das mulheres. Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 17, n. 2, p. 199-205, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p199>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 569, 570, 571, 572 /GM. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

CAMBOIM, F.E.F et al. História oral de vida temática de mulheres em relação à episiotomia. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 24, n. 2, p. 25-32, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.2.2017.595>.

COSTA, M.L et al. Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX, v. 13, n. 1, p. 173-187, 2015.

COSTA, N.M et al. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. RevistaFacene/Famene2011.

DANNECKER, C et al. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. Acta obstetrica et gynecologica Scand in avica, v. 83, n. 4, p. 364-368, 2004. DOI: 10.1111/j.0001-6349.2004.00366.x

DENGO, V.A.R et al. A episiotomia na percepção de puérperas. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 3, p. 1-8, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44060> ;

DIAS, P. A realização episiotomia: uma revisão de literatura. Repositório são Lucas, Porto Velho, RO.2015. URI: <http://hdl.handle.net/123456789/1555>

FRANCISCO, A.A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. 1, 2014.

GARRETT, C.A; OSELAME, G.B; NEVES, E.B. O uso da episiotomia no Sistema Único de Saúde Brasileiro: a percepção das parturientes. Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 3, p. 453-459, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2016v9n3p453-459>

KNORST, M.R et al. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. Fisioterapia e Pesquisa, v. 20, n. 3, p. 204-209, 2013.

LAGO, T.D.G.; LIMA, L.P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS, p. 151-170, 2006.

LEAL, M.C et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cadernos de saúde pública, v. 30, p. S17-S32, 2014.

LIMA et al. A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. Revista UNINGÁ Reviewv.16, n.2, p.33-37, 2013.

LOPES, D.M et al. Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas. Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online), p. 2623-2635, 2012.

MATHIAS, A.E.R.A et al. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. Revista Dor, v. 16, n. 4, p. 267-271, 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150054>

MATTAR, R; AQUINO, M.M.A; MESQUITA, M.R.S. The practice of episiotomy in Brazil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 1, p. 1-2, 2007.

NIY, D.Y. Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 109 f. Dissertação (Mestrado em ciências)- Curso de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2015. DOI 10.11606/D.6.2012.tde-10092012-105011

OLIVEIRA, A.P.G. et al. Episiotomia: discussão sobre o trauma psicológico e físico nas puérperas: uma revisão bibliográfica. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 10, n. 1, p. 1-13, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/3311>

OLIVEIRA, T.R et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963, v. 11, n. 1, p. 40-46, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Texto Integral do Relatório da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Cairo(EGY): ONU; 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Disponível em:<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>. acesso em : 27 abr. 2017.

PEÑA, S. R., GODOY GOMES, C. R. EPISIOTOMIA E SUAS IMPLICAÇÕES. Arquivos Do Mudi, 20(1), 25-37. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/32463>

PIMENTA, L.F; RESSEL, L.B; STUMM, K.E. The cultural construction of the birth process. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 5, n. 4, p. 591-598, 2013.

POMPEU, K.C et al. Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 7, 2017. DOI:<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1142>

REIS, C.S.C et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento Analysis of birth attended by nurse midwife under the perspective of humanization of childbirth. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 4, p. 4972-4979, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966>>.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paulista de enfermagem, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SILVA, A.L.S; NASCIMENTO, E.R; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. Escola Anna Nery, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.

SILVA, A.M; SÁ, M.C; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. Saúde e Sociedade, v. 22, n. 3, p. 840-852, 2013.

SILVA, N.L.S et al. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. Rev. enferm. UERJ, v. 21, n. 2, p. 216-220, 2013. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7189>>.

SILVA, R.L.V et al. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963, v. 10, n. 12, p. 4474-4480, 2016.

SILVA, S.A et al. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. Journal of Human Growth and Development, v. 25, n. 2, p. 182-186, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000200008&lng=pt&nrm=iso>.

SILVA, T.C et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 7, 2017.

SOARES, B.P. Violência obstétrica e suas implicações. Renome, v. 4, n. 1, p. 93-94, 2015.

TESSER, C.D et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

TOMASSO, G et al. Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?. Rev. obstet. ginecol. Venezuela, v. 62, n. 2, p. 115-121, 2002.

VILLELA, J.P et al. Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas [Episiotomy: feelings experienced by mothers][Episiotomía: sentimientos experimentados por las puérperas]. Revista Enfermagem UERJ, v. 24, n. 5, p. e21882, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21882>>.

ZANETTI, MRD et al. Episiotomia: revendo conceitos. FEMINA, v. 37, n. 7, julho, 2013.

Suziane Xavier Sousa

Enfermeira

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia

Carlos Alberto Nogueira dos Anjos

Enfermeiro

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia

Graciane Dias Dias

Enfermeira

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia

Larissa Gomes Barata

Enfermeira

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia

Pâmela de Paiva Queiroz dos Santos

Enfermeira

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia

Shirley Iara Martins Dourado

Doutora em Enfermagem

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia

RESUMO

Introdução: A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, gerado a partir da prestação de demanda da reforma sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo princípios e diretrizes. **Objetivo:** Elucidar a importância do SUS e os impactos negativos gerados pela proposta de desmonte. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de enfermagem da Faculdade Metropolitana da Amazônia, no dia 18 de maio de 2018, em uma Comunidade assentada às margens da Baía do Guajará, na cidade de Belém, Pará. Foi realizada uma roda de conversa com 30 integrantes sobre as temáticas: História do SUS, diretrizes, participação e direitos dos usuários. **Resultados:** Observou-se motivação dos participantes em compreender o funcionamento do SUS, sendo importante para esclarecer sobre o estabelecimento do sistema e o direcionamento das soluções de forma ordenada e encadeada por complexidade. **Conclusões:** A proposta da atividade foi alcançada, auxiliando os participantes a compreenderem as nuances do SUS. **Implicações para a Enfermagem:** A enfermagem tem procurado definir o seu processo de trabalho em consonância com os outros processos de trabalho do campo da saúde, e também das políticas nas quais se insere.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Enfermagem; Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabelecido a partir da pressão de demanda da reforma sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo princípios e diretrizes. Regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sua organização, funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências. Com sua curta vida tem muitos resultados a celebrar e, também, enormes desafios a superar. Tem uma dimensão universal, quando cobre todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros, além de ser responsável pela assistência de mais de 150 milhões de pessoas (BRASIL, 2003).

As tendências políticas e econômicas em todos os seus momentos históricos estiveram acompanhadas de características marcantes; como a construção do sistema de saúde no Brasil. Observou-se na literatura sobre o tema, a necessidade em conhecer e informar todos os envolvidos dentro deste arranjo. O SUS tem suas nuances ocultas por parte do poder político, o que não limita os demais protagonistas em buscar informações, articular ações e utilizar ferramentas que possam fortalecer o serviço ofertado em todas as suas dimensões (BRASIL, 2003).

