

ORGANIZADORA

ELIENE MARIA DOS SANTOS TRANZILLO

PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM

TRAJETÓRIAS E EXPERIÊNCIAS



ORGANIZADORA

ELIENE MARIA DOS SANTOS TRANZILLO

PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM

TRAJETÓRIAS E EXPERIÊNCIAS



© 2024 Eliene Maria dos Santos Tranzillo

Coordenação Editorial

Pedro Camilo de Figueirêdo Neto

Conselho Editorial

DOUTORES:

Amanda Barbosa
Audrey de Macêdo Carvalho
Claudia de Faria Barbosa
Ionã Carqueijo Scarante
João Evangelista do Nascimento Neto
José Gileá
José Rômulo de Magalhães Filho
Luciano Sérgio Ventim Bomfim
Maria João Guia (Portugal)
Nadialice Francischini de Souza
Régia Mabel da Silva Freitas
Ricardo Maurício Freire Soares
Sheila Marta Carregosa Rocha
Urbano Félix Pugliese do Bomfim

MESTRES:

Bruno Barbosa Heim
Clever Jatobá
Daniela Magalhães Costa de Jesus
Fábio S. Santos
Geraldo Calasans Silva Júnior
Isan Almeida Lima
Jamil Pereira de Santana
Kátia Maria Mendes da Silva
Marcelo Politano de Freitas
Pedro Camilo de Figueirêdo Neto
Rodrigo Ludovice da Silva
Sueli Bonfim Lago
Tássia Louise de Moraes Oliveira
Thacio Fortunato Moreira

Programação Visual de Capa

Fernando Campos

Diagramação

Alfredo Barreto

Revisão

Joana Cunha

A reprodução total ou parcial desta obra, por qualquer modo, somente será permitida com autorização da editora.

(Lei nº 9.610 de 19.02.1998)

CIP – Brasil. Catalogação na fonte

Tranzillo, Eliene Maria dos Santos -

Protagonismo da enfermagem: trajetórias e experiências / Eliene Maria dos Santos Tranzillo (organizadora) – Salvador, BA: Editora Mente Aberta, junho de 2024.

400 p.

ISBN: 978-65-6023-097-2

1. Enfermagem. 2. Protagonismo. 3. Trajetórias. 4. Experiências. I. Tranzillo, Eliene Maria dos Santos, organizadora. II. Título.

CDD 614

CDU 616.08

The background of the page is a repeating pattern of white line-art icons on a light gray background. These icons represent various medical and scientific concepts, including: a microscope, a flask with a plus sign, a bandage, a pill bottle, a pair of scissors, a brain, a heart with an ECG line, a tooth, a nurse's cap, a hospital building, a DNA double helix, a syringe, a stethoscope, a pair of glasses, a pair of feet, a heart with a pulse line, a microscope, a flask with a plus sign, a bandage, a pill bottle, a pair of scissors, a brain, a heart with an ECG line, a tooth, a nurse's cap, a hospital building, a DNA double helix, a syringe, a stethoscope, a pair of glasses, a pair of feet, a heart with a pulse line, a microscope, a flask with a plus sign, a bandage, a pill bottle, a pair of scissors, a brain, a heart with an ECG line, a tooth, a nurse's cap, a hospital building, a DNA double helix, a syringe, a stethoscope, a pair of glasses, a pair of feet, a heart with a pulse line, a microscope, a flask with a plus sign, a bandage, a pill bottle, a pair of scissors, a brain, a heart with an ECG line, a tooth, a nurse's cap, a hospital building, a DNA double helix, a syringe, a stethoscope, a pair of glasses, a pair of feet, a heart with a pulse line, a microscope, a flask with a plus sign, a bandage, a pill bottle, a pair of scissors, a brain, a heart with an ECG line, a tooth, a nurse's cap, a hospital building, a DNA double helix, a syringe, a stethoscope, a pair of glasses, a pair of feet, a heart with a pulse line.

SUMÁRIO

Parte I: Assistência ao idoso, 11

Carla Daiane Costa Dutra

- 1 A sexualidade na terceira idade: a contribuição do enfermeiro, 14
 - 1.1 Sexualidade na terceira idade, 16
 - 1.2 O planejamento como ferramenta do processo educativo, 19
 - 1.3 Educação em saúde sobre sexualidade na terceira idade, 20
 - 1.4 Últimas considerações, 23Referências, 25

- 2 O idoso e a automedicação: os riscos dessa prática, 28
 - 2.1 Os riscos da automedicação para o idoso, 31
 - 2.2 Automedicação no idoso: quais medicações são mais utilizadas, 33
 - 2.3 A contribuição do enfermeiro para o idoso em uso de medicamentos, 33
 - 2.4 Últimas considerações, 36Referências, 37

- 3 Assistência do enfermeiro ao idoso com síndrome demencial, 39
 - 3.1 Envelhecimento: uma realidade que não podemos alterar, 42
 - 3.2 A síndrome demencial no idoso, 43
 - 3.3 Impacto da demência no âmbito familiar,
 - 3.4 A contribuição do enfermeiro à família do idoso com demência, 47
 - 3.5 Últimas considerações, 49Referências, 52

Parte II: Assistência ao neonato, 55

Andréa Dias de Souza

- 4 O enfermeiro na redução do estresse neonatal na unidade de terapia intensiva, 58
 - 4.1 A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), 62
 - 4.2 O enfermeiro na redução dos estressores neonatais da UTIN, 64
 - 4.3 Últimas Considerações últimas, 68Referências, 69

- 5 O cordão umbilical: os cuidados do clampeamento ao domicílio, 73
 - 5.1 O clampeamento do cordão umbilical, 75
 - 5.2 O enfermeiro e os cuidados com o coto umbilical, 80

5.3 Últimas considerações, 82

Referências, 83

6 O recém-nascido pré-termo com síndrome do desconforto respiratório, 86

6.1 A fisiologia pulmonar, 88

6.2 As principais etiologias da síndrome do desconforto respiratório, 91

6.3 A assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo com síndrome do desconforto respiratório, 95

6.4 Diagnósticos de enfermagem do recém-nascido pré-termo com síndrome do desconforto respiratório, 102

6.5 Últimas considerações, 109

Referências, 108

Parte III: Humanização do cuidado, 113

Emanoele Nunes Barbosa de Brito

7 O centro cirúrgico: a humanização da assistência de enfermagem, 116

7.1 O centro cirúrgico, 118

7.2 As atribuições do enfermeiro do centro cirúrgico, 121

7.3 O enfermeiro do centro cirúrgico diante dos avanços tecnológicos, 126

7.4 Considerações éticas da assistência de enfermagem no centro cirúrgico, 127

7.5 A humanização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico, 131

7.6 Últimas considerações, 137

Referências, 138

8 Assistência ao parto humanizado: a contribuição do enfermeiro, 143

8.1 Humanização do parto: barreiras a serem superadas, 145

8.2 Assistência do enfermeiro ao pré-natal e ao parto humanizado, 153

8.3 Últimas considerações, 156

Referências, 158

9 O pai no contexto do aleitamento materno, 161

9.1 Aspectos históricos, 165

9.2 O pai e o aleitamento materno: os benefícios desta participação, 167

9.3 O pai e o aleitamento materno: as dificuldades desta participação, 170

9.4 O aleitamento materno: as ações do enfermeiro para a inclusão do pai, 174

9.5 Últimas considerações, 177

Referências, 178

Parte IV: Prevenção e assistência das doenças cardiovasculares, 182

Larissa Cavalcante Silva Nunes

10 A contribuição do enfermeiro na prevenção das doenças cardiovasculares, 185

10.1 Doenças cardiovasculares, 187

10.2 As intervenções do enfermeiro nos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, 189

10.3 Contribuição do enfermeiro na educação em saúde para a prevenção de doenças cardiovasculares, 193

10.4 Últimas considerações, 195

Referências, 196

11 Sistematização da assistência de enfermagem em pacientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos, 199

11.1 A sistematização da assistência, 201

11.2 Principais diagnósticos de enfermagem nos pacientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos, 206

11.3 Prescrição de enfermagem para os pacientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos, 209

11.4 Últimas considerações, 211

Referências, 212

Parte V: Exercício da gestão de compras, auditoria e liderança de serviços de saúde, 215

Wagner Santos Sousa Alves

12 O planejamento da gestão de compras e suas repercussões para a assistência à saúde, 218

12.1 O desabastecimento dos serviços de saúde: uma realidade a ser superada, 221

- 12.2 O planejamento estratégico situacional: uma ferramenta que viabiliza um efetivo abastecimento dos serviços de saúde, 224
- 12.3 Últimas considerações, 228
- Referências, 229

- 13 Auditoria: uma ferramenta que contribui para a otimização dos custos e a qualidade dos serviços, 233
 - 13.1 Auditoria em enfermagem, 236
 - 13.2 O prontuário: uma ferramenta da auditoria em enfermagem, 239
 - 13.3 Glosas: empecilhos para otimização das receitas hospitalares, 240
 - 13.4 A qualidade nos serviços de saúde, 242
 - 13.5 A contribuição da auditoria para a qualidade da assistência de enfermagem, 243
 - 13.6 Últimas considerações, 246
 - Referências, 248

- 14 A importância da liderança na atuação do enfermeiro, 252
 - 14.1 A liderança: as principais teorias e os estilos, 255
 - 14.2 Um breve relato sobre a essência da liderança na perspectiva de James Hunter, 264
 - 14.3 Diferença entre chefe e líder, 266
 - 14.4 Chefe, 267
 - 14.5 Líder, 267
 - 14.6 A liderança como contributo para a autonomia do enfermeiro, 269
 - 14.7 Últimas considerações, 272
 - Referências, 273

- Parte VI: Assistência a grupos de maior vulnerabilidade: o homem, as mulheres em abortamento, as gestantes portadoras de HIV e os usuários de drogas em condição de rua, 277**
Dejeane de Oliveira Silva

- 15 O enfermeiro na atenção à saúde do homem no contexto do Programa Saúde da Família, 281
 - 15.1 O Programa Saúde da Família, 285
 - 15.2 Desafios para a promoção da saúde do homem, 286
 - 15.3 O enfermeiro do PSF promovendo a saúde do homem, 289

- 15.4 Últimas considerações, 290
Referências, 292
- 16 A mulher vítima de abortamento: o papel do enfermeiro, 294
16.1 Etiologias do ato abortivo, 296
16.2 O enfermeiro diante da mulher em processo de abortamento, 299
16.3 Últimas considerações, 304
Referências, 304
- 17 A contribuição do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical do HIV em crianças, 308
17.1 A transmissão vertical do HIV: como ocorre?, 311
17.2 A contribuição do enfermeiro para as gestantes com HIV, 314
17.3 Últimas considerações, 318
Referências, 319
- 18 Consultório de rua: o enfermeiro na redução de danos a usuários de drogas, 322
18.1 O consultório de rua, 325
18.2 Redução de danos, 332
18.3 O enfermeiro e a redução de danos, 334
18.4 Últimas considerações, 338
Referências, 339
- Parte VII: Cuidado com pacientes falcêmicos e oncológicos, 342**
Regiane Buralho S. França
- 19 A contribuição do enfermeiro à criança com anemia falciforme, 344
19.1 A anemia falciforme, 346
19.2 Assistência de enfermagem à criança com anemia falciforme, 354
19.3 A relevância do enfermeiro para a família no processo de enfrentamento da doença, 357
19.4 Últimas considerações, 359
Referências, 360
- 20 Desafios do tratamento do câncer de mama em mulheres: assistência de enfermagem, 364
20.1 Considerações sobre o câncer de mama, 366
20.2 Sinais, sintomas e prevenção do câncer de mama, 367

- 20.3 O corpo feminino: a simbologia da mama, 368
- 20.4 Cuidando do paciente com câncer de mama, 370
- 20.5 A mulher com câncer de mama: a importância do apoio familiar, 372
- 20.6 Últimas considerações, 373
- Referências, 374

- 21 Cuidando do doente terminal: a importância dos cuidados paliativos, 377
 - 21.1 Breve histórico dos cuidados paliativos, 380
 - 21.2 Os cuidados paliativos, 382
 - 21.3 Pacientes que requerem cuidados paliativos, 385
 - 21.4 O paciente oncológico, 386
 - 21.5 As fases do processo de luto, 388
 - 21.6 Cuidando do doente terminal, 390
 - 21.7 Últimas considerações, 391
 - Referências, 393

- Sobre as/os autoras/es, 395

A definição do envelhecimento saudável¹ precisa ser compreendida dentro da sua complexidade, mas também a partir das perspectivas individuais e realidades distintas vivenciadas por idosos.

O envelhecimento acelerado das populações nos impõe a necessidade de reestruturação da sociedade para acolher de fato esse conceito e, assim, promovê-lo a partir de políticas efetivas, estruturação de serviços e cuidados centrados no indivíduo.

Talvez não tenhamos ainda muitas respostas para algumas dessas lacunas, mas vale pensar na necessidade de continuar investindo em pesquisas, promovendo conhecimentos que tragam respostas e/ou contribuições para suscitar a promoção da autonomia, independência e qualidade nos anos vividos pela população idosa, mesmo diante das adversidades que se apresentem.

Nesse sentido, é com o coração cheio de ânimo que as(os) convido para a leitura desta parte do livro, que traz à tona a discussão de temas relevantes em saúde do idoso, a importância de se investir em estratégias educativas e produção de atitudes para impulsionar o protagonismo da Enfermagem na atenção à saúde da pessoa idosa.

A organizadora da obra sempre trouxe o comprometimento, olhar aguçado e postura desbravadora em suas empreitadas, desde os tempos de formação acadêmica e, de forma despretensiosa, reuniu uma coletânea de textos que discutem temas instigantes, necessários para orientação de profissionais da saúde, em especial de enfermeiras/os, de familiares e cuidadores, como também de idosos.

De forma leve e apropriada, coloca conceitos, traz orientações e direcionamentos para produção do cuidado, promoção de envelhecimento ativo e saudável e para a educação em saúde como mola propulsora para atenção aos aspectos necessários à sexualidade e envelhecimento, aos riscos da automedicação e aos cuidados necessários e adequados na síndrome demencial em idosos.

O constructo apresentado sobre sexualidade direciona o olhar do leitor para a importância da “desgenitalização da sexualidade”² na velhi-

1 LIANG, J.; LUO, B. Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. **Journal of aging studies**, ano 26, v. 3, p. 327-334, 2012.

2 DEBERT, G.; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 27, v. 80, p. 37-54, 2012.

ce e caminhos para orientação profissional da Enfermagem, para que o idoso viva sua sexualidade e a explore de forma profusa.

No que se refere aos desafios impostos para a promoção do uso racional de medicamentos, as autoras apontam alternativas para o envolvimento da família, para a autorresponsabilização do idoso e para o agir da Enfermagem.

Destaca-se ainda, na obra, o olhar sensível e peculiar, demonstrado pelas autoras, trazendo fonte de informações sobre como a Enfermagem deve atuar para tornar mais suportável os sofrimentos de familiares, cuidadores e dos próprios idosos que passam pelo processo demencial, não esquecendo do risco de sobrecarga daqueles que cuidam diretamente do idoso acometido dessa síndrome.

Espera-se que a iniciativa não seja única e que a coletânea de novos trabalhos de conclusão de curso seja realizada pela organizadora, o que certamente impulsionará e mostrará a importância do fazer ciência para novos graduandos, da necessidade de sempre buscar conhecimento na área de Enfermagem em atenção gerontológica e do estímulo necessário para a produção acadêmica de qualidade.

Carla Daiane Costa Dutra

(Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente. Especialista em Gerontologia, Gestão da Atenção Básica e Pedagogias Diferenciadas. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC.)

1

A SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO

*Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Leilane Guedes Brandão Peruna*

Está ocorrendo uma evolução sociodemográfica, na qual os indivíduos da “terceira idade” se tornam cada vez mais um grupo significativo de pessoas e necessitam de um olhar do profissional de saúde, especialmente do enfermeiro, no sentido de compreender suas necessidades e buscar práticas que visem a minimizar as perdas que o envelhecimento acarreta, em busca de uma velhice saudável e feliz.

A velhice é caracterizada pela mudança de papéis e pela perda de alguns deles, como diminuição de recursos econômicos, mudança nas relações familiares e sociais, além de prejuízos nas atividades instrumentais da vida diária – AIVD (TAVARES *et al.*, 2012).

O indivíduo, ao chegar na fase do envelhecimento, já armazenou inúmeras experiências: algumas positivas, que darão sentido à vida; outras negativas, que podem contribuir para uma vida sofrida. Porém, as experiências tanto negativas quanto positivas fazem parte do arcabouço de sua história de vida.

Tratar da sexualidade ainda hoje é tratar de um tema efervescente sobre o qual novas descobertas são feitas. Apesar disso, este ainda é cercado de muitos preconceitos, seja por parte dos mais jovens, seja dos próprios idosos e de muitos profissionais da área de saúde, inclusive daqueles que atuam em gerontologia e geriatria (RIBEIRO, 1996).

A compreensão da sexualidade é de extrema relevância para a concepção da totalidade do sujeito, independentemente de sua faixa etária. Neste sentido, Ferreira (2002) aborda a importância da sexualidade na pessoa idosa como fator para um bom desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo, o que contribui para a manutenção da saúde, tanto física quanto emocional.

Contudo, Souza e Rodrigues (2011) consideram que em muitos idosos a falta de oportunidade para o exercício da sexualidade e o ambiente em que estes se inserem muitas vezes acabam por desestimulá-los da prática sexual. Esta realidade, aliada ao conjunto de mitos, dos quais se pode destacar a falsa afirmativa de que as pessoas idosas são frágeis fisicamente e que o sexo poderia prejudicar sua saúde, estabelece barreiras ao exercício saudável da vida sexual daqueles que compõem este grupo etário.

O processo de envelhecimento é composto por diversas mudanças, comuns no ciclo biológico do indivíduo, porém a velhice não deve ser

considerada uma doença ou situação limitadora, mas uma fase da vida como tantas outras, a exemplo da infância, adolescência e juventude, devendo, portanto, ser vivenciada em plenitude.

Este tema é atemporal e precisa ser abordado, pois ainda é cercado de muito tabus que precisam ser desmistificados e o enfermeiro pode ser o profissional que vai contribuir através das práticas educativas para o pleno exercício da sexualidade do idoso, de modo a promover neste o desenvolvimento psicoafetivo conforme a faixa etária em que ele está inserido. As reflexões que ora apresentamos buscam despertar a atenção para a importância que a sexualidade tem na totalidade do sujeito.

1.1 SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a definição conceitual da sexualidade humana é como fonte de energia que dá sentido à vida, pois permeia sentimentos e emoções positivas, transbordando amor, ternura e intimidade. Essas emoções caracterizam fatores satisfatórios para o próprio bem-estar, pois que o indivíduo consegue se sentir mais vivo, sensual e feliz, refletindo na qualidade de vida, obtendo saúde física e mental (OMS, 2001).

Na atualidade, está ocorrendo uma mudança no comportamento social e sexual das pessoas da terceira idade, em função do crescente acesso dos idosos aos bens de consumo. Este fenômeno é constatado, conforme Geovanini (2010), pelo aumento do consumo dos medicamentos que afirmam serem inibidores da impotência, bem como das terapias de reposição hormonal para mulheres.

Neste sentido, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) preleciona que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa, o que quer dizer que ele tem os mesmos direitos de exercício e atividade em todas as nuances de atuação do homem, inclusive no pleno exercício da sexualidade (BRASIL, 2003).