O sistema é constituído por uma série de serviços, com objetivos diferentes e complementares, alinhado com foco na saúde, porém segue os princípios e diretrizes preconizados pela lei. Por muito tempo, a questão sanitária se manteve circunscrita à corporação médica e as entidades religiosas, o Estado era omissivo e só se manifestava em casos de epidemias e de catástrofes naturais, enquanto que cada família, na medida de suas possibilidades cuidava dos seus doentes, e aos desvalidos restava à caridade, em geral conduzida por instituições de caráter religioso, como as santas casas de misericórdia (ALMEIDA, 2013).

As propostas que originaram o SUS foram legitimadas com a promulgação da Constituição de 1988, após definir saúde como:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2003).

Sendo assim, percebemos que a promoção da saúde não é uma responsabilidade única do SUS, é preciso participação ativa da sociedade no processo de construção de saúde, para que assim os usuários não tenham somente conhecimento sobre o sistema, como também tenham subsídios para exigir seus direitos quando necessário. Vê-se que muitos não conhecem as leis que lhes amparam para cobrar pelos serviços e contribuir na articulação de ações junto aos gestores. Por outro lado, ferramentas como informações, rodas de conversas, palestras, educação em saúde, entre outras, devem ser aplicadas pelos profissionais que promovem saúde, mesmo que ainda discentes, para que estes possam assumir papéis de agentes transformadores sociais e de saúde.

As leis que regulam o SUS são fundamentais para efetivar gestões pautadas em éticas e pela legalidade, e para aprimorar a organização e a gestão do sistema, que também seja capaz de atender as necessidades de todos os envolvidos, para assim melhorar a organização e a gestão do sistema (CAVALHEIRO, GUIMARÃES, 2011). Vamos entendê-las:

A Constituição Federal é a maior lei do país, nenhuma outra lei pode se opor a ela. Podendo ser modificada conforme a necessidade da população, ainda assim, são criadas as Emendas Constitucionais, que podem ou não alterar alguns pontos da lei (VASCONCELOS et al, 2005)

O Poder Legislativo por sua vez, promulga as leis e o Poder Executivo as sancionam. Os decretos visam atender situações previstas em leis, regulamentando-as e definindo sem se opor as leis, como agir em casos que não estão claros em lei. As portarias são atos administrativos internos, onde autoridades políticas determinam regras e normas sobre a organização e funcionamento do serviço (SOLHA, 2014).

As resoluções são diretrizes resultantes de discussões de órgãos colegiados, onde conselhos de classes composto por pessoas ligadas ao poder publico fazem parte com representação de 25% trabalhadores e 25% gestores e tem a participação dos conselhos de saúde, que é composto de 50% de usuários. Esses membros devem ser eleitos por votação ou indicação das associações que tais representam. Ambos tendo como papel primordial a formulação das políticas de saúde e acompanhar sua execução, em todos os níveis (MATA, 2007).

Sendo importante que todos os integrantes desses conselhos conheçam a legislação, para não correr o risco de surgir deliberações sem resultados positivos para o serviço e população. E por meio de conferências que ocorrem a cada quatro anos, com representação de vários segmentos sociais, são discutidos temas de interesse coletivo (LUCCHESI et al, 2010).

Sendo assim, a população embasada em conhecimentos, poderia exigir seus direitos, direitos esses que estão alocados dentro da lei, pautados em princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação popular. Nesse sentido o acesso à informação fortalece o melhor sistema de saúde já visto dentro dos caminhos percorridos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de enfermagem da Faculdade Metropolitana da Amazônia, no dia 18 de maio de 2018, em uma Comunidade assentada as margens da Baía do Guajará, na cidade de Belém, Pará. Foi realizada uma roda de conversa com 30 integrantes sobre as temáticas: História do SUS, diretrizes, participação e direitos dos usuários. Observou-se motivação dos participantes em compreender o funcionamento do SUS, seus direitos e deveres enquanto usuários, e assim perceber que quando atuamos politicamente em nosso meio, estamos participando de forma ativa, dentro de um grupo social, e desta forma contribuimos nas tomadas de decisões sobre assuntos que afetam diretamente a vida de todos.

RESULTADOS

Observou-se o interesse e a motivação dos participantes em compreender o funcionamento, as formas de acesso e os direitos dos usuários do SUS, as informações que foram repassadas foram de grande importância para esta população, pois esclareceu sobre o estabelecimento do sistema e o direcionamento das soluções de forma ordenada e encadeada.

Os participantes nos receberam de forma acolhedora, estavam motivados, e à medida que os temas eram discutidos, realizavam perguntas abertas e fechadas, foram respondidas as perguntas realizadas pelos participantes, sendo assim sanadas duvidas pertinentes ao tema.

Foi possível perceber que há uma luta social em defesa de um Sistema, rico em propostas que necessita de interesses políticos, como também de uma sociedade

participativa, informada e exigente dos seus direitos. Entretanto, nota-se que a ausência de informações de conceitos, como de Organizações Sociais, confunde quem pouco compreende o serviço na sua prática (FUNCIA, 2018).

Com a ampliação das Organizações Sociais, em 2010, foram articulados Fóruns de Saúde em alguns estados do Brasil. Ambas lutam por interesses privados, sendo um deles a privatização do SUS e ganham forças a partir da desinformação da população. Entretanto os Fóruns de Saúde criados em alguns estados, realizou o Seminário Nacional com o objetivo de fortalecer a articulação nacional entre os Fóruns de Saúde e outras entidades, no final deste seminário foi criada a Frente Nacional contra a privatização da Saúde, composta por diversas entidades, porém com o propósito contrário dos Fóruns (FUNCIA, 2018)

Considera-se, portanto, na atual conjuntura, fundamental a Frente Nacional através da articulação entre diversos movimentos sociais e entidades com vistas à construção de resistência às medidas regressivas quanto aos direitos sociais e de mercantilização das políticas sociais. A mobilização em torno da viabilização do Projeto de Reforma Sanitária, construído nos anos 1980 no Brasil, é uma estratégia para a defesa da saúde concebida como melhores condições de vida e de trabalho, bem como para a construção de uma sociedade justa e igualitária (KRÜGER, 2019).

O SUS previsto na constituição surgiu de uma luta democrática, com desafios a serem superados até hoje, contudo não basta somente ter ciência dessa situação, surge a partir de então a necessidade de capacitar profissionais da saúde para gerenciar o serviço com a finalidade de propor uma assistência holística, de qualidade e que venha suprir as necessidades de todos, podendo assim cumprir os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, sendo estes contemplados pelas concepções organizativas, que orientam o funcionamento do sistema, direcionando os gestores.

Esses princípios afirmam a democratização nas ações e serviços de saúde, o que garante o direito a todos independente de contribuição, a descentralização facilita o acesso, já a participação social contribui nas decisões e nos rumos da política de saúde (DA SILVA et al, 2017).

A participação no SUS foi regulamentada com a criação da Lei 8.142/90 que:

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2003).

Essa Lei consolida a garantia de um espaço público que teria como função formular estratégias além de controlar e fiscalizar a execução da política, como também aspectos econômicos e financeiros, devendo suas decisões serem homologadas pelo poder executivo, em cada esfera do governo. A composição paritária estabelece que 50% seriam representados por usuários, 50% por trabalhadores do serviço e os outros 50% seria dividido de forma igual entre gestores e prestadores de serviço (MENDES et al, 2011).

É possível perceber que o usuário não tem conhecimento desta informação que foi estabelecida em Lei, haja vista que dentro das conferências não temos a porcentagem definida para os clientes do serviço, conferências essas que ocorrem a cada quatro anos e são precedidas pelas conferências nos estados e municípios, com periodicidade as nacionais e bienais, respectivamente, de acordo com a recomendação da 9ª Conferência Nacional de Saúde (MENDES et al, 2011).

A instituição pública de saúde dentre os seus deveres, teria que fornecer informações e conhecimentos necessários para a população que busca ativamente o serviço, de modo que possibilite o posicionamento e a tomada de decisão nas questões correlacionada às políticas de saúde, haja vista que os conselhos formados por cidadãos que utilizam o

serviço vêm perdendo força; um vez que antes confrontavam ideias impostas e hoje por outro lado se conformam com as propostas que lhe são apresentadas.

CONCLUSÃO

Nota-se a quantidade de informação que temos para excluir as decisões unânimes do Poder Executivo sobre o rumo da saúde pública, manifestações contra principalmente as OSS que não valorizam o controle social, quebram o sistema, além de centralizar e normatizar a gestão de recursos humanos deixa a saúde assumida pelo mercado.

Foi interessante observar a grande satisfação dos participantes neste relato de experiência a cada descoberta, um olhar surpreso, autonomia dentro de suas falas que revelava que informar sempre será a melhor solução, expressando que dentro de guerras que tem como principais personagens o indivíduo, ele nada mais do que vítima de um estado omissivo.

Articular ações em defesa do SUS enfraquece a proposta de desmonte dele, a ideia é não trazer retrocesso à saúde e a sociedade, é preciso informar, elaborar estratégias que fortaleçam o sistema, organizar o serviço, capacitar gestores, descentralizar, construir movimentos sociais em defesa a saúde pública e de qualidade (SUTILE, 2018).

É claro que o dever do Estado como papel ativo é determinante para as condições de vida da população e não se exclui diante deste contexto. Com a má distribuição dos recursos, surge uma assistência hospitalar de má qualidade e de baixa resolutividade. O financiamento do SUS, também previsto na Lei 8.080/90, que estabelece o repasse dos recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais respeitaria dois critérios, são eles: perfil demográfico e perfil epidemiológico (TONOLI, 2018).

Os recursos são provenientes de impostos pagos pela população de forma direta (por exemplo, a cobrança de IPVA), e indiretamente (cobrança de ICMS) e não mais importante a contribuição social de empregadores e empregados (FGTS), obrigando assim os estados e municípios a possuírem fundos de saúde, conselhos de saúde, relatórios de gestão, e uma comissão responsável pela elaboração de planos de carreiras, cargos e salários dos servidores públicos (TONOLI, 2018).

Com dificuldades em alocar recursos investidos no setor saúde, foi promulgada a Emenda Constitucional - EC que deixou em aberto o financiamento pela União, e a discussão pelos movimentos sociais representados no Conselho Nacional de Saúde e Senado. O Conselho Nacional de Saúde emitiu a resolução nº 322/2003, que estabelece como será o monitoramento dos repasses e a utilização dos recursos, cita quais são as despesas com ações e serviços públicos de saúde, para assim direcionar os gestores na utilização correta das verbas repassadas pela União. A partir disso surgem resoluções, normas, PEC's, portarias, entre outras, na tentativa de maquiagem o SUS para todos (SOARES, 2000)

Percebe-se a grande guerra de interesses políticos e privados, no qual o centro é composto por uma coletividade vítima da desinformação, onde a omissão das autoridades, e os meios de comunicação injetam informações pela metade e contraria a realidade em que se vive. Têm-se hospitais sucateados, serviços desorganizados, profissionais que precisam ser melhores capacitados, para que possam se reconhecer enquanto agentes o serviço e enxergar a necessidade e importância de um serviço resolutivo, corresponsabilizando o usuário, porém não se eximir dos seus deveres e responsabilidades (VASCONCELOS, 2005).

A oferta de serviço do atual sistema que temos será obtida por um conjunto orgânico de medidas racionalizadoras e por uma luta política em relação ao financiamento. Compreender as nuances do SUS contribui ativamente para o fortalecimento desse sistema

que é originado da participação forte da sociedade que lutou e luta para que este permaneça inserido neste país diversificado, embora não haja grandes interesses políticos em mantê-lo.

Então, se a reforma está incompleta, precisando de reformulação, se há um conflito político que não dispõem forças para mudar situação atual da saúde, se mostra estorvo às mudanças, onde centralizado está o cidadão, os mecanismos de gestão mostram sinais de esgotamento, e se o discurso e as questões sanitárias não tem potencial utópico para orientar a mudança, onde devemos encontrar argumentos? O que questionar?

É preciso lutar, continuar, acreditar que é possível ter o SUS da constituição, basta unir forças, buscar respostas para as perguntas acima, perguntas estas que poderão ser respondidas por meio dos representantes do povo quando decidirem lutar pelo Sistema Único de Saúde que se almeja.

Se observarmos, concluiremos que as maiores conquistas, revelaram-se através de movimentos sociais organizados, democráticos, com comunicação estratégica e articulados entre os interessados.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

É possível melhorar o desempenho da administração pública no Brasil e, por conseguinte, do SUS, mas é necessário haver decisão política para implementar medidas que promovem o uso eficiente dos recursos em toda a federação. Não parece crível que os recursos do SUS possam ser reduzidos na atual situação e que se possa ao mesmo tempo melhorar sua eficiência. É preciso investir em pessoas e tecnologias, além de melhorar a infraestrutura do sistema, algo difícil de fazer no curto prazo, para tanto é necessário alocar recursos. Então é preciso refletir sobre os impactos de uma decisão que ocasionaria o desfinanciamento de políticas que promovem a saúde e a inclusão social no país (DE SANTOS 2004).