Entretanto, este tema ainda é carregado de tabus. Conforme o estudo de Bernardo e Cortina (2012), dos problemas sexuais que mais acometem os indivíduos na terceira idade, temos o preconceito entre os próprios parceiros, a vergonha de achar que não existe mais sexo por conta da idade, assim como a falta de informação sobre o assunto e dos benefícios dele. Ainda existe a influência dos fatores psicológicos, fazendo com que os parceiros se tratem como irmãos. Os autores relatam ainda que a

falta de lubrificação na mulher e a impotência no homem, por conta da idade, agravam ainda mais, diminuindo a vontade sexual.

Diante das dificuldades que o processo de envelhecimento traz, a sexualidade parece não ter valor nesta fase, porém ela faz parte das necessidades fisiológicas do ser humano e precisa ser considerada. Na atualidade, ela é reconhecida como uma das dimensões mais importantes para a qualidade de vida, dando mais sentido e prazer a esta (SANTANA *et al.*, 2014), além de favorecer a saúde mental do indivíduo (SILVA, 2014).

O Portal do Envelhecimento afirma que as situações próprias da mulher idosa, tais como as alterações hormonais, não podem ser empecilhos para esta se sentir desejada pelo seu companheiro, devendo-se buscar, no exercício da intimidade, o amor e as sensações de bem-estar que, além do sexo, o companheirismo, o carinho e a amizade podem promover (PUC-SP, 2013).

As emoções que permeiam o casal induzem uma descarga de diversos sentimentos de benquerer, de felicidade e de prazer. Esta energia atua como ponto positivo na preservação da saúde mental e física. Favorece o bom sentido à vida, para viver com qualidade, e o exercício da amorosidade e da afetividade são imprescindíveis.

É fato que a idade não dessexualiza o ser humano. Assim, não existem limites de idade para se conservar uma atividade sexual, ainda que ocorram mudanças fisiológicas. A sexualidade é uma forma de expressar carinho e afeto; sentimentos que não têm idade, essas emoções preservam a saúde mental e minimizam a predisposição das doenças psicopatológicas desta fase. Os desejos podem se modificar, mas não terminam. O respeito ao corpo é necessário e oportuno, independentemente da idade (GARCIA; GALVÃO, 2005).

Desse modo, a sociedade ocidental do final do século XX passa a refletir sobre a chamada construção da pessoa moderna, em que a sexualidade se insere não apenas nos jovens, mas também nos idosos, uma vez que esta questão se relaciona com a intimidade e a vida privada (VALENTE, 2008).

Sexualidade engloba a prática sexual sim, porém, além disso, está relacionada a se conhecer, a se posicionar diante do mundo, ter em mente a plena convicção de si. Ela é uma das formas de o ser humano se apresentar ao mundo com mais segurança, convicto, além de saber situar-se diante da sociedade que o rodeia (VALENTE, 2008). Conseguir lidar

com isso é essencial para se viver mais e melhor, conhecendo seus limites e potencialidades.

Entretanto, alguns indivíduos na terceira idade carecem do contato sexual ativo não por falta de vontade, mas por conta de limitações impostas, muitas vezes, por patologias ou efeitos colaterais de alguns medicamentos de uso contínuo, impossibilitando a prática sexual ativa. Sendo assim, é importante que o profissional de saúde aborde o idoso sobre sua função sexual e atue de modo a contribuir com este, quando possível, na normalização desta.

Para tanto, o enfermeiro precisa desenvolver um olhar sensível, voltado não somente para as necessidades expressas pelo idoso, em que o vínculo de afetividade entre profissional e cliente poderá auxiliar este a expressar sua intimidade, de modo que se consiga auxiliá-lo por meio de um atendimento que envolva os aspectos não apenas físicos, mas também os ligando aos tabus que muitos indivíduos carregam sobre a sexualidade.

Desse modo, Teixeira *et al.* (2012) afirmam que o olhar deste profissional deve se voltar para a mudança de paradigmas, havendo a conscientização de que a sexualidade da pessoa idosa é algo natural, saudável e principalmente necessária para a qualidade de vida.

Assim, o exercício da sexualidade na terceira idade favorece a preservação da saúde mental do indivíduo e traz benefícios para a saúde integral deste grupo etário, pois o prazer é responsável por liberar sensações positivas que refletem no sentido da vida. Contudo, é importante também o respeito aos limites do outro, assim como, na impossibilidade da prática sexual, buscar-se alternativas que continuem dando sentido e significado à vida do casal.

É necessário que os cônjuges aprendam a *olhar* um para o outro, e não apenas ver. Desenvolver o olhar é uma ação, é perceber, é conviver, é observar as nuances do outro e de si mesmo. Olhar traz transformação, compreensão, analogia com o que há ao redor, diferenciando-se de simplesmente ver, da visão, que não requer amadurecimento.

Portanto, não se trata apenas de valorizar o ato sexual em si, mas principalmente os sentimentos que permeiam a relação e que foram construídos ao longo de uma jornada, que são caracterizados pelo nascimento dos filhos, pelas dificuldades superadas, pelas conquistas do casal, sejam elas de ordem econômica, sejam de ordem psicoafetiva. Assim, os sentimentos advindos dessas conquistas não podem ser olvidados em

detrimento de uma dificuldade que muitos consideram limitadora, mas que pode ser uma oportunidade para os envolvidos aprenderem que uma relação é constituída com emoções muito além do sexo, nas quais um precisa olhar o outro com os olhos do afeto e da ternura, e quem sabe aprender a sublimar a relação.

1.2 O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA DO PROCESSO EDUCATIVO

O planejamento consiste em uma ferramenta de fundamental importância para que as ações se deem de forma efetiva e por meio dele o profissional consegue olhar além, vislumbrando os nós críticos que dificultam o alcance dos objetivos, bem como percebe as variáveis que contribuem para o sucesso da ação pretendida.

Para tanto, o enfermeiro precisa estar preparado para abordar e orientar os indivíduos da terceira idade, visto que faz parte de suas funções como educador e prestador de assistência (QUESADO *et al.*, 2011). Neste sentido, Brasil (2006) adverte que o ambiente e o processo de trabalho das equipes no âmbito da atenção básica precisam ser rodeados de ações proativas, tornando-se fundamental o planejamento.

A preparação do enfermeiro é de suma importância para uma atuação satisfatória. Reflete na qualificação do serviço e na assistência prestada, sendo abordados temas ditos polêmicos e cercados de tabus com naturalidade, como a sexualidade na terceira idade, e o acolhimento é fundamental, de modo que o indivíduo se sinta motivado a expor suas necessidades e limitações.

Como o planejamento é uma ferramenta fundamental que contribuirá para a efetividade das ações e alcance das metas estabelecidas, faz-se importante salientar que ele deve contemplar, além das orientações quanto à sexualidade, as formas de proteção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), tão frequentes nos idosos na atualidade, atuando desta forma na preservação da saúde e manutenção da vida.

O processo de enfermagem se configura como um método sistemático e organizador de prestar cuidados individualizados, enfocando as respostas humanas de uma pessoa ou grupos a problemas de saúde atuais ou potenciais (TANNURE; GONÇALVES, 2008), sendo caracterizado como uma ferramenta do planejamento para o cuidado, denominado de sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

A SAE enfoca a obtenção dos resultados desejados e planeja as ações a serem tomadas. É humanizado por considerar os interesses, os ideais e os desejos do cliente, além de, à medida que se planeja, proporciona cuidados (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Para que a utilização desta ferramenta se dê de modo eficaz, o profissional precisa dispor de requisitos que envolvam princípios éticos e morais para respeitar o outro em sua singularidade, além de qualificação profissional para utilizá-la com efetividade. Assim, o planejamento deve preceder as atividades de cunho assistencial e educativo por todos aqueles que queiram exercer sua função com zelo e competência, e fazer diferença na vida da clientela.

1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

As atividades de educação em saúde são fundamentais para a preservação da saúde integral do indivíduo. O enfermeiro, no âmbito da atenção básica, pode contribuir com inúmeras atividades dessa magnitude, entretanto elas devem ser reflexivas, de modo a colaborar com o desenvolvimento do senso de criticidade nos indivíduos. Em se tratando de sexualidade, o profissional deve abordar de forma natural e espontânea, a fim de que os indivíduos encontrem espaços para expor suas dúvidas e apreensões, e assim ele deve aproveitar a oportunidade para falar sobre as ISTs que têm se configurado um problema entre os idosos.

Neste sentido, Zornita (2008) afirma que o número de casos de pessoas a partir dos 60 anos infectadas pelo HIV no Brasil tem crescido significativamente, configurando-se um problema de saúde pública, o que torna importante a inserção da educação sexual nas práticas educativas, promovendo segurança aos idosos.

Entretanto, em muitos momentos a desqualificação do profissional compromete a qualidade da assistência no que tange à sexualidade, em especial na terceira idade, podendo inclusive contribuir para aumentar as infecções sexualmente transmissíveis nos idosos. O despreparo dele pode mascarar o diagnóstico e em alguns casos descartá-lo, em função do estigma deste em relação à faixa etária, o que ocasiona, em muitos casos, um prognóstico desfavorável, com um diagnóstico tardio e, consequentemente, o atraso em iniciar o tratamento, o que poderá resultar em diminuição da sobrevida do idoso (CALDAS; GESSOLO, 2007).

Dessa forma, é urgente que o trabalhador dessa área busque se capacitar, de modo que sua assistência contribua para alterar realidades do processo saúde/doença, e não comprometer ainda mais a saúde das pessoas por falta de conhecimento e comprometimento profissional. Faz-se necessário também que ele estabeleça um vínculo enfermeiro-paciente, em que o acolhimento irá contribuir para que sejam abordados temas cercados de tabus de forma respeitosa, alcançando a pessoa em sua necessidade.

Afirma Beauvoir (1990) que, ao se trabalhar a questão da pessoa idosa, surgem vários pensamentos preconceituosos e conceitos deturpados da realidade. Isso requer esclarecimentos do profissional, de modo a incentivar uma vivência saudável da sexualidade na velhice.

Nesse sentido, deve-se desmistificar a prática sexual, que muitos incorporam como pecaminosa ou desrespeitosa, de modo a favorecer o sexo seguro. Para tanto, deve-se investir na orientação acerca da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, de modo que o exercício da sexualidade nesta fase da vida não traga mais riscos para a saúde dessas pessoas. O profissional enfermeiro deve abordar a sexualidade desmistificando-a conforme a necessidade do indivíduo, além de orientar os benefícios que ela traz. Nesse sentido, Miramez, por intermédio de Maia (2019) afirma que o ato sexual entre casais que, na vivência do amor, conseguiram vencer as adversidades impostas pela vida, ocorre uma transfusão de energias de um para o outro, uma lubrificação nas engrenagens morfológicas, uma acalmar do sistema nervoso e um ritmar das forças cerebrais. O exercício da sexualidade de modo saudável contribui, inclusive, para a qualidade de vida dessa população.

Entretanto, o sexo também poderá ser instrumento de desarmonia e culminar em doença para as estruturas orgânicas do sujeito. Assim, Alves (2005) afirma que a educação em saúde se configura um recurso de promoção da saúde, ao abordar sobre a prevenção das ISTs, promovendo, dessa forma, um sexo livre de riscos. Isso contribui também para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, além de estimular o autocuidado, a coparticipação no processo saúde/doença, a autonomia e favorecer uma assistência qualificada (MARTINS *et al.*, 2007).

Assim, estimula-se a consciência crítica e o exercício da autonomia, em face das decisões tanto no âmbito individual, como no coletivo, além de ajudar na promoção da saúde e prevenção de doenças, e, conseqüentemente, em um estilo de vida mais saudável, porquanto articula as ques-

tões socioculturais dos sujeitos envolvidos, de modo a propiciar a sua emancipação (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006).

Portanto, as ações do enfermeiro para a educação em saúde e sexualidade dos indivíduos na terceira idade é de fundamental importância, por ser fonte de informações que contribuem para auxiliar os idosos diante das diversas dificuldades que poderão surgir em função de patologias crônicas, tão comuns nesse grupo etário. Dantas (2008) nos diz que as transformações impostas pelo processo fisiológico do envelhecimento repercutem na resposta sexual e na sexualidade do idoso, no entanto, muitas vezes essas mudanças naturais, quando associadas a crenças e cultura, acentuam a resposta negativa da atividade sexual.

Nas mulheres, ocorre a diminuição da produção hormonal de estrogênio e progesterona, e a mulher passa pelas fases do climatério e da menopausa, vivenciando sintomas como a ansiedade, ondas de calor, além da diminuição da lubrificação vaginal. No homem, na fase da andropausa, também há uma diminuição hormonal e as ereções espontâneas ocorrem com mais dificuldade (GRADIM; SOUZA; LOBO, 2007).

Conforme os autores supracitados, tais mudanças interferem pouco na sexualidade, quando o casal é estimulado através de práticas educativas a procurar alternativas que busquem alterar os desconfortos do processo natural de senescência. Contudo, como a sociedade ainda qualifica o idoso que manifesta sua sexualidade como inadequado, é pertinente afirmar que os fatores socioculturais alteram mais a relação sexual saudável e prazerosa na terceira idade do que as mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo.

Neste sentido, o profissional de saúde precisa desempenhar uma prática humanizada no atendimento a essas pessoas, oferecendo uma escuta ativa, que valorize formas de comunicação, inclusive a não verbal, onde o corpo se expressa de modo diversificado. O profissional deve buscar um atendimento efetivo, para tanto, é necessário estabelecer uma relação não superficial, em que haja participação ativa dos demais profissionais da equipe de saúde e do próprio indivíduo que busca o cuidado, para a construção do processo terapêutico (BRASIL, 2008).

É importante ressaltar que os profissionais de saúde devem acolher adequadamente os indivíduos, permitindo que exponham suas dúvidas e receios. Além de apoio e respeito, eles demandam uma assistência direcionada às necessidades apresentadas (DE LORENZI *et al.*, 2009).

Portanto, os enfermeiros têm um relevante papel no desenvolvimento da educação em saúde, porque é capaz de intervir em nível de conhecimentos, atitudes e condutas com a população, no sentido de conscientizar os seres humanos sadios ou doentes sobre a importância de adquirir hábitos saudáveis, dentro de determinadas condições, bem como propiciar a descoberta de novas motivações e de outros fatores determinantes do comportamento humano (BRANCO, 2005).

Ademais, é importante também incentivar a prática de atividade física regular e implementar políticas voltadas para a educação em saúde, favorecendo-se assim o autocuidado, de modo a levá-los a uma percepção positiva acerca da fase vivenciada (DE LORENZI; BARACAT, 2005). Neste aspecto, é relevante considerar-se a compreensão dos desejos, interesses e vontades destes idosos, assim como o esclarecimento das dúvidas e dificuldades, para que, desta forma, o enfermeiro possa atuar de maneira efetiva, suprimindo e entendendo suas necessidades, bem como compreendendo seus anseios.

Com as orientações que os profissionais enfermeiros estão aptos a fornecer, podem contribuir com a promoção da saúde sexual do idoso e, inclusive, com profundas e significativas mudanças de como o idoso se vê, de como ele se coloca nas relações sociais estabelecidas, de modo a se autoafirmar como sujeito de direitos, assumindo o protagonismo de ser idoso e do exercício pleno de sua sexualidade.

1.4 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Na atualidade ainda se percebe que a sexualidade na terceira idade é rodeada de estigmas, o que denota ignorância, e a falta de conhecimento predispõe e alimenta esta conduta, uma vez que muitas vezes o próprio idoso a encara como pecaminosa, e a família também contribui, por dessexualizar o indivíduo idoso. Quando o preconceito parte do profissional de saúde, agrava-se a situação, por negligenciar-se uma abordagem importante que pode inclusive contribuir para que as doenças sexualmente transmissíveis cresçam neste grupo de indivíduo.

A idade não dessexualiza o ser humano, embora ela seja responsável por alterações em função do envelhecimento. Isso requer que o casal aceite as limitações, porém busque se munir de informações para que a idade não provoque alterações substanciais na afetividade, de modo que

a relação sexual possa ocorrer de modo confortável e prazerosa para ambos.

Para tanto, as orientações do profissional de saúde podem contribuir para que o indivíduo na terceira idade exerça sua sexualidade sem medo de ser considerado ridículo pela sociedade, busque se autoafirmar como ser de direito e perceba que cada fase tem seus encantos, sendo necessária a aceitação por parte dele de que a idade chegou e chegará para todos aqueles que tiverem oportunidade. A sabedoria consiste em transformar as dificuldades em aprendizados e oportunidades para valorizar a vida, dentro das limitações que ela oferece, de modo que as vivências experienciadas contribuam para uma vida plena e feliz.

Para que a relação entre o profissional e o paciente seja efetiva, é pertinente que o enfermeiro estabeleça uma relação de proximidade com o paciente, cujo acolhimento contribuirá para que o idoso relate suas necessidades e limitações. Afinal, trata-se da intimidade de que nem sempre o idoso fala com naturalidade, o que requer também que o profissional aprenda a usar a sensibilidade para interpretar a linguagem não verbal que, muitas vezes, diz muito acerca do problema vivenciado e consiga estabelecer um processo educativo com clareza, sem subterfúgios, de modo que o processo de comunicação se estabeleça e as orientações contribuam para alterar paradigmas consolidados.

A busca pelo conhecimento, tanto do profissional para que sua prática seja alicerçada em fundamentos sólidos e faça diferença em seu contexto de trabalho, quanto do indivíduo que enfrenta alterações funcionais e limitações, é de grande importância. O saber contribuirá para que o profissional exerça seu papel com nobreza e, assim, o idoso conseguirá superar as barreiras que o processo de envelhecimento impõe para uma vivência mais plena na fase da maturidade.

Assim, percebemos que a busca pelo prazer está presente em todas as fases da vida do ser humano. Na idade adulta, ela se configura no exercício da sexualidade, sendo efetivada através do ato sexual, a partir deste são liberados pelo organismo descargas químicas que, além da sensação de bem-estar, contribuem para lubrificar as articulações do indivíduo. Entretanto, apenas o ato sexual em si não basta. É preciso algo mais, que os parceiros aprendam a olhar as nuances do outro e de si mesmos, com expressão de carinho e de afeto, que se vejam através do outro, como se olha num espelho, onde a imagem do outro reflete muitas vezes, o que precisa ser trabalhado na relação. O ato sexual representa o ápice, uma

explosão de sensações. Porém, não é ele que mantém a união do casal; o que os mantém unidos é a cumplicidade, o desejo da presença um do outro, é uma convivência que contribua para a aproximação de ambos, e isso nenhum profissional pode promover, é conquista do casal construído ao longo dos anos de união.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface-Comunicação**. Saúde, Educação, v. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERNARDO R, CORTINA I. Sexualidade na terceira idade. **Revista de Enfermagem UNISA**, 2012.
- BRANCO, IMBHP. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto Contexto Enferm. Florianópolis**, v. 14, n. 2, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19, Série A: envelhecimento e saúde da pessoa idosa). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília (DF), 2008.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 4 mai. 2020.
- CALDAS, J. M. P., & GESSOLO, K. M. **AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública**, 2007. Disponível: de <http://www.aidscongress.net/pdf/285.pdf>.
- DANTAS, A. P. **Mitos e tabus acerca da sexualidade na pessoa idosa**. 55 p. (Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, UEPB. Campina Grande, 2008.