Não é fácil trabalhar dentro do sistema que temos hoje, mas, propor uma reforma sanitária, é regredir de forma lenta há aproximadamente 33 anos. Temos conquistas, vidas salvas, pessoas curadas, serviços únicos o que faz jus ao nome Sistema Único de Saúde, portanto, ele precisa de reforços e não de reforma. Oferecer autonomias aos gestores, estruturas e condições de trabalho dignas, o processo de trabalho entre todos os envolvidos, materiais, equipamentos, formação de equipes multidisciplinares, definir objetivos e acompanhar todas as etapas dessas ações, aproximar o profissional que também é usuário do serviço, na construção de um modelo de saúde inclusivo, democrático, justo, resolutivo e para todos.

A proposta da atividade foi alcançada auxiliando os participantes a compreenderem as nuances do SUS. Além de permitir aos graduandos a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos na academia em prol da orientação da comunidade presente e esclarecimento social, retornando à sociedade o legado científico característico do Enfermeiro.

A enfermagem tem procurado definir o seu processo de trabalho em consonância com os outros processos de trabalho do campo da saúde, e também das políticas nas quais se insere, assumindo um papel de agente transformador social e de saúde, e assim ter sua devida valorização.

Reconhecida desde a segunda metade do século XIX, enquanto profissão a enfermagem encontra desafios dentro de suas especificidades, no âmbito da ciência tem a responsabilidade de contribuir com a produção de conhecimentos capazes de sustentar ações de cuidado culturalmente congruentes, tecnicamente competentes, moralmente aceitáveis e que contribuam para preservação da vida em sua plenitude nas diversas situações do processo de viver humano.

Seria fundamental ter associações fortes representadas por estes profissionais independentemente do nível, que representasse a sociedade e que formulasse regras e parâmetros legais e éticos para o exercício profissional, como um campo do trabalho em saúde precisa construir e defender um modelo de organização do trabalho que considere o direito à saúde para o conjunto da população e o provimento de ações tecnicamente competentes e protetoras dos direitos dos usuários, deste modo também aplicaria o cuidar da enfermagem, afinal o cuidado pode ser realizado fora do âmbito do trabalho, não está relacionado exclusivamente com o ato de tratar doenças e doentes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 247 p.

CAVALHEIRO, Maria TP; GUIMARÃES, Alóide Ladeia. **Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço**. Caderno FNEPAS, v. 1, n. 1, p. 19-27, 2011.

DA SILVA, Agnes Carine; BATISTA, Jessica Hellen Santos; SANTOS, Wene Carolina Mota. **DESMONTE E SUCATEAMENTO DO SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil**. Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos, v. 1, n. 1, 2017.

FUNCIA, FRANCISCO R. **Sistema Único de Saúde–30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016**. ANFIP-Associação Nacional Dos Auditores-Fiscais Da Receita Federal Do Brasil & Fundação Anfip De Estudos Tributários E Da Seguridade Social, p. 89, 2018.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social: tendências prático-políticas no contexto de desmonte do SUS. **Sociedade em Debate**, v. 25, n. 1, p. 131-146, 2019.

LUCHESE, Roselma; VERA, Ivânia; ROCHA PEREIRA, Wilza. As políticas públicas de saúde--SUS--como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2010.

MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde 2007**. MENDES, Jussara Maria Rosa et al. **Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 331-344, 2011.

SANTOS NR. **Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do "Modelo SUS"?**. Rio de Janeiro: Saúde em Debate. 2004. 28(68): 279-88.

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. SPE, p. 17-24, 2000.

SOLHA, RAPHAELA KARLA DE TOLEDO. **Sistema único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. Saraiva Educação SA, 2014.

SUTILE, V. M.; ROSANELI, C. F. **O conselho municipal de saúde e o controle social em saúde**. Curitiba como município de reflexão, 2018.

TONOLI, Danielli Pin et al. **As Organizações Sociais de Saúde e a Política de Participação Social do Sus**. In: 12º Congresso Internacional da Rede Unida. 2016.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de et al. **Paradoxos da mudança no SUS**. 2005.

Joyce Rayane Leite

Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade
Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
Integrante do Grupo de Pesquisa de Saúde da Criança da UFPI

Natália Motta de Souza Costa

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí
Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Jéssika Roberta Firme de Moura Santos

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí
Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Mestranda do
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde (UFPI)

RESUMO

O leite materno trata-se da melhor fonte nutricional de uma criança, sendo capaz de proporcionar, além da nutrição, o desenvolvimento fisiológico, cognitivo e afetivo, bem como o fortalecimento do vínculo mãe-filho de forma segura e economicamente acessível. No Brasil, até o presente momento, não há levantamentos acerca das taxas de amamentação de gêmeos e poucos são os estudos realizados dentro dessa população. Assim, surgem inquietações referentes a esse público alvo, especialmente no que se refere aos cuidados e orientações prestados, bem como sua relação com as peculiaridades que envolvem a amamentação de gêmeos. Dessa forma o presente estudo objetiva traçar, de acordo com as literaturas vigentes, os fatores que influenciam na concretização e/ou continuidade do aleitamento materno de gêmeos e as implicações para a enfermagem. A trajetória metodológica baseou-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa, seguido da síntese e análise dos resultados dos estudos encontrados. A pesquisa nas bases de dados foi realizada entre maio e junho de 2020, utilizando trabalhos publicados nas seguintes bases de dados: Repositório USP, Pubmed e BMC (Biomedic Central). Como critérios de elegibilidade, selecionou-se apenas estudos publicados entre 2005 e 2020, em português e inglês, disponíveis na íntegra e gratuitamente. A amostra final foi formada por 05 (cinco) trabalhos. No decorrer da produção do presente estudo ficou claro as grandes lacunas presentes acerca do tema e a dificuldade de consolidação de dados. O enfermeiro é o protagonista nesse processo, pois trata-se do profissional que está mais próximo da mulher e da família e aquele mais familiarizado ao contexto em que elas estão inseridas, podendo assim reconhecer os fatores biopsicossociais que podem interferir na amamentação de gêmeos.

Descritores: Gêmeos. Aleitamento Materno. Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O leite materno trata-se da melhor fonte nutricional de uma criança, sendo capaz de proporcionar, além da nutrição, o desenvolvimento fisiológico, cognitivo e afetivo, bem como o fortalecimento do vínculo mãe-filho de forma segura e economicamente acessível. Os benefícios do aleitamento materno, tanto a curto quanto a longo prazo, são incontestáveis, sendo grandemente difundidos e discutidos sob diversos aspectos em uma grande gama da literatura publicada mundialmente (BRASIL, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno, o que resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida (BRASIL, 2015).

No que concerne os benefícios do leite materno à saúde da criança pode-se citar a prevenção de várias doenças tais como: diarreia, com isso é capaz de evitar 13% das mortes de crianças até 5 anos, minimiza as infecções respiratórias, bacterianas, do trato urinário, modifica o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, apresenta menor alergenicidade, amplia a resposta imunológica, e proteção contra as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (REGO, 2001 *apud* TAVEIRO, 2020; BRASIL, 2015).

O Aleitamento Materno (AM) traz resultados positivos também, para a saúde da mãe, como proteção para o câncer de mama, útero e de ovário, diminuição do risco de desenvolvimento de osteoporose e de artrite reumatóide, retorno ao peso pré-gestacional, redução de risco para diabetes tipo 2, promove proteção para doenças cardiovasculares, obesidade, doença metabólica, depressão pós-parto e efeito anticoncepcional, especialmente durante o período de amamentação exclusiva (CAMINHA et al., 2010 *apud* OLIVEIRA; LIMA, 2015; BRASIL 2015).

O levantamento global de amamentação em 194 países, descobriu-se que apenas 40% das crianças menores de seis meses são mantidas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e apenas 23 países apresentaram taxa de AME acima de 60%. No Brasil, essa taxa é inferior ao preconizado pela OMS de 50%, obtendo o resultado de 39%, segundo o estudo divulgado em 2017 (FIOCRUZ, 2017).

Falsett et al (2019) descreve alguns fatores que influenciam o processo de forma positiva, sendo eles: o vínculo afetivo entre o binômio mãe-filho e o conhecimento acerca da amamentação. Já a pega inadequada, problemas com a amamentação ou mamas, inserção da mamadeira, problemas socioafetivos (a volta ao trabalho, por exemplo) e a presença de alguma patologia na criança são apontadas como fatores negativos para a introdução/continuidade do AM.

Porém, como ficam todas essas questões em se tratando de uma gravidez de gêmeos? No Brasil, até o presente momento, não há levantamentos acerca das taxas de amamentação de gêmeos e poucos são os estudos realizados dentro dessa população. Assim, surgem inquietações referentes a esse público-alvo, especialmente no que se refere aos cuidados e orientações prestados, qualitativa e quantitativamente, pelos profissionais de saúde, bem como a relação desses cuidados com as peculiaridades que envolvem a amamentação de gêmeos.

Denton e Quingley (2011) salienta que, o AM envolvendo gêmeos, é ainda mais importante pois tratam-se de bebês que em sua maioria nascem prematuramente e o leite materno é mais facilmente digerido devido ao seu fator de alergenicidade, sendo assim mais suportado que as fórmulas lácteas devido a imaturação do aparelho digestório.

Brasil (2015) explica, ainda, que a amamentação de crianças gemelares tem vantagens adicionais tais como: maior economia, haja vista o gasto com outros leites apresentarem valores mais elevados caso as crianças não sejam amamentadas; facilitar os cuidados de gêmeos, já que o aleitamento materno previne doenças, as quais exigem cuidados intensificados; auxiliar no atendimento das necessidades dos bebês com relação à atenção e ao afeto da mãe; e contribuir para o reconhecimento das necessidades individuais de cada gêmeo, acelerando o processo de enxergar cada criança como um indivíduo.

O enfermeiro exerce papel fundamental no que concerne às orientações sobre AM, já que, segundo estudo realizado por Oliveira (2016), 80,5% das informações recebidas pelas mães acerca da amamentação é proveniente dessa categoria profissional. Além disso, salienta-se que, ao enfermeiro tem o intuito de prestar orientações sobre os inúmeros benefícios do AME e estabelecer um vínculo de confiança com a mãe, afim de reforçar a autoestima e o favorecer o seu protagonismo e empoderamento (BRANDÃO et al, 2011; ZERGER E GRAZZIONTIN, 2008 apud OLIVEIRA; LIMA, 2015).

As orientações e intervenções do profissional de enfermagem tornam-se ainda mais significativas quando se põe em pauta o contexto especial no qual o AM de bebês gêmeos estão inseridos, onde, conforme explica a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2020), as mães têm necessidade de suporte adicional para cuidar e amamentar seus filhos, dividir as tarefas domésticas e realizar os cuidados com outros filhos, quando presentes, além do apoio emocional, sendo assim indispensável a orientação e mobilização contundente da rede de apoio dessa mãe.

Tal pesquisa torna-se relevante pois, como afirma Santos et al (2019), estudos que avaliam os fatores que a influenciam no AM são importantes para subsidiar iniciativas pontuais para o fortalecimento de ações que contribuem para melhorar o quadro do Brasil nesse aspecto.

Além disso, há escassez de estudos abordando a questão da amamentação de gêmeos, o que é ainda mais contundente quando se avalia as implicações e/ou os cuidados de enfermagem, deixa uma grande lacuna no que concerne as necessidades desse público, tornando o planejamento do cuidado e as intervenções muito mais complexas. É necessário fornecer aos enfermeiros, bem como para todos os profissionais de saúde, os subsídios necessários para a realização da prática baseada em evidências.

Dessa forma o presente estudo objetiva traçar, de acordo com as literaturas vigentes, os fatores que influenciam na concretização e/ou continuidade do aleitamento materno de gêmeos e as implicações para a enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa integrativa que visa traçar os fatores que influenciam na concretização e/ou continuidade do aleitamento materno de gêmeos e as implicações para a enfermagem através de uma revisão integrativa. A trajetória metodológica baseou-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa, seguido da síntese e análise dos resultados dos estudos encontrados.

A pesquisa nas bases de dados foi realizada entre maio e junho de 2020, utilizando trabalhos publicados nas seguintes bases de dados: Repositório da Produção USP, Pubmed e BMC (Biomedic Central). Para localização dos trabalhos foram utilizados os descritores cuidados de enfermagem, aleitamento materno e gêmeos, associados com o conectivo *and*, nos idiomas português e inglês, filtrados a partir da plataforma DecS (Descritores em Ciências de Saúde).