- DE LORENZI, Dino Roberto Soares *et al.* Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62, n. 2, p. 287-93, 2009.
- DE LORENZI, Dino Roberto Soares; BARACAT, Edmund Chada. Clima-tério e qualidade de vida. **Femina**, v. 33, n. 12, p. 899-903, 2005.
- FERREIRA, N.B. **concepção da sexualidade na pessoa idosa.** 2002.
- GARCIA, S.M.S; GALVÃO, G. T.M. **Aspectos da sexualidade entre portadores de hipertensão arterial.** São Paulo v.101.2006.
- GEOVANINI, Telma. **Gênero, sexualidade e saúde: um olhar da enfermagem.** São Paulo: Girancor, 2010.
- GNANASEKARAN, L.; MCLNTYRE, A. Estruturas e funções corporais: parte 2. *In:* MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. **Terapia Ocupacional e a Terceira Idade.** São Paulo: Santos. cap. 7, p. 130 – 157. 2007.
- GRADIM, Clícia Valim Côrtes; SOUSA, Ana Maria Magalhães; LOBO, Juliana Magalhães. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 2, 2007.
- MAIA, João Nunes (Miramez). **Horizontes da Mente.** Belo Horizonte: Ed. Espírita Fonte Viva, 2019.
- MARTINS, J. J. *et al.* Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 443-456, 2007.
- MORAES, Késia Marques *et al.* Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Revbrasgeriatrie-rontol**, v. 14, n. 4, p. 787-98, 2011.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2001.
- PUC-SP. **Portal do Envelhecimento.** Sexo na terceira idade: Tabu, 2013.
- QUESADO, AJPD *et al.* Sexualidade do idoso: perspectiva do enfermeiro. *In:* **III Congresso SPESM Informação e Saúde Mental.** 2011. p. 154.
- REGO, M.A.B; NAKATANI, A.Y.K; BACHION, Maria Márcia. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 60, 2006.

- RIBEIRO, A. **A sexualidade na Terceira Idade**. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Atheneu, 1996.
- SANTANA *et al.* Sexualidade na terceira idade: compreensão e percepção do idoso, família e sociedade. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, 2014.
- SILVA, N. **Sexualidade na velhice**: a visão do idoso e os fatores influenciadores. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia – Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, 2014.
- SOUZA, G. O.; RODRIGUES, G.C.M. Sexo na terceira idade: um estudo em torno da percepção de funcionários e idosos da casa São Vicente Paulo sobre a sexualidade na terceira idade. **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2011.
- TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **SAE**: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- TAVARES, Darlene Mara dos Santos *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 371-379, 2012.
- TEIXEIRA, Marisa Moreira *et al.* O enfermeiro frente à sexualidade na terceira idade. **Revista da Universidade Ibirapuera**, v. 3, 2012.
- VALENTE, Rui. “Sinto logo existo!...” – Estudo Sociológico sobre Sexualidade na Terceira Idade. In: **VI Congresso Português de Sociologia**. 2008.
- ZORNITTA, M. **Os novos idosos com aids**: sexualidade e desigualdade à luz da bioética. (Dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e o crescimento da população com mais de 60 anos é uma realidade. Os países europeus se preparam para esse evento, e no Brasil este fenômeno ocorreu em função de fatores que têm contribuído, quais sejam: queda na fecundidade da mulher e da mortalidade registrada nos últimos anos; melhoria da qualidade de vida da população; urbanização das cidades; melhores condições sanitárias; alimentação e higienização pessoal de melhor qualidade; melhoria no nível de escolaridade; prática de atividade física; condição ambiental no trabalho e moradias de melhor qualidade vêm contribuindo para aumentar a expectativa de vida.

O envelhecimento é compreendido como processo natural de alterações fisiológicas. Quando ele é puro, não costuma provocar problema; porém, em condições adversas, quando o indivíduo não procura desde a juventude incorporar bons hábitos, surgem as comorbidades, principalmente aquelas que assumem uma cronicidade, como as doenças cardiovasculares, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica, o infarto agudo do miocárdio, a angina, a insuficiência cardíaca congestiva e o acidente vascular cerebral; as degenerativas, caracterizadas pelo câncer de várias modalidades, mal de Alzheimer e de Parkinson, e outras síndromes demenciais; doenças pulmonares, entre elas pneumonia, gripes e bronquites, cuja maior incidência ocorre nos meses de inverno e ainda a diabetes mellitus, quando somadas ao envelhecimento contribuem de forma exponencial para comprometer a saúde do idoso e sua qualidade de vida.

Assim, a presença de múltiplas doenças crônicas entre idosos é mais regra do que exceção, e isso se associa à participação de vários profissionais e prescrição de várias medicações, muitas vezes ocasionando riscos e prejuízos à saúde do idoso (PEREIRA; ROSA, 2018), em função dos efeitos adversos das drogas e da interação entre os fármacos. Além desses aspectos, a automedicação também influencia para comprometer ainda mais a saúde dele, pois que, com o declínio dos anos, o organismo apresenta menor capacidade para metabolizar as drogas utilizadas.

Automedicar é utilizar qualquer tipo de medicamento sem prescrição de um profissional habilitado. É quando o indivíduo decide tomar medicamento por conta própria, na intenção de aliviar seus sintomas, na maioria das vezes aconselhado por outras pessoas, como amigos, fami-

liares ou balconistas de farmácias, utilizados, portanto, de modo inadequado.

Esta prática pode trazer consequências drásticas para a saúde das pessoas, em função dos problemas que podem ocorrer, a exemplo das reações alérgicas; da resistência bacteriana por uso incorreto de antibióticos; das interações medicamentosas que ocorrem quando dois ou mais agentes são administrados concomitantemente; da tolerância medicamentosa, caso em que o indivíduo necessita de doses cada vez mais altas, além da dependência física ou psicológica, quando este é incapaz de controlar a ingestão de substâncias; do efeito cumulativo no organismo, causando a intoxicação. Esses eventos mascaram a doença, retardam o diagnóstico, predispondo a um tratamento inapropriado da patologia, podendo contribuir para a morte do indivíduo quando uma dessas consequências se torna irreversível.

No caso dos idosos, é ainda mais grave, em função de já utilizarem muitas medicações para tratar as enfermidades crônicas comuns entre eles. Sendo assim, a automedicação é um grave problema de saúde pública, principalmente em indivíduos de 60 anos ou mais. Conforme Moraes (2012), as alterações farmacocinéticas do envelhecimento, caracterizadas pelo aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal aumentam, significativamente, o risco de reações adversas a drogas e, conseqüentemente, podem desencadear declínio funcional, incapacidades, internação e óbito.

A medicação, quando usada corretamente, é benéfica e coadjuvante para manter o equilíbrio funcional do organismo. Porém, quando seu uso é inadequado, provoca desordem no organismo, principalmente no idoso, por não ser identificada de forma fidedigna a diferença entre as alterações fisiológicas, as comorbidades e os efeitos adversos do grande número de medicamentos utilizados.

O enfermeiro, por atuar também na atenção primária e ser um exímio educador, precisa se comprometer quanto à orientação adequada da utilização dos medicamentos para a população assistida, principalmente para os idosos. Durante as consultas de enfermagem, ele pode abordar sobre o tema, falar sobre a terapêutica prescrita, seus benefícios, a forma adequada de ser utilizada, no que se refere à dosagem e frequência de utilização. Nesta oportunidade, este profissional deve também verificar se a automedicação faz parte do contexto desse idoso e, conforme a situação encontrada, é importante uma interação com o paciente, em que

o aconselhamento pode ser uma ferramenta, de modo a abordar sobre o uso racional dos medicamentos, explicando-se os riscos que a prática da automedicação pode acarretar, a fim de comprometer a pessoa idosa com sua recuperação e manutenção da saúde integral.

2.1 OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO PARA O IDOSO

Embora os inúmeros benefícios que a terapia medicamentosa traz para melhorar as condições de saúde da população, ela também apresenta efeitos indesejáveis ou adversos, que devem ser considerados pelos profissionais que prescrevem e pelas pessoas que consomem.

Tais efeitos podem ser percebidos principalmente nos idosos, em função dos sistemas orgânicos estarem envelhecidos, por isso atuam de forma menos efetiva no que tange à metabolização e depleção dos fármacos. Por outro lado, quando o envelhecimento é acompanhado de enfermidades, o uso de medicamentos é um instrumento estratégico para controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Conforme Eliopoulos (2011), o processo do envelhecimento traz alterações fisiológicas e funcionais; além do envelhecimento dos órgãos e tecidos, ocorre maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas. Sendo assim, deve-se considerar a utilização de medicamentos nesta população, cujas condições de enfermidades requerem uma maior prevalência dos efeitos benéficos que os fármacos podem trazer.

Além das condições supracitadas, os hábitos culturais também contribuem para a utilização de vários medicamentos, o que pode predispor a maior vulnerabilidade e expor a população idosa à ocorrência de problemas relacionados à automedicação (JACOB FILHO; KIKUCHI, 2012).

Os autores referem que a automedicação pode trazer várias consequências para o idoso em função da função renal estar comprometida, a qual é responsável pela depuração dos fármacos, que são primariamente excretados pelos rins, além do comprometimento do fluxo sanguíneo, responsável pelo transporte da droga até o seu receptor na biotransformação hepática. Esses eventos contribuem para que o fármaco fique mais tempo do que o recomendado no organismo, elevando o risco de toxicidade.

Ainda os mesmos autores afirmam que, com a progressão da idade, ocorre menos secreção de algumas enzimas, o que interfere no metabo-

lismo dos fármacos, havendo assim o aumento do pH gástrico, a diminuição da motilidade gastrointestinal e da superfície de absorção da droga. Podendo fragilizar mais a saúde do idoso, além de agravar o quadro das doenças, quando utilizado de modo inadequado, vindo ser em alguns casos o agente causal da morte no indivíduo.

Muitas vezes, os efeitos colaterais são confundidos com novas doenças ou atribuídos ao próprio envelhecimento, dificultando mais ainda o seu diagnóstico (MORAES, 2012). Esses efeitos podem se manifestar através de hipoglicemia, confusão mental, sudorese, ansiedade, tremores, palpitações, perda de consciência e coma.

Já no quadro de acidose metabólica, os rins não conseguem remover o ácido que é produzido normalmente pelo organismo ou então quando os pulmões não conseguem remover o dióxido de carbono do sangue, através da troca gasosa, cuja sintomatologia é caracterizada por taquicardia, cefaleia, confusão mental, fraqueza, cansaço, náuseas, vômitos e halitose (hálito com odor de fruta podre).

Há o desequilíbrio hídrico eletrolítico, em que o indivíduo perde grande quantidade de líquido e eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, fosfato, sulfato, bicarbonato, entre outros), através da sudorese excessiva, poliúria (excesso de urina), vômitos e nos casos de diarreia aguda; da hipertermia, é caracterizada pela elevação patológica da temperatura corporal, e os transtornos mentais em função de efeitos colaterais que alguns medicamentos podem provocar.

Neste sentido, Eliopoulos (2011) nos fala da importância do olhar atento da família, do profissional de saúde e do próprio idoso, pois muitas vezes os efeitos adversos não são percebidos por se manifestarem também sobre a forma de quedas, agitação psicomotora, confusão mental, perda de memória, edema, obstipação, incontinência urinária e aumento dos efeitos farmacológicos.

Portanto, a prática da automedicação traz riscos eminentes e agravam a condição de saúde dos idosos. No entanto, o profissional de saúde responsável em prescrever a terapia medicamentosa não deve se eximir da responsabilidade de buscar alternativas para diminuir os riscos que a polimedicação pode acarretar para estes indivíduos, sendo imperioso não apenas orientar o idoso, mais sobretudo envolver a família, de modo que ela seja capaz de perceber os efeitos indesejáveis e adversos, e consiga buscar auxílio para impedir o agravamento dos sintomas e, conseqüentemente, da saúde do idoso.

2.2 AUTOMEDICAÇÃO NO IDOSO: QUAIS MEDICAÇÕES SÃO MAIS UTILIZADAS?

A automedicação, embora perigosa, ainda é uma prática comum em nosso meio; suas causas podem estar relacionadas à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, que não conseguem atender de forma satisfatória a crescente demanda. Além deste aspecto, a mídia também pode contribuir, pois não raro se pode ver propaganda de medicamentos através vários meios de comunicação, sejam televisivos, sejam escritos. Ademais, há a fácil acessibilidade a essas drogas nas farmácias e drogarias.

Entre as classes de drogas mais utilizadas, conforme os estudos de Marquesini (2011), Barros (2007), Goulart *et al.* (2014), e Costa e Miceli (2016), temos: analgésicos, anti-inflamatórios, vitaminas, antipiréticos, antidiabéticos orais, anti-hipertensivos, antiespasmódicos, aqueles que atuam no aparelho cardiovascular, e os ansiolíticos.

Os motivos para a aquisição das drogas supramencionadas sem a devida orientação médica foram em decorrências dos inúmeros desconfortos que o indivíduo nesta faixa etária apresenta, na maioria das vezes relacionados à algia (dor), mais especificamente as cefaleias (dor de cabeça), que são prevalentes entre idosos.

Algumas das drogas que compõe estas classes tem efeito inócuo, outras, entretanto, são extremamente perigosas por afetarem o funcionamento homeostático do corpo, podendo inclusive causar danos à saúde do indivíduo quando utilizadas sem critério e orientação, o que pode contribuir para agravar ainda mais as comorbidades neste grupo.

Assim, faz-se essencial a importância da atuação do Estado, de modo a proporcionar serviços de saúde que consigam atender a demanda reprimida, além das orientações oportunas dos profissionais de saúde para a população, para que o consumo de medicamentos só venha a ocorrer com a devida prescrição e orientação médicas.

2.3 A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O IDOSO EM USO DE MEDICAMENTOS

As atividades que compõem o processo de trabalho do profissional enfermeiro integram as funções de: *gerenciar* os recursos materiais e humanos, de modo que a assistência não venha a sofrer descontinuidade

pela falta destes; *cuidar* dos indivíduos que requerem esta finalidade, em razão de em algum momento estes não terem a condição para desempenhar certas funções, sendo denominado como o profissional do cuidado; *pesquisar*, como foi feito neste trabalho; *educar* através de atividades reflexivas que envolvam a equipe de modo, que esta se mantenha atualizada para que a assistência tenha efetividade, bem como os indivíduos que demandam assistência, e as orientações deste profissional irão contribuir para que os clientes assumam o protagonismo pelo seu cuidado e comprometam-se com a manutenção e ou recuperação da saúde.

Conforme Eliopoulos (2011), o enfermeiro desempenha muitos papéis, em geral referentes à categoria de alguém que cura, cuida, educa, defende e inova. No papel do agente de cura, este tem uma abordagem holística: para que os idosos sejam entendidos no contexto de seu elemento biológico, emocional, social, cultural e espiritual, a cura é indissociável do cuidado; o enfermeiro inovador é aquele que tem oportunidade de desenvolver novas tecnologias e modalidades diferentes para oferecer atendimento de melhor qualidade, e também pode agir como um advogado ou defensor, promovendo na equipe reflexões sobre como os membros gostariam de ser tratados se estivessem na condição do cliente.

A Enfermagem tem buscado garantir que os cuidados gerontológicos sejam holísticos, considerando os fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais dos indivíduos idosos. O cuidado com o idoso certamente é o campo mais complexo de atuação da Enfermagem, enfrentando os desafios e dilemas que isto representa atualmente no contexto brasileiro. Mas é necessário trabalhar numa abordagem contextualizada, individualizada, considerando as características de cada indivíduo e respeitando os aspectos culturais (JACOB FILHO; KIKUCHI, 2012).

Na busca por efetividade dos cuidados, deve-se priorizar as atividades de cunho educativo, principalmente aquelas relacionadas ao uso de medicamentos, pois que, embora eles favoreçam a estabilização das funções orgânicas, podem comprometê-las quando utilizados de modo incorreto. Neste sentido, urge que o profissional averigue o conhecimento e hábito da população assistida quanto ao uso de medicamentos, de modo a orientar sobre os riscos provocados pela automedicação e coibir a disseminação desta prática.

Desse modo, o profissional de enfermagem precisa desenvolver um olhar mais aguçado quanto à automedicação, por ser uma prática comum, que causa sérios riscos à saúde. A orientação deve ser estendida àqueles

que cuidam e não envolver somente os idosos, em função das influências que eles sofrem (TELLES FILHO *et al.*, 2013). Assim, o enfermeiro tem um papel importante na orientação dos familiares e cuidadores, pois em muitos casos são eles os responsáveis por administrar os fármacos para os idosos.

Contudo, alguns idosos são independentes, o que requer que as orientações sejam direcionadas para estes e nesta oportunidade o profissional precisa averiguar a capacidade cognitiva do idoso, de modo a precisar os riscos e desenvolver estratégias para minimizá-los. Neste sentido, Luz, Lima e Monteiro (2013) advertem que, no atendimento a um indivíduo analfabeto ou com limitações cognitivas, o enfermeiro precisa buscar estratégias para que as informações e esquemas terapêuticos sejam compreendidos de modo a evitar erros.

Conforme Eliopoulos (2011), os profissionais podem incluir em seu cuidado com pessoas que tenham dificuldades recursos criativos, a exemplo de elaborar desenhos, como o Sol e a Lua, que indiquem o dia e a noite no esquema posológico de medicamentos, ou o horário das doses com código de cores; para aqueles que fazem uso de mais de um medicamento, que na maioria das vezes são comprimidos, pode haver confusão por terem a mesma cor, há a opção de incorporar símbolos para ajudá-los a diferenciá-los.

As orientações precisam atender as especificidades de cada indivíduo. Para tanto, Luz, Lima e Monteiro (2013) nos orientam que, por vezes, encontramos clientes que não conseguem ler ou que precisam de intervenções mais exigentes; para que as informações fiquem claras, nestes casos, o enfermeiro deve ter a capacidade de improvisar esquemas que facilitam a compreensão, evitando erros como a confusão dos medicamentos ou do horário estabelecido para cada droga.

As orientações precisam ser verbal e escrita, e contemplar os pacientes, familiares e cuidadores, abarcando os seguintes aspectos: nome do medicamento; horário de cada dose; via de administração – para aquelas cuja administração é subcutânea, providenciar para que uma dose seja efetuada com a supervisão profissional, para averiguar se as orientações foram consolidadas e na oportunidade sanar as dúvidas; início de ação, de modo que o idoso saiba quanto tempo após o uso a medicação começa a exercer sua função no organismo, informação que evitará o uso de outra droga por achar que está demorando o efeito da que consumiu, contribuindo para potencializar o efeito e ampliar os riscos, as reações

adversas; como deve ser armazenado o medicamento etc. Na oportunidade, abordar sobre a importância de tomar somente os medicamentos prescritos, de modo a evitar os riscos da automedicação.

Na oportunidade, o enfermeiro deve orientar também sobre a importância da alimentação e da atividade física, conforme a condição encontrada, pois são coadjuvantes para que o tratamento seja efetivo.

2.4 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

O uso de medicação na população idosa é uma constante em função dos diversos problemas de saúde, principalmente as comorbidades crônicas, o que os tornam reféns de múltiplos fármacos para aliviar e controlar os sintomas das enfermidades. Entretanto, em virtude do envelhecimento dos órgãos responsáveis por metabolizar e excretar as drogas, esta população está mais vulnerável aos efeitos adversos da polimedicação geralmente utilizada.