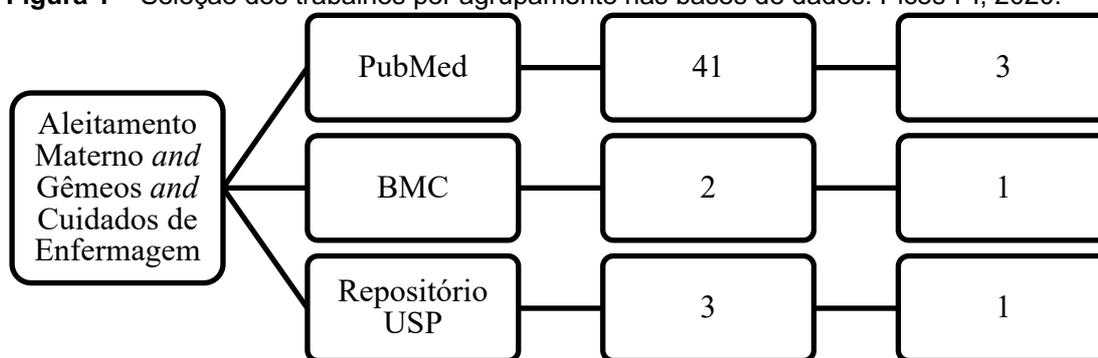
Como critérios de elegibilidade, selecionou-se apenas estudos publicados entre 2005 e 2020, em português e inglês, disponíveis na íntegra e gratuitamente, que avaliassem

os fatores ligados a amamentação de gêmeos. Foram excluídos todos os trabalhos que não atenderam os critérios supracitados, aqueles feitos sob a forma de revisão de literatura e aqueles que possuem restrição de acesso nas plataformas online.

Analisou-se os títulos, resumos e objetivos dos trabalhos encontrados. Após a constatação da similaridade entre os achados e o tema de pesquisa em questão, passou-se a leitura interpretativa dos trabalhos integralmente, objetivando relacionar as afirmações dos autores ao objetivo ao qual se propõe alcançar.

Ao cruzar os descritores na plataforma PubMed, associados com o conectivo *and*, foram encontrados 41 artigos, dos quais 03 (três) foram selecionados. Na plataforma BMC e Repositorio USP, utilizando os mesmos descritores e conector, foram encontrados 2 (dois) e 3 (três) trabalhos, respectivamente, dos quais foram selecionados 1 (um) em cada plataforma. Logo, a amostra final foi formada por 05 (cinco) trabalhos, sendo 4 (quatro) artigos e 1 (uma) tese de doutorado (figura 1).

Figura 1 – Seleção dos trabalhos por agrupamento nas bases de dados. Picos-PI, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Para melhor visualização dos resultados, os dados foram organizados em um quadro onde foram descritos o título, o autor e o ano de publicação, o objetivo e os principais resultados/conclusões. Os aspectos éticos foram respeitados, sendo todos os autores devidamente citados no decorrer do texto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por cinco trabalhos, publicados entre 2005 e 2020, sendo uma tese e quatro artigos científicos, selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Desses, três foram encontrados na base PubMed, um na BMC e um no Repositório da USP. Os dados acerca dos achados estão dispostos no quadro 1 (quadro 1).

No decorrer da produção do presente estudo, fica clara a extrema escassez de trabalhos relacionados ao tema gêmeos, especialmente no que concerne a amamentação e fatores relacionados, isso ainda é estreitado quando se relaciona as implicações para a enfermagem.

Quadro 1 – Caracterização das publicações científicas de acordo com o título, o autor e o ano de publicação, o objetivo e os principais resultados/conclusões. Picos-PI, 2020.

Título	Autor(es); ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
Estudo A: Aleitamento Materno em Gêmeos: efeitos do aconselhamento pré-natal e fatores	Mikami, F. C. F.; 2018.	Descrever as taxas de início de aleitamento materno em gêmeos, investigar o efeito do aconselhamento pré-natal nas taxas de AM total e AME em gêmeos e	Não houve diferença significativa entre o grupo de aconselhamento pré-natal e o grupo controle. Observou-se maior risco de desmame em participante com modo de amamentação não-exclusivo, ausência de ajuda durante o período de lactação,

associados ao desmame		identificar os fatores associados ao desmame.	dificuldade para amamentar, duração de amamentação previa <12 meses e o peso de nascimento do RN < 2300g.
Estudo B: Breastfeeding Twins: A Qualitative Study	Cinar, N. D. et al.; 2013.	Explorar as necessidades e dificuldades de mães que tiveram gêmeos e múltiplos de maior ordem no Condado de Sakarya, concentrando-se em sua experiência em amamentar.	Os fatores que dificultam a amamentação foram: longa duração da amamentação, exaustão, não ter ajuda durante a lactação, sucção insuficiente e falta de informações sobre nutrição/amamentação para os bebês. Mulheres que esperam e/ou têm vários bebês precisam de muito mais apoio e orientação. Profissionais de saúde capacitados devem fornecer informações relevantes sobre os critérios de adequação do leite materno e incentivar a amamentação durante os estágios iniciais do estabelecimento da amamentação.
Estudo C: Factors that influence early breastfeeding of singletons and twins in Korea: a retrospective study	KIM, Bo-Yeoul.; 2017	Avaliar os fatores que influenciam a amamentação durante a internação. Este estudo também teve como objetivo verificar se esses fatores foram significativos após o ajuste das características da mãe, do recém-nascido e do parto.	Entre os gêmeos, uma maior probabilidade de amamentar foi associada à amamentação antes da primeira amamentação e a um horário de início mais cedo para a primeira amamentação. O esforço deve incentivar a amamentação precoce, sem restrições, para melhorar a taxa de amamentação entre mães de gêmeos.
Estudo D: Exclusive Breastfeeding and Associated Factors among Mothers with Twins in the Tamale Metropolis	Tahiru, R. et al.; 2020.	Medir a prevalência de AME e identificar fatores associados entre gêmeos na metrópole de Tamale.	O estudo mostra que a propriedade de Rádio (informações através dele), a confiança em produzir leite materno suficiente e a admissão das crianças na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foram identificadas como as mais importantes fatores que afetam a amamentação exclusiva de gêmeos. Os profissionais de saúde devem prestar mais atenção ao fornecer informações sobre aleitamento materno para mães e cuidadores.
Estudo E: Breast-feeding rates and related maternal and infants' obstetric factors in Japanese twins	Ooki, Syuichi	Descrever a tendência secular das taxas de amamentação em gêmeos japoneses em comparação com a população em geral, e depois esclarecer os fatores obstétricos da mãe e do bebê associados com amamentação em gêmeos.	O fator mais influente que se correlacionou negativamente com a amamentação de 0 a 6 meses foram semanas gestacionais. Maior idade materna no nascimento de gêmeos e o uso de uma incubadora também impediu a amamentação em o período neonatal. Os resultados do presente estudo pela primeira vez em muito tempo indicou que a amamentação completa de gêmeos aumentou recentemente no Japão, embora as taxas ainda sejam mais baixas aos da população em geral.