Outro ponto que deve ser considerado diz respeito aos aspectos sociais, já que muitas vezes são incorporadas práticas com alto poder destrutivo; neste sentido, a prática da automedicação se destaca, neste segmento populacional, por comprometer ainda mais o estado patológico que muitos idosos apresentam.

Este comportamento está associado a fatores complexos e que requerem intervenção dos profissionais de saúde, da sociedade, das autoridades sanitárias e do Estado. E um dos fatores que mais contribui para a automedicação consiste na desassistência da população, quando os serviços de saúde não conseguem atender a crescente demanda em tempo hábil, de modo a resolver as necessidades da população, assim como a falta de conscientização de cada indivíduo sobre os riscos a que estão expostos ao utilizar drogas sem a prescrição e orientação de um profissional competente.

Superar este problema requer o comprometimento dos profissionais de saúde em promover atividades educativas para a população assistida, que abordem os riscos que a automedicação provoca na saúde do indivíduo, da sociedade, e que as pessoas busquem informações que contribua para a manutenção de sua saúde, bem como dos seus familiares, das autoridades sanitárias de modo a rever a distribuição de medicamentos, comercialização e desenvolvimento de programas educacionais para tornar a utilização de medicamentos racional e segura, e o Estado em se

comprometer com a assistência à saúde dos cidadãos, de modo que os serviços consigam suprir a busca por assistência das pessoas.

A educação é uma estratégia capaz de alterar práticas equivocadas e o enfermeiro um agente que pode contribuir com este processo de mudança, mas para isso ele precisa se comprometer com a população assistida, de modo que suas orientações contribuam para o uso de medicamentos de forma segura e efetiva.

REFERÊNCIAS

- COSTA, A. R.; MICELI, B. C. **A frequência e o risco da automedicação por idosos do município de Curvelo** / Minas Gerais. 2016. Disponível em: <https://www.escavador.com/sobre/304545507/ave-lina-rodrigues-costa>. Acesso em: 5 mai. 2020.
- ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontologia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 568 p.
- GOULART, L. S. *et al.* Consumo de medicamentos por idosos de uma unidade básica de saúde de Rondonópolis, MT. Artigo. **Estud. Interdisciplinar envelhec.** v. 19, n. 1, p. 79-94, Porto Alegre, 2014.
- JACOB FILHO, W; KIKUCHI, L. E. **Geriatría e Gerontologia Básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 492 p.
- LUZ, D.; LIMA, J; MONTEIRO, L. **Automedicação no Idoso**. Universidade do Mindelo. Portal do Conhecimento do Cabo Verde, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10961/3252>. Acesso em: 5 mai. 2020.
- MARQUESINI, E. A. **Automedicação em idosos: Estudo SABE**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-24102011-075756/>. php. Acesso em: 5 mai. 2020.
- MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- PEREIRA, A. M. V. B.; ROSA, A. C. D. S. **Linha guia da saúde do idoso**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde, Curitiba: SESA, 2018.
- SÁ, M. B e; BARROS, J. A. C. de; SÁ, M. B. de O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Rev. Bras. Epidemiol.** 10(1): 75-85pg. S.P., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?s->

cript=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000100009. Acesso em: 5 mai. 2020.

TELLES FILHO, P. C. P. *et al.* Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. **Revista Enfermagem. UERJ.** v. 21, n. 2, p. 197-201. Rio de Janeiro, 2013.

Envelhecer é um processo natural, faz parte do ciclo da vida. As alterações no organismo biológico do ser humano durante este processo variam de indivíduo para indivíduo, sendo mais rápidas para uns e mais lentas para outros, e isso depende de fatores como estilo de vida e situação socioeconômica; depende, ainda, do contexto no qual o indivíduo estará inserido.

O envelhecimento é um fenômeno universal, que teve lugar em todas as épocas, culturas e civilizações. O conhecimento que existe atualmente a esse respeito é o resultado da acumulação de experiência cultural e científica ao longo da história. Porém, seu conhecimento científico faz parte de uma ciência “jovem” (VEGA; BUENO, 1996).

Neves (2012) afirma que o envelhecimento é um aspecto com características únicas, que leva ao declínio gradual das capacidades do ser humano, provocado pelas alterações anatomofisiológicas esperadas nessa fase da vida.

A essas alterações empreendidas pelo organismo são somados os desgastes físicos da fase trabalhista, sendo que este aspecto também sofre variação. Os indivíduos que executam trabalhos braçais, a exemplo dos trabalhadores rurais, que muitas vezes são expostos aos raios ultravioletas do Sol sem nenhum fator de proteção, além da exposição aos intemperes na natureza, no exercício de sua função, sofrem um desgaste mais rápido que os demais trabalhadores. Ademais, fatores ambientais, psicológicos e as condições de moradia também influenciam nas condições físicas e psicológicas do indivíduo que chega à terceira idade.

Sendo assim, o envelhecimento de uma população não é homogêneo, há fatores que interferem na forma como uma pessoa envelhece, o que repercute diretamente nas condições de saúde desse indivíduo. Quando o envelhecimento ocorre de forma natural, na qual o desgaste celular é “puro”, denomina-se senescência; quando a ele se somam doenças, geralmente as crônicas degenerativas, que comprometem a saúde do indivíduo idoso, denomina-se senilidade. As doenças contribuem de forma negativa para o envelhecimento, interferindo na qualidade de vida da pessoa. Das patologias que respondem por esta condição, as demências estão entre aquelas cujo efeito é devastador na vida do idoso e de seu entorno familiar.

A demência exerce um impacto negativo sobre o doente, as famílias – atualmente ela faz parte da realidade de muitas famílias – e a sociedade. Nos lembra Caldas (2002), que o governo brasileiro instituiu a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 13 de julho de 1996, no qual se recomenda que o atendimento ao idoso deve ser feito pelo intermédio de suas próprias famílias, em detrimento aos asilos. Sendo necessário, no entanto, uma rede social e de saúde como suporte para auxiliar as famílias, de modo que elas sejam preparadas para lidar com seus idosos à medida que estes se tornem mais dependentes, minimizando o impacto progressivo que a demência ocasiona no âmbito familiar.

Ela é uma síndrome que compromete a função cerebral, podendo ser reversível ou irreversível, acometendo principalmente os idosos. Os casos de demência podem ser por patologias diversas, em especial a proeminente doença de Alzheimer (DA), a mais frequente, que interfere nas ações cognitivas, e a memória vai sendo comprometida gradativamente, de forma irreversível.

O indivíduo portador apresenta inúmeros prejuízos mentais, tais como: alterações de comportamentos e humor, perda de memória, perda da habilidade de raciocínio e concentração, desorientação em relação ao tempo e ao espaço. Existem outros sinais que podem comprometer a linguagem, que é prejudicada com a progressão da doença, além de comprometer as habilidades visuais.

O idoso com demência exige muito da família, pois os sinais e sintomas que ele apresenta alteram o autocuidado e dificulta cumprir suas atividades de vida diárias, requerendo auxílio e apoio para efetua-las.

A família que tenha um idoso com síndrome demencial precisa realizar mudanças nas rotinas dos seus integrantes, o que pode ocasionar impactos negativos na estrutura familiar, predispondo-se a conflitos diários em função do estresse que a sobrecarga de tarefas para os seus integrantes e responsabilidades no cumprimento das atividades de cuidados diários do idoso gera, uma vez que ele não consegue realizar, alterando negativamente a qualidade de vida da família e, conseqüentemente, dele mesmo.

Como o envelhecimento da população é uma realidade mundial, em nosso país não é diferente e muitas vezes ele vem acompanhado de doenças. As demenciais delimitam a autonomia do idoso, podendo ser de forma permanente ou de longa duração, o que pode repercutir negativamente, principalmente em famílias que não têm uma estrutura sóli-

da de união, em que reina em seus integrantes o individualismo. Neste momento, a família precisa de coesão, pois que, quando as atividades são partilhadas, os impactos são menores e administrados mais facilmente. Entretanto, infelizmente essa não é a realidade da maioria das famílias brasileiras, o que ocasiona conflitos entre os seus integrantes e pode inclusive comprometer a adesão ao tratamento do idoso.

Daí a importância do aporte profissional, já que as atividades educativas reflexivas podem contribuir com esta família de modo a instrumentalizá-la com conhecimentos para um efetivo cuidado, bem como minimizar os efeitos da doença, de modo que os cuidadores familiares possam se comprometer com o cuidado daquele que outrora foi o responsável por suprir as demandas do então cuidador.

3.1 ENVELHECIMENTO: UMA REALIDADE QUE NÃO PODEMOS ALTERAR

O envelhecimento fisiológico não está intrinsecamente ligado à idade cronológica, ele sofre variação conforme o estilo de vida de cada indivíduo. Para que ele ocorra de forma saudável, é necessário que se busque uma dieta adequada, atividade física contínua, controle das possíveis doenças, saúde emocional e inserção social.

Atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, o Brasil conta com 36 milhões de pessoas com idade entre 50 e 79 anos. Calcula-se que em 2030 o percentual de brasileiros com 60 anos ou mais representará 18% da população. É um dado um tanto preocupante, pois requer investimentos para que o indivíduo envelheça com saúde (IBGE, 2017). Além disso, são necessárias alterações no estilo de vida dos brasileiros, já que no envelhecimento ocorre uma série de modificações sucessivas na vida do adulto e que, com frequência, ainda que nem todas às vezes, diminuem qualidade de vida da pessoa (CARVALHAES, 2005).

O processo de envelhecer é acompanhado por apreensão em decorrência dos prejuízos, enfermidade, solidão, término da vida, e possui distintas maneiras, como a condição de atenção psicológica, biológica, ambiental, genética e cultural. De fato, determinadas doenças têm seu início com a velhice, porém outras aparecem devido ao sedentarismo (FIRMINO, 2006).

Diversos aspectos podem interferir no envelhecimento, porém, entre eles, talvez o mais importante seja a forma como o indivíduo encara a velhice, aceitando-a como uma conquista ou repudiando-a em função das alterações limitadoras vivenciadas nesta fase.

A aceitação não representa inércia, o indivíduo precisa cultivar bons hábitos desde a juventude, com uma alimentação suficiente e saudável, além do cultivo de atividades físicas regulares. Porém, não sendo estas executadas, não desabilita seu início na idade da maturidade, de modo que os desgastes naturais não alterem significativamente seu ritmo de vida.

Esses hábitos irão influenciar de maneira exponencial na saúde do idoso, podendo, quando cultivados, alterar estados patológicos e contribuir para uma velhice menos sofrida. Entretanto, em função do desgaste natural ocorrido no organismo requerer do indivíduo um cuidado maior, ele precisa habituar-se às consultas médicas com mais frequência, de modo a controlar doenças preexistentes, bem como aquelas advindas com o processo do envelhecimento.

Como envelhecer é um processo gradual, é importante que durante as diversas oportunidades de convivência o indivíduo cultive boas amizades em diferentes faixas etárias, pois em muitos momentos o idoso se sente só, em função daqueles com quem ele desfrutava de uma amizade já terem morrido, o que contribui para que a solidão nestes indivíduos seja permeada de tristezas, isolamento, podendo evoluir para um processo depressivo.

É relevante também o envolvimento em atividades, nas quais ele tenha o senso de utilidade, de modo a manter-se ativo e produtivo. Excelentes oportunidades são o envolvimento em trabalhos de cunho caritativo, uma vez que ele terá oportunidade de convivência com diversas pessoas que também abraçam a causa, sendo uma maneira de cultivo da saúde emocional, bem como de inserção social, o que contribui para uma velhice mais plena e feliz.

3.2 A SÍNDROME DEMENCIAL NO IDOSO

Demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global de memória, associado ao déficit de uma ou mais funções cognitivas (linguagem, agnosia, apraxias, funções executivas), com uma intensidade que possa interferir no desempenho social diário ou ocupacional do indivíduo (MACHADO *et al.*, 2006).

As síndromes demenciais podem ser classificadas em duas categorias: degenerativas, representando de 80% a 90 % dos casos, e não degenerativas, de 10% a 20% dos casos (SAYEG, 2012, p. 97-109). As demências não degenerativas são decorrentes de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, entre outras patologias. Já as demências degenerativas apresentam curso progressivo e têm sua origem predominantemente cortical, como a doença de Alzheimer (DA); e subcortical, como a doença de Huntington. Esta divisão entre demência cortical e subcortical é baseada na localização da lesão da enfermidade (ALLEGRI *et al.*, 2001; GORZONI e PIRES, 2006).

A demência é considerada uma síndrome clínica caracterizada por declínio cognitivo, com caráter permanente e progressivo ou transitório, causada por múltiplas etiologias, acarretando repercussões sociais e ocupacionais ao paciente. Entre as alterações cognitivas, incluem-se distúrbios de memória, de linguagem, alterações nas capacidades visoespaciais, de autocuidado, de fazer julgamentos e de pensamento abstrato. No curso das demências, transtornos não cognitivos comportamentais são altamente prevalentes. Estes transtornos receberam, em 1996, a denominação de sintomas psicológicos e comportamentais da demência (SPCD), após consenso do International Psychogeriatric Association (IPA). A terminologia refere-se ao conjunto de sinais e sintomas relacionados a transtornos de percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento que ocorrem, frequentemente, em pacientes com síndrome demencial (PESTANA; CALDAS, 2009).

Como relata Goldfarb (2006), as pessoas com demência esquecem os fatos atuais e, por um certo tempo, as lembranças do passado são tão nítidas e surpreendentemente claras. Mesmo sendo um fenômeno natural do processo de envelhecimento, ele acontece antes da perda da memória atual. Relata, ainda, que o passado também será esquecido, ficando apenas alguns fatos, “[...] como uma ilha de saberes, sem conexão aparente entre si” (GOLDFARB, 2006, p. 62).

A autora diz que o indivíduo esquece das palavras que permitem nomear os objetos; ao mesmo tempo, também as pessoas, das mais distantes às mais próximas, deixam de ser reconhecidas, as desorientações têmporo-espacial instala-se. Começa então uma estéril procura do espaço e do tempo perdidos. Chegado a este ponto, não haverá mais manifestação de um pensamento coerente e todos os atos mais elementares da vida

tornam-se impossíveis, comprometendo a autonomia, seguindo-se para a deterioração total do sujeito.

A demência é considerada sintoma ou resultante de outras patologias, podendo ser classificada como reversível e irreversível. Reversível porque geralmente são ocasionadas por desordens metabólicas ou de ordem psicológicas, diabetes, drogadição, depressão, tumores entre outros. Com o tratamento, o sintoma desaparece. Já as demências irreversíveis são causadas pela degeneração das funções cerebrais, que tendem ao agravamento de modo progressivo.

O processo em si não é fácil: a partir de determinada idade são notórios os esquecimentos, as dificuldades no aprendizado, as alterações no corpo, a perda da flexibilidade da pele, a fragilidade dos órgãos, dificuldade para recordar nomes, tendência à depressão e à solidão. No entanto, por mais que se fale dos transtornos, a maioria das pessoas querem ter uma vida longa e próspera. “A velhice é um fato existencial que ultrapassa o biológico; apesar dos estigmas negativos que a caracterizam, a maioria das pessoas querem chegar lá, pois o contrário significaria morrer jovem” (GOLDFARB, 2006).

Existem também outros tipos comuns de demências, tais como: demência vascular, demência com corpos de Lewy, demência na doença de Parkinson e a demência frontotemporal.

A demência vascular (DV) caracteriza-se essencialmente por uma alteração do funcionamento cognitivo, em consequência de lesões cerebrovasculares de natureza isquêmica ou, mais raramente, de natureza hemorrágica (CARVALHO; FARIA, 2014). É considerada a segunda causa das demências que são originadas por lesões cerebrais de origem vascular, resultantes de derrames. Os principais fatores de risco são: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doença cardiovascular, tabagismo, trombose e abuso de álcool.

O diagnóstico da DV exige demência, doença vascular cerebral e uma relação provável entre elas (distribuição dos vasos e sua patologia; fatores hemodinâmicos e metabólicos; fatores de risco que podem levar a distúrbios circulatórios e lesão do tecido nervoso). Seus sintomas são muito variáveis, mas incluem perda de memória, distúrbios das funções executivas, lentidão do processamento de informações, lentidão motora, distúrbios urinários e alterações comportamentais (AGGUARWAL; DECARLI, 2007).

Pode-se classificar a DV em diversos subtipos, de acordo com a natureza das lesões vasculares, extensão e localização, sendo eles: demência de multi-infartos, demência de infarto único e estratégico, demência na doença de pequenos vasos cortical ou subcortical (também denominada doença de Binswanger), doença por hipoperfusão, demência hemorrágica, ou combinação das anteriores (ROMÁN, 1987, 2000; AGGUA-RWAL; DECARLI, 2007).

A doença de Binswanger leva o nome de um de seus estudiosos, o neuropatologista alemão Otto Ludwig Binswanger (1852-1929), que enfatizou a necessidade de diferenciar os diversos tipos de demências. Lesões em substância branca e acidentes vasculares cerebrais (AVC) são os principais componentes da doença de Binswanger, um problema comum na população idosa, afetando cerca de 1/3 dos indivíduos com 65 anos ou mais, o que a torna uma epidemia silenciosa (ROMÁN, 2000).

A demência frontotemporal (DFT) possui relato de casos a partir de 1982. Desse grupo de demência fazem parte a doença de Pick, degeneração do lobo frontal com doença do neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica), demência semântica e demência do lobo frontal inespecífica. Ela contribui para 20% de todas as formas de demência e parece ser 9% da causa de todas elas, sendo que cerca de 30% dos casos apresentam histórico familiar em parentes de primeiro grau, com padrão de herança sugestivo de transmissão autossômica dominante (CAREMELLI; BARBOSA, 2002; TEIXEIRA JR.; SALGADO, 2006).

A demência com corpos de Lewy (DCL) e a demência da doença de Parkinson (DDP) podem ser chamadas de demências com sinucleinopatias (DSin), por terem em comum a alfa-sinucleína, uma fosfoproteína pré-sináptica que se apresenta como principal constituinte dos corpos de Lewy, presente em ambas as patologias (LIPPA *et al.*, 2007).

Assim, diversas patologias podem culminar em síndrome demencial no idoso, causando-lhe déficits neurológicos que são responsáveis pelas alterações que comprometem sua autonomia e o torna dependente da família para executar atividades ditas como simples, mas para estes indivíduos que têm sérias alterações cerebrais em função da doença são complexas e requerem aporte para ser executada, podendo ser de curta ou longa duração.

Esta síndrome causa inúmeros prejuízos mentais, podendo ser reversível ou irreversível, com alterações do comportamento e do humor, em que há no indivíduo uma tendência ao isolamento, o que requer da

família atenção, vigilância e cuidados para que o idoso não evolua para depressão, comum neste tipo de patologia, o que agrava o quadro da doença.

3.3 IMPACTO DA DEMÊNCIA NO ÂMBITO FAMILIAR

A família se constitui em um espaço de proteção dos seus integrantes, sendo a base para o nascimento dos vínculos e contribui de forma surpreendente para o desenvolvimento humano. Esses laços, se fortalecidos, podem cooperar para a união dos seus integrantes quando expostas a situações estressantes, ou fragilizar a relação no momento em que inexistente uma estrutura consolidada. “[...] Quando a família deixa de ser um espaço de proteção para ser um espaço de conflito, suas possibilidades de superações se tornam fragmentadas, contribuindo assim para sua desorganização” (SCANDOLARA, 2013, p. 58). A superação depende do esforço dos seus integrantes para o exercício do perdão, bem como da predisposição para aceitar e respeitar a diferença, de modo a manter os vínculos de afetividade.

O primeiro mecanismo de defesa que pode ser utilizado pela família após o diagnóstico de uma demência é a negação. Geralmente este mecanismo psicológico permite que a família tenha tempo de se adaptar à nova situação. Quando a família já não pode mais negar a existência da doença, surge a raiva. Nesta fase, ela pode se tornar agressiva e revoltada, e em alguns casos integrantes da família se colocam uns contra os outros. Na fase seguinte, surge a negociação, na qual seus integrantes podem fazer promessas. A depressão segue a fase de negociação, e nela a família elabora o luto pelo familiar saudável que agora está doente. Ao final, com a aceitação, a família admite os fatos (ISMAEL, 2004).

A síndrome demencial causa um impacto sem precedentes na família, pois a ela cabe a responsabilidade pelas atividades das mais simples às mais complexas de cuidado do doente. Agora, além das funções inerentes de cada indivíduo, precisam incluir em sua rotina o cuidado com o outro, que se encontra dependente de forma parcial ou total dos cuidados para a manutenção da vida.

A carga física do cuidador está relacionada às tarefas referentes às necessidades pessoais do idoso, a exemplo de alimentar, banhar, vestir, medicar, locomover, levá-lo ao médico etc. Além do cuidado com o comportamento do paciente, “[...] as solicitações físicas e emocionais aumen-

tam na proporção que o corpo e a mente do idoso com demência progressivamente declinam” (GRATÃO, 2006, p. 89). Essas demandas causam desgastes na estrutura familiar e comprometem a qualidade de vida dos seus integrantes.

A sobrecarga imposta pelo cuidado ininterrupto vai produzir um desgaste físico e emocional no cuidador. Além de afetar de maneira negativa também a pessoa que recebe o cuidado, porque gera círculos viciosos que são difíceis de romper (ORTIZ; AFANADOR; HERRERA, 2006).

O cuidador pode desenvolver desequilíbrios psicológicos e físicos, passando a apresentar sentimentos como angústia, culpa, inversão de papéis, ira e agressividade, podendo ainda gerar nos familiares sentimentos de desespero, raiva e frustração, além da culpa de não estar fazendo o bastante por um parente amado. Esses fatores podem afetar a saúde física e emocional do cuidador (SANTANA; ALMEIDA; SAVOLDI, 2009). Tudo isso contribui com o sofrimento deste e amplia sua percepção sobre a carga imposta pelo cuidado do outro, o que compromete ainda mais sua qualidade de vida.

Não podemos negar que existe uma sobrecarga laborativa e emocional naqueles que exercem a tarefa de cuidador. Entretanto, Coelho e Alvim (2004) nos lembram que o exercício do cuidado requer predisposição individual, além de outros requisitos imprescindíveis, como a paciência e a disponibilidade.

Neste sentido, a paciência torna-se um fator preponderante para que o cuidador exerça um efetivo cuidado e mantenha sua saúde psicológica, pois a ausência dela contribui para a instalação de sentimentos de agressividade e cólera, que iram interferir negativamente, não apenas na prestação do cuidado, mas também na sua saúde psíquica.

A família exerce uma importância fundamental para que a atenção ao idoso demenciado seja efetiva. Os cuidadores e familiares precisam se comprometer além das informações sobre a doença e orientação de como cuidar com a empatia e solidariedade entre seus integrantes, de modo que busquem mecanismo para que as tarefas sejam divididas. Entretanto, em função da indisponibilidade da maioria, por motivos diversos, muitas vezes apenas um integrante assume a responsabilidade pelos cuidados com o idoso, o que pode comprometer a saúde desse indivíduo, em função da sobrecarga de tarefas, pois que, além das funções inerentes ao seu viver, agora precisa incluir também o familiar dependente, o que torna imprescindível que seus integrantes estabeleçam estratégias, uma

vez que neste momento o doente, embora não tenha consciência, precisa que todos se envolvam no cuidado, afinal, como nos disse o Mestre de Nazaré: “Deus não coloca fardos pesados em ombros fracos”. Outrora ele cuidou de nós, hoje ele precisa do nosso cuidado, amanhã poderemos estar na condição de necessitar dos cuidados dos nossos.

3.4 A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA DO IDOSO COM DEMÊNCIA

As ações do profissional enfermeiro são imprescindíveis no âmbito da atenção básica. Além das ações voltadas para as demandas administrativas da unidade, ele é responsável por capacitar sua equipe para a efetividade das ações. O atendimento à comunidade requer deste profissional a criação de um vínculo de afetividade, de modo que ele consiga alterar cenários através de sua atuação.

Entre as funções do enfermeiro no âmbito da atenção básica, aquelas de cunho educativos podem alterar realidades no que tange à família/cuidador de idosos com demência; para tanto, pode utilizar como estratégia a roda de conversa, traçando plano de cuidado, segregando as funções e atividades fornecidas ao idoso portador da doença, buscando entender e ouvir terapêuticamente as necessidades do membro familiar.

O equilíbrio emocional na família reflete na adesão ao tratamento do idoso, possibilitando qualificação no cuidado e supervisão da higiene, alimentação, hidratação, mudança de decúbito, administração de medicamento no horário correto, bem como a própria segurança (FREITAS *et al.*, 2008), o que promoverá tranquilidade e conforto ao paciente.

No atendimento à família do idoso com demência, além das orientações sobre a doença e os cuidados requeridos pelo paciente, este profissional orienta a família a buscar estratégias para a manutenção também da saúde física e mental dos cuidadores familiares. Neste sentido, Pestana e Caldas (2009) nos falam da importância dessa atuação e como estes profissionais auxiliam a família a identificar estratégias, de modo a minimizar e manejar os sintomas comportamentais do idoso.

Portanto, além dos cuidados assistenciais na vigência de internação, em função de possíveis complicações, o enfermeiro precisa incluir a família de modo a prepará-la não apenas para a manutenção dos cuidados domiciliares, mas também para o autocuidado que cada integrante precisa manter, de modo a preservar a saúde física e psicológica dos cuidadores,

pois uma síndrome demencial, por ser uma doença de longo curso e altamente incapacitante, pode contribuir para a instalação de conflitos no núcleo familiar em função das adaptações requeridas de seus integrantes.

Além do sofrimento enfrentado pela família mediante o diagnóstico, principalmente nos anos subseqüentes, em função das adaptações requeridas, a busca por soluções, apesar de não serem definitivas, tem comprovadamente minimizado, em muito, o sofrimento de pacientes e familiares (CAOVILLA; CANINEU, 2002). Neste aspecto, o envolvimento do enfermeiro é fundamental, de modo a munir a família com informações sobre a doença, de que maneira a tratar e como manejar o paciente, ajudando a reduzir o sofrimento.

Com a progressão da doença, o paciente fica cada vez mais dependente dos cuidadores e, conseqüentemente, demanda mais dedicação e cuidados, o que pode repercutir no âmbito social, físico, psicológico e emocional do cuidador. Neste sentido, Engelhardt *et al.* (2005) afirmam que 60% das pessoas que são responsáveis pelos cuidados aos idosos passam por desordem na saúde e podem desenvolver patologias, como a hipertensão arterial, desordens digestivas, doenças respiratórias e propensão a infecções, podendo também desenvolver doenças psicopatológicas, a exemplo da depressão, ansiedade e insônia, sendo estas as mais frequentes.

Sendo assim, os cuidadores também são alvejados pelos efeitos da demência, o que requer do profissional um olhar sensível para eles, de modo a orientá-los sobre a importância também do cuidado próprio, pois que, ao promover a saúde do cuidador, o enfermeiro está cuidando indiretamente do idoso demenciado. Coadunamos com Silva Neto e Soares (2018) ao orientarem a prática de atividade física regular para a manutenção da saúde física e psicológica, por melhorar o bem-estar mental, a autoestima e o fortalecimento das relações sociais e interpessoais.

Desse modo, a equipe de saúde também direciona sua atenção aos cuidadores familiares, pois os desgastes físico, emocional e financeiro a que estão submetidos podem transformá-los em doentes em potencial (LENARDT *et al.*, 2010).

Em síntese, é preciso que o conhecimento seja compartilhado, de modo que as informações acerca das doenças incapacitantes, como a síndrome demencial, tenham o devido alcance, para que a sociedade esteja apta a lidar com a demência, pois ela não escolhe gênero nem classe so-

cial, e a convivência com um portador tem sido cada vez mais frequente no contexto das famílias.

Nesse sentido, o enfermeiro pode ser um grande aliado, de modo a compartilhar saberes para que as adaptações possam ocorrer à medida que a doença progride e a dependência do idoso aumente. Além de estimular o cuidador sobre o cuidado de si, da importância da autoestima, de modo a prevenir as doenças físicas e psíquicas tão frequentes nos cuidadores. Santana, Almeida e Savold (2009) apontam ainda que as orientações devem ser discutidas e planejadas com o cuidador, para garantir sua aplicação no dia a dia e possibilitar ao idoso uma assistência sistematizada e eficaz.

Portanto, a atuação desse profissional é importante e oportuna, de modo a sanar dúvidas, incertezas e minimizar os sofrimentos vivenciados pelo doente e sua família, além de contribuir compartilhando experiências, a fim de favorecer a manutenção da saúde integral daqueles envolvidos com o cuidado.

3.5 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A demência tem um efeito devastador sobre o idoso por ser altamente incapacitante, fazendo com que o indivíduo precise contar com o auxílio da família ou de cuidadores por longo período para realizar as atividades pessoais e terapêuticas; em condições normais, não costumamos valorizar essa independência, contudo, ao nos depararmos com um indivíduo que se tornou incapaz, percebemos quanto ela é importantes em nossas vidas.

Por outro lado, a doença requer do cuidador familiar alterações em seus planos pessoais, o que pode contribuir para um desgaste psicológico; somado a isso, a sobrecarga de trabalho imposta a ele pode comprometer sua saúde. Faz-se necessário que adotar o exercício da amorosidade, paciência e da tolerância, pois além dos sintomas da doença, ele precisa lidar também com a teimosia que muitos idosos apresentam.

O enfermeiro contribui com estratégias que minimizam os impactos que a demência causa no âmbito familiar através de atividades educativas e promoção do cuidado com base na realidade social dos envolvidos. As atividades devem ser de forma participativa e dinâmica, que envolvam tanto o portador quanto os familiares responsáveis pelo idoso e cuidadores.

Para tanto, é necessária a busca de conhecimento por parte deste profissional no que tange à saúde do idoso, pois que, com o envelhecimento da população, a demanda de indivíduos com mais de 60 anos tende a aumentar, requerendo que mais profissionais se envolvam nestes cuidados, de modo a suprir a necessidade assistencial requerida.

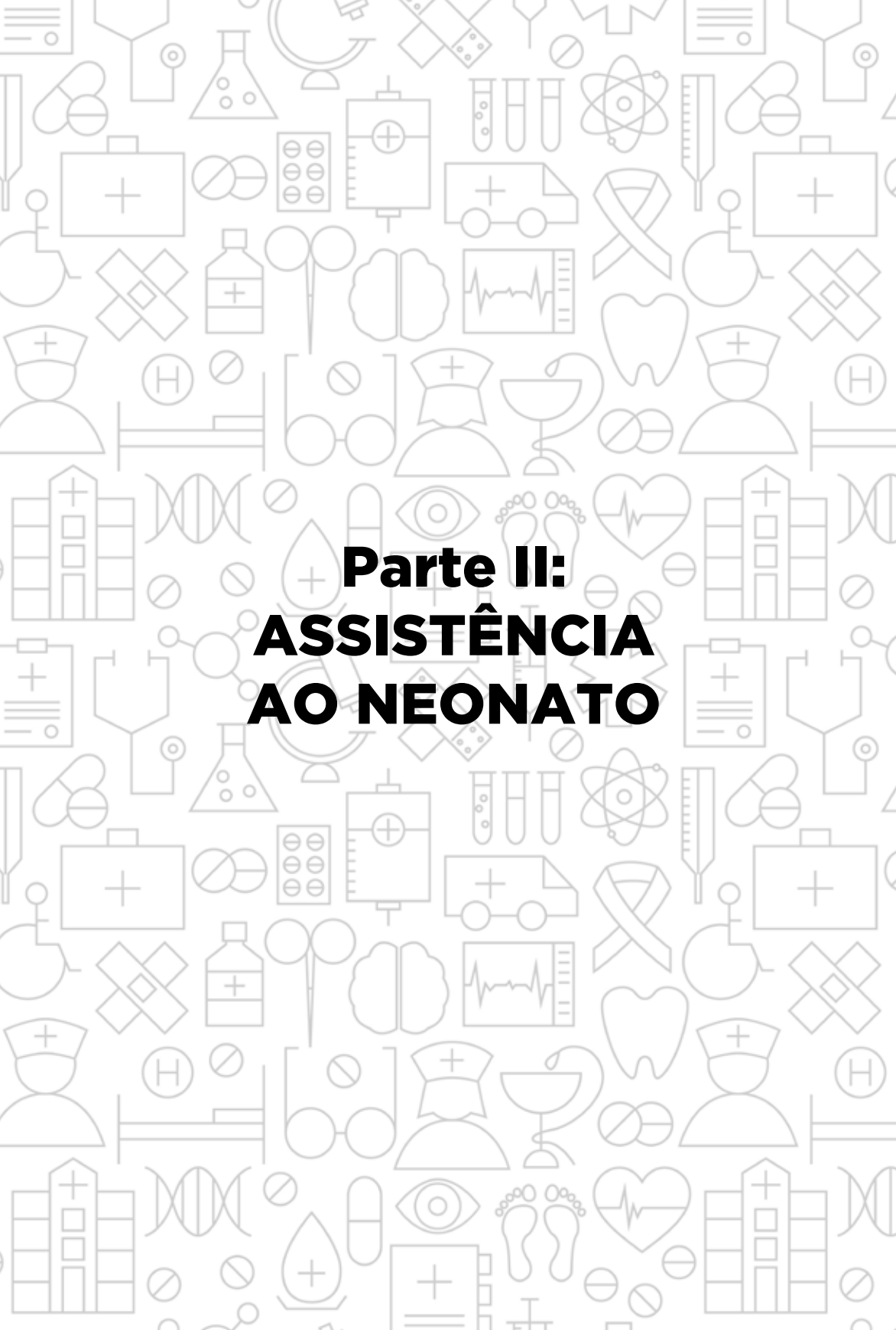
Embora evidenciemos a importância do enfermeiro no acolhimento aos familiares e cuidadores responsáveis pelo idoso, de modo a minimizar os impactos que a doença causa na família, constatamos um desconhecimento acerca desta temática; neste sentido, buscamos elencar algumas informações que podem contribuir com a família para superar as barreiras impostas pela doença.

REFERÊNCIAS

- AGGUARWAL, N. T.; DECARLI, C. Vascular dementia: emerging-trends. **SeminNeurol**, v. 27, p. 66-77, 2007.
- ALLEGRI, Ricardo F. *et al.* Perfis diferenciais de perda de memória entre a demência frontotemporal e a do tipo Alzheimer. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 2, 2001.
- BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Estatuto do Idoso. São Paulo: Sugestões literárias, 2003.
- CALDAS, Célia Pereira. O idoso em processo demencial: o impacto na família. *In:* MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- CAOVILLA VP, CANINEU PR. **Você não está sozinho.** São Paulo: ABRAZ; 2002.
- CARAMELLI, P; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Rev. BrasPsiquiatr**, São Paulo, v. 24, Supl I, p. 7-10, 2002.
- CARVALHAES, N. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade. *In:* RAMOS, L. R. *et al.* **Guia de Geriatria e Gerontologia.** São Paulo, Manole, 2005.
- CARVALHO, A.; FARIA, S. Demência nos idosos. *In:* FONSECA, Antônio M. (Org.). **Demência na terceira idade: contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção.** Vila Nova de Famalicão: Adrave, 2014.
- COELHO, G. da S.; ALVIM, N. A. T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na rela-

- ção do cuidado no espaço domiciliar. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 5, p. 541-544, out., 2004.
- ENGELHARDT E. *et al.* Doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. **Revista Brasileira de Neurologia**. 14(2):5-11, 2005.
- FIRMINO, H. (Org.) **Psicogeriatrics**. Lisboa: Psiquiatria clínica, 2006.
- FREITAS, I. C. C. *et al.* Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 508-513. jul-ago, 2008.
- GOLDFARB, D. C. **Demências**. 2. ed. São Paulo: CasaPsi, 2006.
- GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **ArchivesofClinicalPsychiatry**, v. 33, n. 1, p. 18-23, 2006.
- GRATÃO, A. C. M. **Demanda do cuidador familiar com o idoso demenciado**. 2006, 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD, 2010): indicadores sociais mínimos**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/default.shtm>. Acesso em: 8 mai. 2020.
- ISMAEL, S. M. C. A família do paciente em UTI. In MELLO FILHO, J.; BURD, M. (org). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- LENARDT, Maria Helena *et al.* O idoso portador de doença de Alzheimer: cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Reme – Rev. Min. Enferm.** v. 14, n. 3, p: 301-307, jul./set., 2010.
- LIPPA, C. F. *et al.* **DLB and PDD boundary issues** **Neurology**, v. 68, p. 812-819, 2007.
- MACHADO, J. C. B. *et al.* Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V., PY, L., CANÇADO, F. A. X. & GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 15: 133-47. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- NEVES, H.M.F. **Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos**. Dissertação/Universidade da Beira Interior/Ciências da Saúde, Covilhã, 2012.
- ORTIZ, L. B.; AFANADOR, N. P.; HERRERA, B. S. “Cuidando a los Cuidadores”: Un programa de apoyo a familiares de personas conen-

- fermedad crónica. **Index de Enfermería**, v. 15, n. 52-53, p. 54-58, 2006.
- PESTANA, L. C.; CALDAS, C. P. Cuidados de enfermagem ao idoso com demência que apresenta sintomas comportamentais. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 4, p. 583-7, 2009.
- ROMÁN, G. C. Binswanger disease: the history of a silent epidemic. **Ann N Y Acad Sci**, Apr; 903, p. 19-23, 2000.
- ROMÁN, G. C. Senile dementia of the Binswanger type. A vascular form of dementia in the elderly. **JAMA**, v. 258, n. 13, p. 1782-1788, 1987.
- SANTANA, R. F.; ALMEIDA, K. S.; SAVOLDI, N. A. M.; Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Rev. esc. enferm. USP** v. 43, n. 2, São Paulo, jun., 2009.
- SAYEG, N. Como diagnosticar e tratar doença de Alzheimer. **R.B.M.** Dez. 12 vol. 69, n. 12, 2012.
- SCANNOLARA, L. B. A importância dos vínculos afetivos para o envelhecimento. *In*: TERRA, Newton Luiz; BÓS, Ângelo J. G.; CARTILHOS, Nara (Org.). **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: Edipucrs, 2013.
- SILVA NETO, M. F. da; SOARES, D. J. **Atividade física na terceira idade**: um estudo de caso do projeto Universidade Aberta a Terceira Idade (Uati) na cidade de Feira de Santana/BA. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.
- TEIXEIRA JR., A. L.; SALGADO, J. V. Demência fronto-temporal: aspectos clínicos e terapêuticos. **RevPsiquiatr**, v. 28, n. 1, p. 69-76, 2006.
- VEGA, J. L.; BUENO, B. **Desarrollo adulto y envejecimiento**. Madrid: Síntesis, 1996.