FONTE: Dados da Pesquisa.

A primeira constatação feita no conjunto dos estudos utilizados é a de que existem justificativas diversas acerca dos fatores que desencadeiam na efetivação da amamentação ou desmame precoce, já que a maioria dos artigos mostram fatores distintos para tais. Questões acerca da necessidade de ajuda durante a amamentação dos gêmeos e sua relação com a continuidade da amamentação estão expostas tanto no estudo A quanto no Estudo B, ambos indicando que a falta de ajuda, ou seja, uma rede de apoio ineficiente, durante o processo de AM está associada a maiores índices de desmame

precoce bem como menores taxas de AME. A duração da amamentação também é apresentada nos dois estudos supracitados como influenciadores negativos ao AME.

Prates et al (2015) coloca a rede de apoio da nutriz como fundamental para que o AM se concretize, os autores colocam que esta pode influenciar a mulher frente à decisão em amamentar. Destacando-se que a mulher quando opta em aderir e manter essa prática, não está expressando apenas a sua decisão, mas também os significados construídos durante toda a vida, seu contexto cultural e de vida, suas motivações e vivências, seus conhecimentos, suas reflexões sobre experiências passadas, os acontecimentos durante a infância, as experiências de seus familiares e amigos, as interferências da mídia, os saberes científicos de cada época histórica e cultural, e a própria influência exercida por sua rede de apoio social.

O Estudo D e o Estudo E divergem no que tange a relação entre os índices de AM e a admissão dos bebês em UTIN/uso de incubadora. Enquanto o estudo D afirma que o uso de incubadora dificultou a amamentação, o Estudo E demonstra que a admissão em UTIN foi um determinante positivo para que se iniciasse o AM dos gêmeos. O estudo D define também que a segurança sobre a produção de leite é um fator que favorece o estabelecimento do AM.

Em estudo que objetivou analisar os fatores biossociais que influenciam a amamentação, Navarro et al (2019) conclui com a afirmação de que a percepção de que o bebê está com fome ou não está cheio por não ter leite suficiente é um dos principais motivos que levam a introdução de fórmulas e/ou desmame precoce. Tal afirmação também aparece em Neri et al (2019) e Souza et al (2016).

O recebimento de informações acerca da amamentação de gêmeos, tanto por profissionais quanto por meio de outras fontes, aparece em três estudos como possíveis determinantes para o estabelecimento do AM. O Estudo A afirma que, estatisticamente, não se relaciona o aconselhamento com a efetivação do aleitamento materno. Já o Estudo E indica que o recebimento de informações por meio de outras fontes foi um fator positivo no estabelecimento da amamentação dos gêmeos. O Estudo B aponta o fornecimento de informações para a mãe e rede de apoio são primordiais para a efetivação da amamentação de gêmeos.

Whitford et al. (2017), após sua análise nas bibliografias vigentes, não encontrou evidências sobre a melhor forma de fornecer suporte e educação, o momento da intervenção ou a melhor pessoa para realizar a intervenção. Porém, os autores deixam claro que há escassez de estudos sobre a educação em saúde, voltada para a amamentação, especificamente para gêmeos, o que dificulta a consolidação dos dados.

Barbosa et al (2015), em estudo realizado com mães de bebês únicos, concluem que as abordagens acerca do aleitamento materno realizadas pelos profissionais de saúde durante o atendimento pré-natal são decisivas, para a garantia do exercício do direito da mulher de amamentar o seu filho, possibilitando reflexão sobre esta prática, conhecimento dos seus direitos e a preparação para o seu manejo.

Aihua (2015) teve sua amostra de estudo composta por publicações que abordam a amamentação de gêmeos. Seus resultados apontam que o índice de AME é maior em mulheres que receberam orientações durante o acompanhamento de pré-natal.

Outro fator repetido trata-se da idade gestacional e consequente dificuldade de sucção dos bebês, visto nos Estudos E e B como fatores negativos no processo de AM, levando a introdução de fórmulas. Em Alvarenga et al (2017), a dificuldade de sucção do bebê também aparece como fator relacionado ao desmame precoce.

Dos estudos presentes, apenas o estudo C apresenta a questão da amamentação na primeira hora de vida como determinante positivo para continuidade da mesma. Isso é corroborado em Brasil (2015) que expõe que o melhor momento de iniciar o aleitamento materno de gêmeos é logo após o nascimento, sempre que possível. Se um ou mais bebês

não está em condições de ser amamentado, a mulher deve iniciar a extração manual ou com bomba de sucção o mais precocemente possível.

A duração da amamentação, apresentada no Estudo B como um fator influenciador no desmame precoce e menor taxa de AME, é uma ocorrência que merece destaque. Aihua (2015), em revisão de literatura realizada na China, cita que a demora maior dos gêmeos durante a amamentação compromete a qualidade de sono da mãe, o que gera desgaste e fadiga, que por sua vez compromete a amamentação.

CONCLUSÃO

É sabido que, mediante a escolha de estilo de vida das mulheres modernas, há crescente taxa de nascimentos de gêmeos e múltiplos de maior ordem. Mesmo assim, o estudo do tema é desafiador pois há poucos trabalhos acerca dessa população. Há estreitamento ainda maior da literatura vigente quando pesquisamos acerca da amamentação e fatores ligados ao AM e desmame precoce.

No decorrer da produção do presente estudo evidenciou-se as grandes lacunas presentes acerca do tema e a dificuldade de consolidação de dados. O papel do enfermeiro frente a amamentação de gêmeos quase não é trabalhado nos artigos aqui citados, porém este é o profissional que mais está presente na vida das mães no período de lactação, especialmente de gêmeos.

O enfermeiro, a partir das constatações apresentadas, é o profissional que está melhor relacionado ao aumento das taxas de amamentação de gêmeos, devendo estar ciente do seu papel e capacitado para promover a prática do aleitamento materno. Pode-se perceber que as conclusões acerca do tema são heterogêneas e pouco conclusivas, o que demonstra a sua importância no contexto do aleitamento materno ao referido público-alvo.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O primeiro passo para a qualidade da assistência de enfermagem no contexto do AM é o acolhimento da gestante, de forma humanizada, desde o início do pré-natal, esclarecendo suas dúvidas e fornecendo todas as informações necessárias para que a gestação decorra com o menor risco possível dentro de cada caso. Isso é ainda mais necessário quando falamos sobre gravidez gemelar, que por si só já está permeada de dúvidas e riscos, o que faz necessário o preparo e qualificação dos profissionais de saúde afim de contorná-las.

O enfermeiro apresenta um papel essencial nesse processo, pois trata-se do profissional mais próximo da mulher e de sua rede de apoio e familiarizado ao contexto em que a mesma está inserida, podendo assim reconhecer os fatores biopsicossociais que podem interferir na amamentação na situação especial de gemelaridade.