**Parte II:
ASSISTÊNCIA
AO NEONATO**

Esta parte do livro é uma contribuição de autoria de Eliene Maria dos Santos Tranzillo, Daiana Nascimento de Araújo, Maíza de Oliveira Duarte, Roberta Messias Marques e Elis Estéfane Lima Santos, que trata do *Protagonismo da Enfermagem na assistência ao neonato*. As autoras retratam a importância dos cuidados com o cordão umbilical, alertam para RNPT com diagnóstico de SDR, além das contribuições desses profissionais para redução do estresse neonatal nas Unidades de Terapia Intensiva.

Quando fui convidada para redigir este prefácio, aceitei impulsivamente e instantaneamente o convite. Entretanto, depois de alguns minutos, pensei: “nunca fiz um prefácio, como desempenharei esse desafio? E o que me levou a aceitar esse convite?”

Nesse momento, fui instigada a perguntar: qual o entendimento dessas autoras quanto ao papel do enfermeiro na assistência à saúde do neonato? Atendendo a essa curiosidade, debruicei-me sobre a leitura da obra e aqui estou, no desempenho do desafio considerado.

As autoras dedicam um capítulo a falar sobre a importância do cordão umbilical. Sabemos que ele é o elo entre bebê e mãe e responsável pela condução de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento do feto. Ao longo desse capítulo, entenderemos que o momento do clampamento pode levar repercussões à saúde do recém-nascido. Aqui destacamos, mais uma vez, a importância de um profissional enfermeiro atualizado, para que suas práticas contribuam para a qualidade da saúde do neonato e materna.

Outra reflexão importante diz respeito aos cuidados com RNPT com diagnóstico de SDR, uma patologia que envolve tratamento com uso de oxigenoterapia, na qual o enfermeiro com conhecimento técnico-científico diminui danos à saúde e acelera sua recuperação.

Muitas são as competências do enfermeiro dentro de uma unidade intensiva neonatal, que vai desde promover uma assistência adequada, ajudando na recuperação dos recém-nascidos, até a redução dos agentes estressores frequentes no serviço, além de colaborar com a construção de protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP), para garantir uma assistência de qualidade e igualitária.

Uma das características mais notáveis do trabalho foi exatamente a compreensão sobre o maior desafio para o profissional enfermeiro den-

tro da UTI Neonatal, que vai além de cumprir as tarefas enunciadas acima, da competência técnica, ou lidar com a tecnologia avançada, mas sobretudo da capacidade de tornar e manter uma assistência de enfermagem humanizada.

Imaginemos a construção de uma família sendo interrompida de forma brusca, dela sendo retirada um projeto a que se dedicou por meses, com a idealização de um filho perfeito: grande, saudável e bonito. Entretanto, nasce um bebê pequeno, frágil e com a saúde comprometida, com a necessidade de permanecer em um local, envolto por aparelhagens totalmente desconhecidas para a família.

Aqui, compete ao enfermeiro um olhar humanitário e acolhedor. Cabe a ele receber esses pais e explicar, de forma simples e clara, para que obtenham uma comunicação assertiva, sobre o estado do seu bebê, criando um vínculo de segurança entre pais e equipe. Nesse momento, devemos mostrar equipamentos e respectivas finalidades, para a compreensão de que a tecnologia contribui para aumentar a sobrevivência do RN. Entretanto, essa mesma tecnologia que promove sobrevida também pode causar danos à saúde do RN? A resposta encontra-se embasada nas páginas que seguem. Assim, o enfermeiro deve criar estratégias e ações que minimizem ou interrompam possíveis efeitos danosos, provenientes de luminosidade, ruídos e barulhos que, além de ocasionarem efeitos nocivos, prejudicam também o sono do RN. Compete ao enfermeiro, também, identificar familiares para o Projeto Canguru, garantindo uma assistência efetiva e de qualidade.

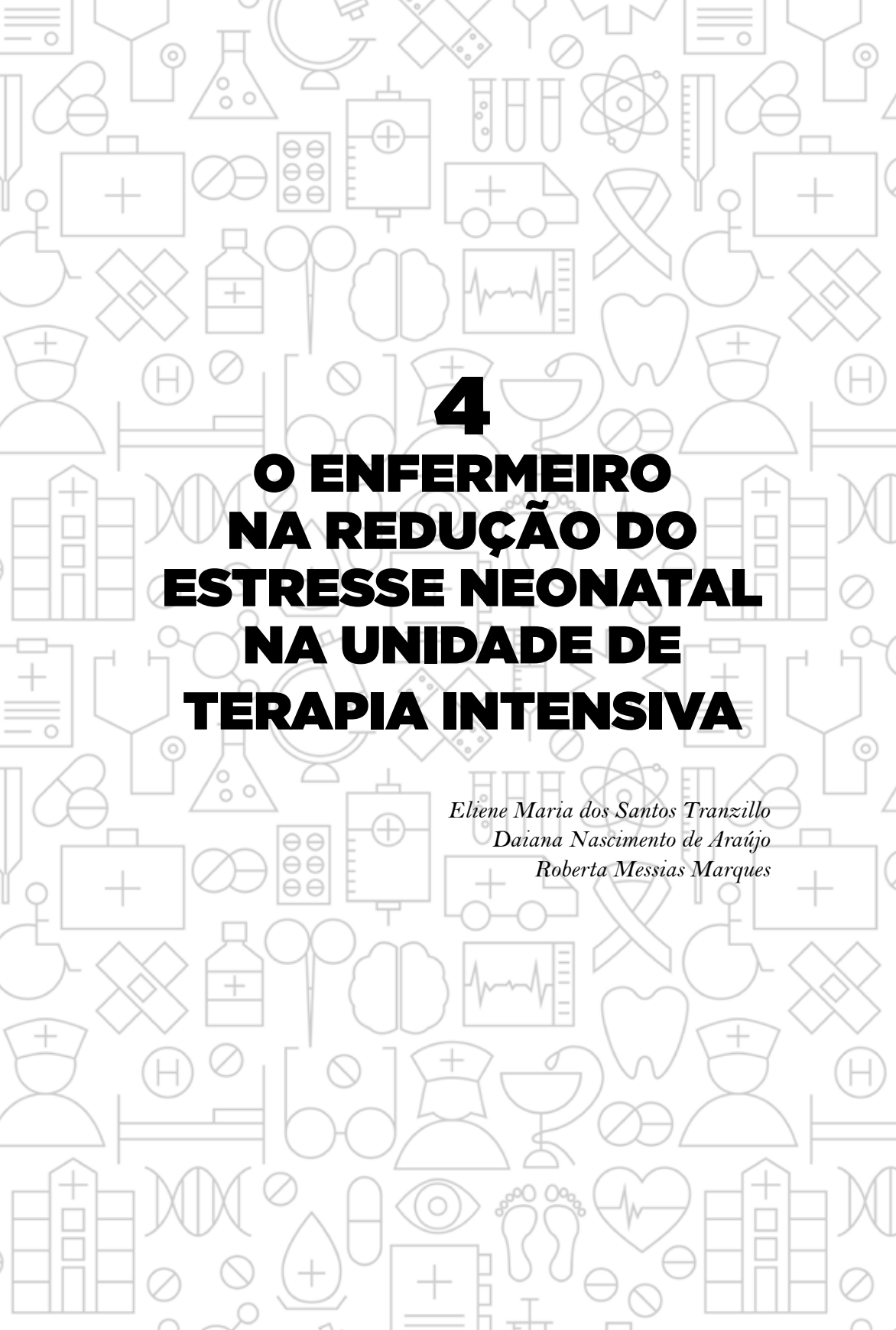
Cabe a esses profissionais incentivar, reconhecer e respeitar o momento sinalizado pelos pais, para tocar e conversar com o bebê, o que contribui para uma experiência benéfica para o binômio, assim como prazerosa para o profissional envolvido.

A importância destes capítulos não se restringe apenas à valorização do enfermeiro como um agente ativo e indispensável no tratamento do paciente, mas sobretudo para relevância de um profissional que oferte uma assistência qualificada e individualizada, levando em consideração as necessidades físicas, psicológicas, sociais e emocionais dos clientes.

Portanto, boa leitura!

Andréa Dias de Souza

(Enfermeira. Especialista em Emergência, UTI Neonatal e Auditoria)

The background of the cover is a dense, repeating pattern of various medical icons. These icons include a microscope, a brain, a heart, a stethoscope, a nurse's cap, a hospital building, a DNA helix, a pill, a bandage, a syringe, a microscope, a brain, a heart, a stethoscope, a nurse's cap, a hospital building, a DNA helix, a pill, a bandage, a syringe, a microscope, a brain, a heart, a stethoscope, a nurse's cap, a hospital building, a DNA helix, a pill, a bandage, a syringe, and a microscope. The icons are rendered in a light grey color against a white background.

4 **O ENFERMEIRO** **NA REDUÇÃO DO** **ESTRESSE NEONATAL** **NA UNIDADE DE** **TERAPIA INTENSIVA**

*Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Daiana Nascimento de Araújo
Roberta Messias Marques*

Em 1800, os hospitais tinham papéis pouco relevantes para a sociedade. Até o final do século XIX, ainda se pensava que estas instituições não ofereciam nenhum cuidado além do que era feito em casa. Na época, os hospitais eram vistos como abrigos exclusivos para indigentes, onde a arte de cuidar era praticada sem técnicas ou formação específica para tal (BENEVIDES; PASSOS, 2004).

Os nascimentos ocorriam no próprio domicílio, amparados por parteras, independentemente da gravidade apresentada pela genitora no decurso da gestação e das condições de nascimento dos bebês, o que contribuía para elevar a morbimortalidade neonatal, o fazendo com que a sociedade buscasse desenvolver métodos e tecnologias a fim de reduzir estes índices.

Na perspectiva da civilização ocidental, a preocupação com a saúde da criança é algo recente. Durante muito tempo, o seu papel na família e na sociedade foi descrito a partir da vida dos adultos. O espaço social adquirido pela criança lentamente impôs uma nova expectativa à educação e aos cuidados, perpassando pelo nascimento até as sucessivas fases de crescimento.

Contudo, as mudanças relacionadas aos cuidados à criança ocorreram muito lentamente no final do século XIX e início do século XX. Até o século XIX, elas eram ignoradas pela classe médica, não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados infantis, exceto algumas fundações nas quais as taxas de mortalidade eram alarmantes (OLIVEIRA, RODRIGUES, 2005).

Ainda de acordo com os autores supracitados, estes dados, quando adicionados à queda na taxa de natalidade, despertaram o receio na população europeia, o que contribuiu para o surgimento do Movimento para a Saúde da Criança, de 1870 a 1920. O movimento buscava preservar a vida das crianças, inclusive dos recém-nascidos prematuros, o que fez deste um marco na história da medicina neonatal.

As fundações de outrora, que antes eram designadas para prestar assistência a crianças abandonadas, foram modificadas e transformadas em hospitais infantis (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

A neonatologia teve seu início com o obstetra francês Pierre Budin, que estendeu sua preocupação com os recém-nascidos além das salas de parto. Budin criou um ambulatório de puericultura no Hospital Charité,

em Paris, no ano de 1892, e foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal (LUSSKY, 1999, *apud* OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005). Ele também criou o primeiro berçário em 1893 naquela cidade (DIAS, 2009). Para Budin, a participação da mãe nos cuidados com seu filho era essencial para desenvolver o vínculo afetivo (AVERY, 1978).

O discípulo de Budin, Martin Couney, em 1896 revolucionou a assistência hospitalar ao recém-nascido quando expôs em Berlim as incubadoras onde os bebês prematuros eram colocados, sendo considerado o primeiro a oferecer os cuidados especializados às crianças prematuras (AVERY, 1978).

A faixa de termoneutralidade corporal do bebê sofre variação em função do peso ao nascer e da idade gestacional. Conforme Weich *et al.* (2011), no recém-nascido a temperatura situa-se entre 32° e 34° C, já em um prematuro de baixo peso situa-se entre 35° e 37° C (*apud* JORDÃO *et al.*, 2016). Aqui reside a importância das incubadoras, por manter uma temperatura constante (entre 36 e 36,5° C) e reduzir o consumo de oxigênio, favorecendo o crescimento e o desenvolvimento do bebê.

Couney cuidou com sucesso de mais de cinco mil prematuros durante as quatro décadas seguintes. Contudo, as mães não tinham autorização para permanecer com seus filhos e, em muitos casos, havia dificuldade em convencer os pais a recebê-los de volta (KLAUS; KENNEL, 1982 *apud* DIAS, 2009).

A história da Neonatologia está intimamente ligada à história da Pediatria. O termo Neonatologia advém do latim: *neo*, que significa novo; *nato*, que significa nascimento, e *logia*, que significa estudo. A Neonatologia pode ser definida, de acordo com o Ministério da Saúde (2011), como o ramo da Pediatria que se ocupa das crianças desde o nascimento até os 28 dias de idade (quando elas deixam de ser recém-nascidas e passam a ser lactentes).

Os pediatras assumiram um papel relevante na primeira década do século XX, contribuíram para a ciência da medicina neonatal ao desenvolverem estudos sobre a alimentação (natural e artificial) e a prematuridade, nos quais as curvas de crescimento eram utilizadas para estabelecer as demandas energéticas (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

A inserção da tecnologia foi um evento marcante nos cuidados neonatais. O advento das incubadoras, das instalações físicas adequadas e de procedimentos técnicos especializados possibilitaram o controle da tem-

peratura, a inserção da alimentação enteral e parenteral, a detecção de infecção precocemente, de modo a promover e aumentar a sobrevivência e a qualidade de vida do recém-nascido (CHRISTOFFEL, 2009).

Com o surgimento das unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs), os cuidados prestados ao recém-nascido enfermo tornaram-se cada vez mais especializados, mediante novas técnicas e equipamentos sofisticados (TAMEZ; SILVA, 2002). Essa tecnologia é empregada para o tratamento dos neonatos, no entanto esse setor difere e muito da realidade intrauterina. Neste sentido, Nascimento e Maranhão (2010) afirmam que o ambiente uterino proporciona temperatura agradável e estável, macicez, aconchego e filtra os sons extrauterinos, favorecendo o crescimento e o desenvolvimento saudável.

Os neonatos internados nas UTINs deparam-se com uma dura realidade, pois que, além da doença e dos tratamentos a que são submetidos, estão em um local novo e desconhecido, com inúmeros estímulos sensoriais, o que contribui para o estresse e pode dificultar a sua recuperação.

Apesar da importância da tecnologia, assim como dos cuidados contínuos e especializados para os neonatos em UTIN, o ambiente pode tornar-se tenso, impessoal e assustador. Por outro lado, os profissionais podem considerar “normal” a intensa luminosidade, os ruídos, as variações de temperatura que causam interrupção no ciclo do sono e estressa o neonato pelas repetidas avaliações e procedimentos, acarretando muitas vezes desconforto e dor (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Neste sentido, Nazário *et al.* (2015) afirmam que nas últimas décadas o cuidado nestas unidades tem recebido melhorias significativas, tanto do ponto de vista tecnológico quanto da veiculação de evidências científicas e humanização do cuidado.

Entretanto, estudos mostram que existe a probabilidade de danos ao desenvolvimento neuromotor de RNs que foram internados em UTIN, principalmente os prematuros. Estes bebês passam um tempo prolongado de internação e têm o cérebro ainda em desenvolvimento. Vale ressaltar que, quanto mais prematuro for o bebê, maior a probabilidade de danos (TAMEZ; SILVA, 2013).

No Brasil, somente na década de 90 é que se iniciaram os estudos direcionados à questão do ruído em ambiente neonatal. Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), por meio da NBR 10152, os níveis de ruído esperados em uma UTIN devem permanecer na faixa

de 35 dB, sendo este o nível sonoro para conforto acústico, e 45 dB o valor aceitável (RODARTE *et al.*, 2005).

O enfermeiro que atua em UTINs, além de atuar na manutenção da vida do neonato, precisa ter conhecimentos e habilidades para administrar a rotina e reduzir significativamente os agentes estressores. Para tanto, é imperioso o envolvimento da equipe multiprofissional nesta missão, uma vez que, mais do que apenas os cuidados dispensados pela equipe de enfermagem, os fisioterapeutas e neonatologistas também manuseiam frequentemente estes neonatos. Neste sentido, Simsen e Crossettl (2007) afirmam que o recém-nascido é um ser expresso por sua dependência, fragilidade, delicadeza e instabilidade, o que requer da equipe atenção, percepção e sensibilidade para cuidar, e isso faz do cuidador um ser especial.

4.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)

As unidades de terapia intensiva neonatais representam uma das áreas de saúde de maior desenvolvimento tecnológico (CHRISTOFFEL, 2009). O Ministério da Saúde (2013) elucida que, para fins de habilitação, o serviço hospitalar neonatal deverá dispor de equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos e tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte. O referido autor aborda ainda a necessidade de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido (BRASIL, 2012).

O planejamento e a organização da UTIN devem considerar também o cuidado centrado na família em todos os aspectos da assistência, desde a admissão até a alta hospitalar (LEONE; TRONCHIN, 1996), além da proximidade da área física a um centro obstétrico, de modo a agilizar o atendimento dos RNs que demandem de assistência especializada.

Estes serviços estão voltados para o atendimento de recém-nascidos em estado grave ou com risco de morte, assim considerados: recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30%; recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte (BRASIL, 2013). Além desses, in-

cluem-se aqueles que necessitem de nutrição parenteral; cuidados especializados, tais como uso de: cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina; antibióticos; ventilação mecânica; exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos, ou distúrbios de coagulação (BRASIL, 2013).

Uma das principais características da UTIN é oferecer recursos tecnológicos de última geração, a exemplo de fototerapia, incubadoras, e respiradores, monitores cardíacos e de oxigenação, que contribuem para aumentar a sobrevivência do RN, além de assistência médica e de enfermagem ininterrupta. Aqui, abre-se um parêntese para tratar da importância do profissional enfermeiro, que deve ser altamente capacitado e atento às respostas dos clientes, de modo a garantir melhores possibilidades de atendimento e assistência efetiva para as demandas do neonato. Conforme Montanholi, Merighi e Jesus (2011), o art. 11, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, dispõe que os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas cabem privativamente ao enfermeiro.

Estes profissionais respondem pela gerência da unidade e da equipe dos técnicos de enfermagem; pela previsão e provisão de materiais necessários à assistência; pelo preparo dos diversos aparelhos existentes na unidade para admissão dos RNs, dos quais destacamos: incubadora e berço de calor radiante, pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) nasal ou ventilação assistida, *hood*, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, bomba de infusão etc. Além da assistência direta diária, ele também atua nas intercorrências tão frequentes nestes clientes.

É importante ressaltar que sua atuação antecede aos eventos críticos, expressando-se desde a conferência do carrinho de emergência à manutenção dos equipamentos em perfeita condição de uso, de modo a contribuir com o desempenho dos demais profissionais para uma assistência verdadeiramente efetiva e qualificada. Portanto, são profissionais de fundamental importância para o funcionamento e desempenho adequado da unidade.

A fragilidade desse RN, a crescente implementação de procedimentos de alto risco e a baixa tolerância a erros de medicação são algumas preocupações dos profissionais de enfermagem que atuam nas UTINs (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 2). Neste sentido, Duarte e Ellensohn (2007) afirmam que estes pacientes necessitam de cui-

dados de enfermagem especiais e contínuos, o que exige do profissional enfermeiro grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações criteriosas.

4.2 O ENFERMEIRO NA REDUÇÃO DOS ESTRESSORES NEONATAIS DA UTIN

Chama-se estressor qualquer estímulo capaz de provocar o aparecimento de um conjunto de respostas orgânicas, sejam elas em nível mental, sejam em nível psicológico e/ou comportamental, relacionados a mudanças fisiológicas e padrões estereotipados que acabam resultando em hiperfunção da glândula suprarrenal e do sistema nervoso autônomo simpático (PINTO *et al.*, 2008). Essas respostas, em princípio, têm como objetivo adaptar o indivíduo à nova situação; quando elas não acontecem, surge o estresse.

A hospitalização em UTIN introduz o bebê em um ambiente inóspito, onde há exposição intensa a estímulos nociceptivos, tais como ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos e dolorosos (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). É de extrema importância acompanhar os avanços terapêuticos na área da UTIN. Entretanto, no mesmo grau de importância encontra-se a necessidade de compreender os fatores que produzem estresse na unidade, a fim de elaborar um planejamento das intervenções para minimizar seus efeitos.

O ambiente da UTIN é repleto de sons provenientes dos alarmes dos equipamentos, da água borbulhando em dutos do respirador, da abertura de embalagens plásticas dos materiais para procedimentos específicos realizados por profissionais e conversas constantes que provocam desconforto e estresse ao RN. A iluminação muito forte do ambiente e ruídos provocados pelas portinholas, portas e gavetas da incubadora, quando fechadas indelicadamente, são também fatores que incomodam e implicam a interrupção do sono do neonato.

A partir da década de 70 houve uma grande preocupação com o ruído presente no ambiente da UTIN, fazendo com que se determinasse seus níveis máximos tolerados para a exposição dos neonatos (RODART *et al.*, 2005). Os autores relatam que, por ser superestimulante, pode comprometer o processo de desenvolvimento do neonato, devido à sensibilidade dos receptores sensoriais.

O neonato tem condições de se orientar muito mais pela percepção sonora do que pela percepção visual. Com apenas três dias de vida, ele diferencia o rosto humano de outras figuras, embora não diferencie os traços fisionômicos. Já no campo auditivo, distingue detalhes de fonação (JERUSALINSKY, 2006, p. 349).

Os ruídos presentes na UTIN podem ser extremamente nocivos para o neonato, além de contribuir com a diminuição da habilidade auditiva, interferem no estado do sono profundo, importante para manutenção das funções cerebrais, causando irritabilidade e o choro frequente. Este estado emocional leva à instabilidade fisiológica, ao aumento da pressão arterial e a alterações da irrigação craniana e intraventricular, aumentando os riscos de hemorragia nesta área (TAMEZ; SILVA, 2006).

Na tentativa de minimizar os ruídos, pode-se encapar as rodas das mesas de inox com silicone, diminuir a intensidade do jato d'água na torneira, colocar silicone ou borracha na tampa do cesto de lixo para diminuir o impacto em seu fechamento e retirar o papel dos dispensadores com maior cuidado e delicadeza (ZAMBERLAN, 2006).

A luminosidade do ambiente da UTIN também pode causar efeitos negativos no crescimento e desenvolvimento do neonato. Neste sentido, Tamez e Silva (2006) discorrem que o efeito de luzes fluorescentes contínuas sobre o bebê provoca alterações fisiológicas e bioquímicas, pode afetar o desenvolvimento da retina nos prematuros e provocar cegueira, além de interferir no ritmo circadiano do bebê. Esse ritmo conforme, Dextro (2020), consiste em um relógio biológico que controla o metabolismo do corpo e é regulado pelo ciclo claro/escuro da luz solar.

O autor relata ainda que o referido ritmo mantém a homeostasia do corpo, influencia os processos da digestão, o estado de vigília e sono, a renovação celular e o controle da temperatura do organismo, eventos deveras importantes para estes pequenos indivíduos.

O bebê é sensível à luz, reage fazendo careta, franzindo as sobrancelhas e virando a cabeça para longe, quando ela é dirigida para seus olhos; contudo, abre os olhos prontamente na penumbra. A Academia Americana de Pediatria recomenda uma intensidade de luz de 100 velas incandescentes para uma boa visualização do neonato. Entretanto, ao diminuir a intensidade da iluminação, facilita o sono profundo e o ritmo dia/noite do neonato (PINTO *et al.*, 2008). Desse modo, é importante buscar reduzir a luminosidade nestes ambientes para não se interferir no organismo da criança e contribuir com o processo de recuperação homeostático.

Já o manuseio excessivo e os procedimentos dolorosos, como a aspiração ao tubo orotraqueal (TOT), punção venosa e curativo, são rotineiros neste ambiente e deixam o bebê assustado e choroso. No entanto, conforme, D'Arcadia, Neri e Alves (2012), cinquenta por cento dos pré-termos não choram após um estímulo doloroso, podendo ainda haver ausência de respostas, geralmente depois de períodos prolongados de dor. Além disso, estímulos não dolorosos, a exemplo do barulho, podem ser percebidos como dor pelo RN com o passar do tempo.

Além de reagir negativamente a estímulos prévios, eles aprendem a associar estímulos e antecipar eventos a partir de pistas táteis-cinestésicas, visuais e olfativas (BRASIL, 2011).

Em experiência realizada em bebês pré-termo (média de 30,5 semanas), na qual a extremidade era elevada por 10 segundos antes da realização da punção de calcanhar, demonstrou-se que o condicionamento pode ocorrer em pouco tempo; após o 5º dia da experiência, e os bebês passaram a aumentar sua frequência cardíaca tão logo a perna era elevada. (BRASIL, 2011).

Aqui o toque assume sua importância, pois a sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e a amadurecer.

No final da década de 70, os neonatos internados em unidades de terapia intensiva eram manuseados em torno de 120 vezes ao dia. Já na década de 80, as manipulações passaram a ser monitoradas e controladas, mesmo assim o manuseio era feito cerca de 60 vezes ao dia (PINTO *et al.*, 2008).

A constante manipulação não permite o refazimento através do sono e repouso, o que compromete o desenvolvimento neurológico nestes indivíduos. Embora necessária, ela pode acontecer em blocos, em que a equipe multiprofissional programe os procedimentos para que sejam efetuados ao mesmo tempo, permitindo ao recém-nascido maior chance de descanso (TAMEZ; SILVA, 2006, p. 145).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (2011, p. 117) adverte que o bebê internado em UTIN tem dificuldade em completar seu ciclo de sono, em função das constantes manipulações. Para que esse ciclo ocorra, o bebê precisa ficar, após ter adormecido, de 60 a 70 minutos sem ser perturbado para atingir o sono profundo.

O sono é crucial por promover bem-estar, contribuir para o desenvolvimento do bebê, para a homeostasia dos processos neuroquímicos e funções cerebrais, bem como para a recuperação dos estados patológicos,

que nesses indivíduos são tão marcantes, pela imaturidade de seus órgãos e sistemas.

Os estímulos dolorosos, por outro lado, se em adultos são difíceis de serem tolerados, no bebê são insuportáveis; além disso, eles não conseguem externá-los, e aí reside a sensibilidade do profissional enfermeiro em sinalizar para a equipe médica, de modo que sejam prescritos analgésicos para sanar a dor e promover uma internação menos traumática.

Outra possibilidade é o uso da posição canguru (recém-nascido em contato pele a pele, junto ao peito materno ou de outro familiar, na posição vertical), que pode servir para alívio da dor, sendo necessário que o bebê esteja estável clinicamente. Este método possui efeito calmante quando utilizado pelo menos 10 minutos antes do procedimento doloroso, devendo ser mantido durante e após a intervenção (BRASIL, 2011, p. 14).

Para aqueles que permanecem internados por período prolongado o toque terapêutico, massagens, carícias, balanço e outras formas de carinho podem ser empregados, assim como a utilização de materiais de distração que tenham estimulação auditiva e visual, a exemplo de música e objetos coloridos, que podem contribuir para socializar o neonato e diminuir a rigidez do ambiente.

Com o intuito de promover a adaptação do recém-nascido em UTI, pode-se cobrir a incubadora com um tecido; reduzir o tom de voz nas conversações; atender prontamente aos alarmes sonoros dos equipamentos; manipular a incubadora e seus acessórios delicadamente, e programar horários de descanso para os RNs (GOMES; HAHN, 2011). Pode-se também manusear de forma suave os dispositivos conectados ao recém-nascido; remover delicadamente os adesivos da pele do bebê, de modo a evitar as lesões de pele provocadas por este ato; realizar procedimentos invasivos utilizando técnicas de consolo e promover o aconchego do bebê ao leito através de rolos confortáveis, que oferecem limites e alinhamento corporal. Por fim, é possível a mudança de decúbito com regularidade, incluindo aqui a posição de prona (decúbito ventral) e lateralização quando possível.

Outro aspecto que pode contribuir para a recuperação dos pequenos pacientes consiste em estimular e permitir a presença dos pais junto aos bebês internados em UTIN, o que requer do profissional enfermeiro um olhar humanitário, explicando o quadro clínico do bebê, para que os pais obtenham respostas a suas inquietações e compreendam a real situação

do filho. Isso vai lhes proporcionar um sentimento de segurança e terão confiança na equipe por saberem que esta buscar fazer o melhor para a recuperação do neonato.

A conscientização da equipe multiprofissional de saúde é o primeiro passo para minimizar os problemas nos RNs ocasionados pelos estressores da UTIN. Neste sentido, é imperiosa a interação entre os profissionais que atuam neste serviço, de modo a promoverem o cuidado com o menor índice de iatrogenias.

Sendo assim, a equipe deve estar comprometida e consciente da real importância de cada integrante dentro de suas especificidades, a fim que os protocolos existentes não sejam apenas conglomerados de normas, mas sim representem a conduta dos profissionais e de fato contribuam para que estes pequeninos clientes tenham sobrevida e qualidade de vida no período da internação e após receber alta.

4.3 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Ao abordar o cuidado em neonatologia no ambiente de uma UTIN, pode-se afirmar que este se configura como uma das áreas da enfermagem em constante desenvolvimento, na qual se conciliam o avanço tecnológico, as relações interpessoais e o cuidado, que neste setor deve ser cercado de sensibilidade.

A tecnologia tem sido uma aliada da equipe multiprofissional que atua nas UTINs, contribuindo para fornecer ambiência para os RNs e possibilitando condições para o seu desenvolvimento, bem como promovendo a recuperação das diversas intercorrências patológicas em função da imaturidade de seus órgãos e sistemas. Entretanto, ela também contribui para um ambiente cercado por impessoalidade, muitas vezes frios, e aí reside a importância dos profissionais que atuam neste setor, de modo a não permitirem que a tecnologia “mate” as relações humanas, que lá são tão importantes, de modo que o comprometimento de todos pode minimizar os efeitos deletérios que os agentes estressores podem provocar nos neonatos.

O útero materno oferece umidade, nutrição adequada e proteção contra agentes nocivos, o que é muito necessário para o desenvolvimento do bebê. Contudo, após o nascimento ele se depara em um ambiente inóspito, onde a luminosidade é intensa, não existe filtro para os constantes

ruídos e a manipulação é frequente e dolorosa, além de estar afastado do aconchego e carinho maternos.

Não se discute o mérito da qualificação dos profissionais que atuam na UTIN, pois a especialização é o elemento que os caracteriza. Ademais, o comprometimento e a conscientização de cada integrante da equipe em busca de uma assistência que favoreça a recuperação destes pequeninos, para que as iatrogenias sejam minimizadas, são imprescindíveis. A interação da equipe multiprofissional, de modo harmônico e respeitoso, é salutar, e os diversos saberes devem ser utilizados para humanizar o cuidado, acolher os pais e familiares, além de contribuir com a recuperação do neonato.

Assim, o profissional enfermeiro se destaca não apenas por gerenciar uma equipe, prover equipamentos e materiais necessários à assistência, e administrar e gerenciar cuidados aos recém-nascido, mas sobretudo por ser o elo entre o RN e a família, e entre o neonatologista e o neonato, pois muitas vezes, com seu olhar sensível e treinado, percebe as alterações quando ainda se iniciando e sinaliza para outros integrantes da equipe, a fim de que a intervenção seja oportuna e efetiva.

Contudo, este profissional precisa perceber o seu valor, sendo parte de uma equipe altamente qualificada, na qual cada integrante tenha sua importância dentro de sua especificidade, de modo que, quando oportuno, não se constranja em interferir, sugerir e promover cuidados que contribuam com a garantia de uma assistência pautada na qualidade e promova não apenas sobrevida, mas sobretudo qualidade de vida para os neonatos.

REFERÊNCIAS

- AVERY, G. B. Perspectivas em neonatologia. *In: Neonatologia: fisiopatologia e cuidado do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.
- BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>

- bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 3 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2011.
- CHRISTOFFEL, M. M. **Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal**: a dor e o estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos. VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Teresina-PI, 2009. Disponível em: <http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/mc.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- D'ARCADIA, M. Z.; NERI, É. R. F.; ALVES, S. P. **Estresse neonatal**: os impactos do ruído e da superestimulação auditiva para o recém-nascido. Uberlândia, 2012. Disponível em: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewFile/606/472>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- DEXTRO, R. B. **Ritmos circadianos**. InfoEscola. Navegando e Aprendendo, 2020. Disponível em: <https://www.infoescola.com/fisiologia/ritmos-circadianos/>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- DIAS, L. D. **Humanização na assistência aos pais dos recém-nascidos prematuros internados na UTI neonatal do Hospital da Criança Conceição**. Porto Alegre, 2009, 32 p. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3196/2/TCC%20Luciana%20Dias.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- DUARTE, A. P. P.; ELLEN SOHN, L. A operacionalização do processo de Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2007, out./dez.; 15(4):521-6.
- GOMES, C. A.; HAHN, G. V. Manipulação do recém-nascido internado em UTI: alerta à enfermagem. **Revista Destaques Acadêmicos**, ano 3, n. 3, 2011 - ccbs/univates.
- JERUSALINSKY, A. Operações simbólicas. Primeiros desafios. **Mente & cérebro**. 1(1): 61-5, 2006.
- JORDÃO KR, *et al.* Possíveis fatores estressantes na unidade de terapia intensiva neonatal em hospital universitário. **Ver. Bras. Ter. Intensiva**. vol. 28, n. 3. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/2016nahead/0103-507X-rbti-20160041.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.

- LEONE, C. R.; TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- MONTANHOLI, L. L., MERIGHI, M. A. B, JESUS, M. C. P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 19, n. 2, mar./abr., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_11. Acesso em: 3 jun. 2020.
- NASCIMENTO, T. O.; MARANHÃO, D. G. Prevenção do estresse neonatal: desafio para a equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UNISA** 2010; 11(2): 134-7.
- NAZARIO, A. P. *et al.* Avaliação dos ruídos em uma unidade neonatal de um hospital universitário. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl., p. 189-198, ago. 2015.
- OLIVEIRA, I. C. dos S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, dez. 2005.
- PINTO, E. da F. *et al.* **O estresse no neonato prétermo**: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidades de terapia intensiva neonatal. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.fnpjjournal.org.br/doi/doi419pt.htm>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- REICHERT, A.P. S; LINS, R. N. P; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [serial on-line] v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr., 2007.
- RODARTE, M. D. O. *et al.* O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 79-85, 2005.
- RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 286- 291, 2004.
- SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. da G. A. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, ago. 2007.

- TAMEZ, R. N.; SILVA, M. P. J. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- TAMEZ, R. do N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal**. Assistência ao recém-nascido de alto Risco. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2002.
- ZAMBERLAN, N. E. **Ruído na unidade de cuidado intermediário neonatal de um hospital universitário de Ribeirão Preto - SP**. 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

A gestação é um momento muito especial na vida da mulher. Apesar das dúvidas, preocupações, incertezas, fragilidades e medos que são experimentados, é uma experiência única, emocionante e recheada de alegrias. A gestante espera que a chegada do seu filho seja um momento também especial e que ele venha a nascer com saúde, vitalidade e sem complicações; além disso, que ele cresça e se desenvolva de forma saudável e harmoniosa.

Entretanto, para que a criança venha ao mundo de forma segura, a mãe precisa se comprometer com este propósito, realizando o pré-natal, de modo que as orientações advindas deste sejam colocadas em prática. Por outro lado, a equipe de saúde que assiste a mulher neste momento tão especial de sua vida também tem influência direta nos eventos que antecedem ao parto e nascimento, assim como no pós-parto. Deste modo, torna-se imprescindível a adoção, por estes profissionais, das boas práticas baseadas em evidências científicas de atenção à saúde da mulher e do neonato.

Algumas práticas voltadas ao parto e nascimento tornaram-se automáticas sem ser validadas e sem levar em consideração os impactos que podem causar à saúde do recém-nascido (RN) em curto e em longo prazos. A prática de clampeamento do cordão umbilical está entre as intervenções obstétricas mais realizadas em seres humanos, porém ainda há controvérsias quanto ao momento mais adequado para sua realização.

Alguns obstetras e neonatologistas ainda recomendam o clampeamento precoce do cordão umbilical, associando o tardio à icterícia e à policitemia neonatal. A prática de clampear precocemente o cordão umbilical tem sido um procedimento realizado com frequência por especialistas, tanto da área de obstetrícia quanto de neonatologia (NAVARRO, 2016).

Entretanto, outros especialistas defendem que é melhor esperar o cordão parar de pulsar, para que ocorra uma adaptação cardiopulmonar do neonato ao nascer, reforçando que existem evidências científicas sobre os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical (SINAVSZKI *et al.*, 2011).

O Ministério da Saúde (2011) adverte que o momento do clampeamento do cordão umbilical terá influência direta na reserva de ferro do neonato ao nascer, pois afeta o volume de sangue transferido da placenta

para o feto e conseqüentemente o volume total de ferro; logo, uma carência desse micronutriente na infância pode levar a danos irreversíveis, como problemas de desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental.

Outro aspecto que deve ser considerado consiste na vulnerabilidade do período neonatal, pois os recém-nascidos ficam expostos a vários riscos, principalmente aos processos infecciosos, sendo essa uma das principais causas de morbimortalidade neonatal (RIBEIRO; BRANDÃO, 2011).

Tudo isso torna os cuidados com o coto umbilical de fundamental importância para a prevenção de infecções neste período, sendo o enfermeiro um protagonista para prevenir tais ocorrências, pois que, além das intervenções que realiza nesta área, orienta a genitora sobre os cuidados necessários no domicílio e responde pelas atividades de cunho educativo para os membros da equipe de enfermagem.

Há, portanto, a necessidade de se aprofundar saberes, do meio acadêmico e profissional, acerca das intervenções com o cordão umbilical, e a construção de conhecimentos baliza tais práticas, para que a assistência ao recém-nascido e à criança seja de fato integral e humanizada, reduzindo os riscos de morbimortalidade e predispondo a ocorrência das mudanças necessárias e oportunas de forma segura e efetiva.

5.1 O CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL

Para entender a importância que o clampeamento do cordão umbilical tem e sua relação com a saúde da criança, é necessário compreender a hematopoese fetal e a circulação feto-placentária, porque esses são processos determinantes para o desenvolvimento do embrião.

A hematogênese (formação do sangue) inicia-se na quinta semana embrionária, as células sanguíneas se desenvolvem a partir de células endoteliais especializadas, que migram do saco vitelino e alantoide. Este fenômeno se inicia no fígado, sendo o principal órgão como fonte dos componentes do sangue fetal até a vigésima semana; após esse período, o baço também participa desse processo e, por fim, a medula óssea e os linfonodos. Após o nascimento, a hematopoese hepática desloca-se totalmente para a medula óssea (MOORE; PERSAUD, 2008).