É por meio da atuação do enfermeiro na promoção e incentivo ao aleitamento materno que as mães são instruídas a cuidar e entender o seu filho, tornando-as agentes multiplicadoras de saúde em âmbito individual, familiar, social e ecológico (FONSECA et al, 2002 apud MARINHO et al, 2015).

Aihua (2015) em seu estudo, realizado na China, afirma que o preparo dos enfermeiros para lidar com a amamentação de gêmeos é ineficaz. Isso talvez esteja ligado ao pouco enfoque dado a esse público em pesquisas científicas, materiais disponibilizados pelos programas governamentais e em discussões, nos conteúdos curriculares explanados dentro das acadêmias, durante a formação desses profissionais. Além disso, acredita-se que a educação permanente para a educação em saúde e intervenções nesse público seja insuficiente.

Outra informação coletada que deve ser levada em conta durante o planejamento do cuidado é que a intervenção e o fornecimento de informações devem ser feito não só com a mulher, mas com toda a rede de apoio já que é o item mais citado no decorrer dos trabalhos que abordam a amamentação de gêmeos. A amamentação de dois bebês ou mais é uma tarefa árdua, que será melhor realizada se a mãe possuir apoio profissional e suporte físico e mental advindo da família e o enfermeiro deve estar ciente disso durante o fornecimento de informações e realização dos cuidados.

Nesse contexto, a principal implicação para a equipe de enfermagem está relacionado a necessidade de educação permanente e continuada para esse profissional que o possibilite capacitar-se para enfrentar a situação especial de atendimento a uma mulher sobre o manejo, dificuldades e desafios da amamentação em uma situação especial como a gemelaridade.

REFERÊNCIAS

AIHUA, Y. H. C. O progresso da pesquisa futura. **Chinese Nursing Management**. v.15, N.11, p. 1394-1397. 2015.

ALVARENGA, S. C. et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **AQUICHAN**. V.17, n. 1, p. 93-103. 2017. Disponível em < <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v17n1/1657-5997-aqui-17-01-00093.pdf>> acesso em 29 jun. 2020.

BARBOSA, L. N. et al. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 19, n.1, p. 147-153. 2015. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0147.pdf>> acesso em 29 jun. 2020.

BRASIL. M.S. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CINAR, N. D. et al. Breastfeeding Twins: A Qualitative Study. **J HEALTH POPUL NUTR**. V. 31, n. 4, p. 504-509. 2013.

DENTON, J.; QUINGLEY, M. **Feeding twins, triplets and more: a booklet for parents with advice and information**. Multiple Births Foundation.2011. Disponível em <<http://www.multiplebirths.org.uk/MBFPARENTSFEEDINGGUIDEFINALVERSION.PDF>> acesso em 28 jun. 2020.

DIRETORIO GERAL DE SAUDE (DSG). Registo do aleitamento materno, relatório de Julho de 2010 a Junho de 2011. **Observatório do aleitamento materno**. 2012. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016988.pdf>> acesso em 24 jun 2020.

FALSETT C. F. et al. Fatores que Interferem no Processo de Aleitamento Materno de Crianças com Necessidades de Saúde Variadas: Contribuições para a Enfermagem. **fundam. care. [online]**. V. 11, n. 5, p.1278-1285. 2019. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/articl>> acesso em 23 jun. 2020.

FIOCRUZ. Unicef e OMS: apenas 40% dos bebês até 6 meses têm amamentação exclusiva. 2017. Disponível em <

<https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/unicef-e-oms-apenas-40-dos-bebes-ate-6-meses-tem-amamentacao-exclusiva-2017-08-01>> acesso em 23 jun. 2020.

KIM, B. Factors that influence early breastfeeding of singletons and twins in Korea: a retrospective study. **International Breastfeeding Journal**. V.12, N.4, P. 1-10. 2017.

MARINHO et al. A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno: revisão de literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**. V.4, n. 2, p. 189-198.

MIKAMI, F. C. F. Aleitamento Materno em Gêmeos: efeitos do aconselhamento pré-natal e fatores associados ao desmame. 2018. 123f. Tese – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2018.

NAVARRO Y. R. et al. Factores de riesgo que influyen en el abandono de la Lactancia Materna 2017-2018. **Multimed (Granma)**. v.23, n.6, p. 1278-1293. 2019.

NERI, V. F. et al. Prevalência de desmame precoce e fatores relacionados em crianças do Distrito Federal e entorno. **REDVISA (Online)**. V.8, n.4, p. 451-459. 2019. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050905>> acesso em 29 jun. 2020.

OLIVEIRA, A. E. M.; LIMA, P. P. Benefícios da amamentação para a nutriz e o lactente. 2015. 45f. Monografia – Universidade São Francisco, Bragança Paulista, 2015. Disponível em: <<http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2675.pdf>> acesso em 23 jun. 2020.

OLIVEIRA, M. Aleitamento Materno: Estudo de Prevalência e Fatores Condicionantes nos Primeiros Seis Meses de Vida. **Pensar Enfermagem**. v. 20, N. 1, P. 4-15. 2016. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23735/1/Artigo1_4_15.pdf> acesso em 24 jun 2020.

OOKI, S. Breast-feeding rates and related maternal and infants' obstetric factors in Japanese twins. **Environ Health Prev Med**. V. 13, P.187–197, 2008.

PRATES, L. A. et al. Rede de apoio social de puérperas e amamentação. *Esc Anna Nery* 2015;19(2):310-315 Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v1>> acesso em 29 jun. 2020.

SANTOS, E. M. et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde colet**. V. 24, n.3, p. 1211-1222. 2019. Disponível em <<https://scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n3/1211-1222/p>> acesso em 23 jun. 2020.

SBP. DEPARTAMENTO CIENTIFICO DE ALEITAMENTO MATERNO. Amamentar Gêmeos: um desafio possível. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Disponível em <<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/nutricao/amamentar-gemeos-um-desafio-possivel/>> acesso em 22 jun. 2020.

SOUZA, S. A. et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Rev. enferm. UFPE on line**. v.10, n.10, p. 3806-3813, 2016. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30110>> acesso em 30 jun. 2020.

TAHIRU. R. et al. Exclusive Breastfeeding and Associated Factors among Mothers with Twins in the Tamale Metropolis. **International Journal of Pediatrics**. V. 2020, 9p. 2020.

WHITFORD, H. M. et al. **Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples (Review)**. Cochrane Library. 2ed. 2017.




epilaya
Editora

ISBN: 978-65-87809-05-2

9 786587 809052