Já a oxigenação e nutrição fetal ocorrem através da circulação feto-placentária, na qual o sangue é transportado da placenta para o feto através da veia umbilical, e retorna à placenta através das artérias um-

bilicais, permitindo as trocas gasosas e metabólicas entre a mãe e o feto, tão necessárias para o crescimento e desenvolvimento deste (SADLER, 2010).

O ferro é uma das substâncias que participam no processo da nutrição fetal e é determinante para a saúde da criança na prevenção de anemia ferropriva na infância. É um micronutriente essencial à vida dos seres humanos, pois participa de diversos processos metabólicos, como na síntese de hemoglobina e no processo da respiração celular; logo, a carência desse micronutriente por longo período pode levar à anemia ferropriva (BRASIL, 2013).

Oliveira *et al.* (2014) advertem que as reservas de ferro adquiridas ao nascer são fundamentais para manter o estoque nos seis primeiros meses de vida dos lactentes, o que nos leva a crer que um dos fatores determinantes para a deficiência desse micronutriente na infância tem relação com o nascimento.

A anemia por deficiência de ferro é um grave problema de saúde pública, presente nos países em desenvolvimento e naqueles desenvolvidos, e abrange todas as faixas etárias, mas com prevalência em crianças de 6 meses a 4 anos de idade, em adolescentes e gestantes (SILVA, 2007).

Embora a deficiência de ferro seja somente uma das causas da anemia, o Ministério da Saúde (2011) adverte que ela é a principal causa em lactentes e crianças, contribuindo com aproximadamente 50% dos casos. A prevalência ocorre entre as faixas etárias de 6 a 24 meses de idade, período em que os desenvolvimentos mental e motor são sensíveis à carência deste micronutriente.

Nas primeiras semanas de vida do RN ocorre uma queda nos níveis de hemoglobina, em função da destruição fisiológica dos eritrócitos. Este ferro que é liberado é armazenado em ferritina. A reserva de ferro ao nascer soma-se a este processo e transforma-se na principal fonte desse micronutriente no período de aleitamento exclusivo de 0 a 6 meses de vida do RN (CHAPARRO, 2011).

Venâncio *et al.* (2008) avaliaram os efeitos do clampeamento tardio sobre os níveis de hemoglobina e ferritina e constataram que ela causou um aumento de 23,29 ng/mL na média de ferritina de RNs com três meses de vida.

Em estudo comparativo, Steffen *et al.* (2012) mediram os valores médios de ferritina em neonatos de três e seis meses de vida, que tiveram pinçamento precoce e tardio do cordão umbilical, e constataram nos pri-

meiros que os níveis médios de ferritina foram respectivamente 97,79 ng/mL e 24,81 ng/mL; e nos segundos 111,82 ng/mL e 33,19 ng/mL.

Amorim e Porto e Souza (2010) relatam que a prática do clampeamento tardio, além de aumentar o volume sanguíneo de 20 a 30 ml/kg, melhora o hematócrito, a concentração de ferritina e reduz o risco de anemia ferropriva.

Assim, constata-se que o clampeamento tardio do cordão umbilical é uma forma de manter as reservas de ferro elevadas ao nascer, pois a transferência de sangue através da circulação placentária ainda continua por mais de três minutos após o nascimento, sendo fundamental para evitar a ferropenia (BRASIL, 2011). Além disso, favorece o contato pele a pele da genitora com o neonato e a criação de vínculo tão importante nesta fase.

Após o nascimento, o RN deve ser colocado de braços sobre o abdome materno por aproximadamente 3 minutos, ou até quando o cordão umbilical parar de pulsar. Tal procedimento permite que ocorra a transfusão placentária com mais eficácia, pois a ação da gravidade favorece esta transferência (MÜLLER, 2012).

Nesta perspectiva a World Health Organization – WHO (2014) esclarece que o clampeamento tardio do cordão umbilical é aquele realizado de 1 a 3 minutos após o nascimento, sendo recomendado como cuidado essencial, em função dos benefícios para a saúde da criança e indicado para todos os nascimentos.

No decurso da gravidez, é comum a existência de anemia, principalmente em mulheres cuja alimentação seja deficiente em função da escassez de recursos, o que tende a contribuir com o nascimento de bebês prematuros e de baixo peso. Nesta perspectiva, Mondini *et al.* (2010) recomendam o clampeamento tardio do cordão umbilical como uma estratégia para prevenção de anemia ferropriva em RNs de mães anêmicas. Já Oliveira *et al.* (2014) nos lembram também da necessidade de criação de políticas voltadas à redução das desigualdades sociais e melhoria da qualidade do atendimento pré-natal.

As reservas de ferro, no início da vida, têm relação de proporcionalidade com o tamanho e a idade gestacional do recém-nascido. Os de baixo peso e os pré-termos têm reservas menores, além de necessitar de um maior consumo em função da velocidade de crescimento, que nestes indivíduos é mais célere, o que requer maiores demandas deste micronutriente (BRASIL, 2011).

Estudos comprovam os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical em RNs pré-termos, cuja transfusão placentária proporciona benefícios imediatos, com elevação dos níveis de hemoglobina e hematócrito; menos transfusões por anemia; maior volume sanguíneo circulante e menor incidência de hemorragia intraventricular (MARCH *et al.*, 2013).

Portanto, a prática do clampeamento precoce do cordão umbilical – realizada de 10 a 15 segundos após o nascimento – deve ser abolida por ir de encontro às evidências científicas e provocar efeitos deletérios à saúde do neonato, principalmente naqueles de baixo peso e prematuros, porquanto, conforme o Ministério da Saúde (2011), o volume de sangue transferido pela circulação feto-placentária nestes indivíduos ocorre em menor proporção e a adaptação cardiorrespiratória é mais lenta (BRASIL, 2011).

Além disso, o processo de migração das células estaminais pluri-potentes do fígado para a medula óssea só termina após o nascimento. Estas células estão presentes na circulação fetal e, conseqüentemente, no cordão umbilical. Ou seja, é o primeiro e natural transplante de células-tronco, contribuindo para a redução de doenças respiratórias, problemas de visão, hemorragia cerebral e septicemia, pois estas células potencializam a função imune (TOLOSA *et al.*, 2010).

Faz-se imperioso, portanto, que os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam em sala de parto e centro cirúrgico, estejam atualizados para que suas intervenções sejam pautadas em evidências e contribuam de modo efetivo com a saúde daqueles confiados aos seus cuidados.

Entretanto, a prática de clampear precocemente o cordão umbilical ainda está presente em quase todos os cenários de partos. Apesar das evidências científicas sobre os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical, este até então não é uma realidade (BRASIL, 2011).

A falta de informação do profissional de saúde se torna o principal obstáculo para a não adesão desta prática. Neste sentido, a WHO (2014) relata a existência de alguns riscos equivocadamente associados à prática do clampeamento tardio do cordão umbilical, a exemplo da contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), da hemorragia pós-parto, da icterícia neonatal e da policitemia.

O clampeamento tardio do cordão umbilical não aumenta o risco da transmissão vertical. Durante a gestação ocorre a transfusão feto-placentária e, após o nascimento, o fluxo sanguíneo da placenta para o

recém-nascido permanece o mesmo, tal qual ocorria durante a gravidez (WHO, 2014)

A hemorragia pós-parto se configura como uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, ela responde por cerca de 25% de todas as mortes, sendo a atonia uterina a etiologia mais comum. Contudo, as evidências demonstram que a prática do clampeamento tardio também traz benefícios no período de dequitação, pois uma placenta com menos sangue diminui a possibilidade de ficar retida, sendo facilmente eliminada (BRASIL, 2011).

A icterícia e a policitemia neonatal vêm sendo associadas ao clampeamento tardio do cordão umbilical, o que é outro equívoco. Fauci *et al.* (2008) elucidam que a icterícia é uma consequência do aumento da bilirrubina plasmática, quando os tecidos decorrentes do depósito de bilirrubina ficam com uma coloração amarelada. Já a policitemia é resultante do aumento anormal do número de eritrócitos, quando os valores do hematócrito venoso periférico são superiores a 65%. Os estudos de Steffen (2010) e Sinavszki *et al.* (2011) constataram que os valores da bilirrubina direta e indireta nos grupos que receberam tanto o clampeamento precoce quanto o clampeamento tardio do cordão umbilical foram insignificantes. E de acordo com a WHO (2014), o risco para a criança desenvolver essas duas patologias é insignificante.

Talvez o que mais contribua para a não adesão sejam a correria dos profissionais de saúde e o mecanicismo ainda arraigado, em que a criança é removida do ventre materno tão logo ocorra o nascimento. Outro fator pode ser a comodidade de alguns, e neste aspecto Vain (2015) diz que certos profissionais alegam ser desconfortável segurar o neonato na altura da vagina por 3 minutos; ademais, existe ainda a questão da coleta de sangue do cordão umbilical para ser enviado aos bancos de sangue.

Como vimos, múltiplos são os fatores que distanciam o profissional de saúde desatualizado das práticas que contribuem efetivamente para a saúde materna e neonatal. A comodidade e o desinteresse se configuram elementos para a não efetividade da atuação destes indivíduos. Sem dúvidas, é primordial o conhecimento para alicerçar a prática, de modo que as ações de cada profissional, dentro de sua especificidade, sejam efetivas e contribuam com a saúde daqueles que lhes foram confiados.

5.2 O ENFERMEIRO E OS CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

O cuidado do enfermeiro com o coto umbilical antecede e perpassa o ambiente hospitalar. Ele se inicia no pré-natal, quando se deve abordar este cuidado, desmistificando-o e abolindo práticas esdrúxulas; no parto, clampeando tardiamente o cordão umbilical, nas oportunidades em que o parto seja executado por este profissional; no pós-parto, quando os cuidados de limpeza e antisepsia são executados, e nas orientações às mães e responsáveis sobre o manejo seguro, de modo que a cicatrização se dê de forma efetiva no ambiente domiciliar.

Neste sentido, Andreatta *et al.* (2011) afirmam que a assistência de enfermagem ao recém-nascido se inicia no pré-natal, atravessa o período do parto e finaliza no período neonatal. Essa trajetória de responsabilidade faz do enfermeiro peça fundamental na educação, promoção e proteção da saúde do neonato, contribuindo assim para a prevenção de doenças.

Após o parto, ocorre a separação da mãe com o recém-nascido, o cordão umbilical é clampeado e seccionado, passando este a ser chamado de coto umbilical, que no início tem aspecto gelatinoso, logo após se torna seco e escurecido, pois sofre um processo de desidratação e mumificação, até sua queda ou desprendimento, formando a cicatriz umbilical (ALMEIDA *et al.*, 2016).

O cuidado deve ser realizado de forma criteriosa, por ser uma estrutura em processo de cicatrização e uma porta aberta para a entrada de micro-organismos, pois o tecido desvitalizado do coto é um excelente meio de cultura suscetível a infecções (RIBEIRO; BRANDÃO, 2011).

A assistência prestada ao coto umbilical pelos profissionais de saúde envolvidos no parto e nascimento inicia-se logo após o nascimento, no uso de técnica asséptica para clampear e cortar o cordão umbilical, e na inspeção para verificar a presença de anomalias quanto ao número de artérias e veias presentes neste órgão (BRASIL, 2012).

Contudo, o trabalho de orientação à genitora antecede a chegada do bebê, devendo ocorrer desde a gestação, contando com ações preventivas, como a vacinação contra o tétano e a realização de práticas educativas com mães e familiares (LINHARES; MARTINS; DIAS, 2014).

A prevalência do tétano neonatal, uma patologia grave e imunoprevenível, causada pela ação da exotoxina produzida pelo *Clostridium tetani*,

é um exemplo da deficiência na assistência prestada às gestantes e puérperas (COSTA *et al.*, 2015). Os autores relatam que o acompanhamento de forma adequada dessa população tem caráter preventivo para o surgimento desta patologia e de outros agravos para a saúde delas e de seus filhos.

Faz-se fundamental que a gestante tenha um acompanhamento efetivo no pré-natal, de modo que ela seja preparada para o evento do parto, para o autocuidado que demanda o puerpério e, como relatam Almeida *et al.* (2016), para os cuidados relacionados ao RN.

Os estudos de Ribeiro e Brandão (2011) e Andreatta *et al.* (2011) constataram o déficit de conhecimento de puérperas acerca dos cuidados básicos aos recém-nascidos. Os autores relatam a necessidade de práticas educativas para prevenir as infecções do coto umbilical.

Ribeiro e Brandão (2011) alertam que o período puerperal é cheio de crenças, mitos e medos, uma vez que os RNs são mais susceptíveis às infecções, porque os cuidados prestados sofrem influência de pessoas leigas.

Neste sentido, Rangel *et al.* (2007) ressaltam que o momento do nascimento de uma criança é especial, no qual os avós e outros familiares querem fazer parte e contribuir com suas experiências

Neste sentido, a assistência em alojamento conjunto permite a humanização do atendimento do binômio mãe-filho, minimiza a ansiedade, esclarece dúvidas e demonstra noções básicas dos cuidados com o neonato (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010), o que faz do alojamento conjunto o momento ideal para reforçar as orientações oriundas do pré-natal quanto aos cuidados integrais com o bebê, sendo importante envolver os avós e outros familiares, de modo que eles possam também contribuir com a mãe nos cuidados dispensados aos RNs no domicílio.

Outro aspecto a que o enfermeiro precisa se atentar diz respeito ao treinamento da equipe que está sob sua responsabilidade, caracterizada pelos técnicos de enfermagem, para que as ações destes profissionais sejam embasadas em conhecimentos e contribuam efetivamente na recuperação do indivíduo. Miranda *et al.* (2016) relatam que é importante que o enfermeiro deixe claro que a limpeza do coto umbilical não visa a tão somente sua queda, mas principalmente a prevenção de infecções relacionadas ao processo de cicatrização.

Estes cuidados iniciam com a lavagem das mãos da pessoa que vai dar o banho no RN. No momento do banho, deve-se também lavar com

água e sabão o coto umbilical, secar todo o corpinho do bebê, inclusive do coto, proteger a pele peri coto com compressas de gazes ou fralda limpa, e embeber uma gaze com álcool 70% e higienizar o coto. Este processo deve ser realizado após o banho e a cada troca de fralda (caso o coto esteja úmido de urina ou fezes), pois o álcool absorve a água residual, contribui para o processo de mumificação e conseqüente “queda” do coto umbilical. Além destes cuidados, o Ministério da Saúde (2012) nos orienta que é importante verificar a presença de secreções no coto ou ao redor da implantação umbilical. Na existência deste evento, a mãe deve levar o bebê ao serviço de saúde mais próximo do seu domicílio.

Deste modo, o enfermeiro precisa se comprometer com os cuidados não somente prestado por ele ou pelos membros de sua equipe, mas também pelos realizados nos domicílios; para tanto, as atividades de educação em saúde são essenciais e estas devem basear-se em evidências científicas, com respeito às crenças dos familiares, contudo sensibilizando-os, a fim de promover as mudanças necessárias e oportunas, de modo que a assistência ao neonato seja de fato efetiva.

5.3 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

O cordão umbilical é o pequenino órgão de importância ímpar, através do qual as trocas gasosas e metabólicas se dão entre mãe e filho, no ventre materno e após o nascimento, enquanto ainda não seccionado.

As considerações aqui apresentadas sobre o cordão umbilical e os cuidados do clampeamento ao domicílio são uma alerta para a importância das buscas pelo conhecimento e atualizações, de modo a alicerçar as práticas que contribuirão efetivamente para a manutenção e recuperação da saúde do neonato.

Assim, o clampeamento dito tardio do coto umbilical deve ser o preconizado, por contribuir com a prevenção das anemias por carência de ferro tão frequente em nosso meio, de modo a evitar a morbimortalidade infantil.

Faz-se ainda pertinente enfatizar quão importante é compreender que as orientações sobre os cuidados com o coto umbilical devem se iniciar na gestação, de modo que na fase puerperal a gestante já esteja familiarizada com os cuidados a serem dispensados ao neonato.

Nesse sentido, temos a importância do profissional enfermeiro, pois sua interação com a genitora se inicia na gestação com a assistência ao

pré-natal, continua durante o parto e no período puerperal, e as intervenções deste profissional fundamentam-se em cuidados assistenciais e educativos, de modo a alicerçar a mulher com conhecimentos que contribuam com a manutenção dos cuidados no domicílio.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. de et al. Prática educativa no cuidado ao coto umbilical: relato de experiência. **Revista de enfermagem UFPE on-line**. ISSN: 19818963, v. 10, n. 5, p. 4383-4388, 2016.
- AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**. v. 38, n. 11, p. 583-591, 2010.
- ANDREATTA, C. S. *et al.* A importância da conscientização de puérperas sobre os primeiros cuidados prestados ao neonato em maternidades de SJC. **XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica** [on-line]. Vale do Paraíba, 2011. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0017_0445_01.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, 2011.
- CHAPARRO, C. M. Timing of umbilical cord clamping: effect on iron endowment of the newborn and later iron status. **Nutrition reviews**, v. 69, n. suppl. 1, p. 30-36, 2011.
- COSTA, D. A. V. et al. A enfermagem no controle e prevenção do tétano neonatal: revisão de literatura. **Revista Contexto & Saúde**, v. 15, n. 28, p. 50-61, 2015.
- FAUCI, A. S. *et al.* **Harrison Medicina Interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008, p. 1341.

- LINHARES, E. F.; MARTINS, L. A.; DIAS, J. A. A. Educando para cuidar do recém-nascido: prevenção de onfalites e tétano neonatal – relato de experiência. **Revista de enfermagem UFPE on-line**. ISSN: 19818963, v. 8, n. 7, p. 2539-2544, 2014.
- MARCH, M. I. *et al.* The effects of umbilical cord milking in extremely preterm infants: a randomized controlled trial. **Journal of Perinatology**. v. 33, n. 10, p. 763-767, 2013.
- MIRANDA, J. O. F. *et al.* Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**. v. 10, n. 2, p. 821-829, 2016.
- MONDINI, L. *et al.* Efeito do clampeamento tardio do cordão umbilical nos níveis de hemoglobina em crianças nascidas de mães anêmicas e não anêmicas. **Journal of Human Growth and Development**. v. 20, n. 2, p. 282-290, 2010.
- MOORE, K. L; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Básica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 365.
- MÜLLER, E. B. **Cuidados ao recém-nascido no centro obstétrico**. Florianópolis, 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103404/317537.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 maio 2020.
- NAVARRO, C. R. P. **O que diz a literatura sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical no recém-nascido a termo**: argumentos para implementação em boas práticas. Porto Alegre, 2016. Dissertação (pós-graduação Enfermagem Obstétrica). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/147943/001001202.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2020.
- OLIVEIRA, F. de C. C. *et al.* Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. **Revista de Saúde Pública**. v. 48, n. 1, p. 10-18, 2014.
- PASQUAL, K. K.; BRACCIALLI, L. A. D.; VOLPONI, M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enfermagem**. v. 15, n. 2, 2010.
- RANGEL, S. L. da *et al.* A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Enfermería global**. v. 6, n. 1, p. 1-9, 2007.

- RIBEIRO, M. B.; BRANDÃO, M. N. M. A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**. v. 4, n. 3, p. 54-59, Teresina, 2011.
- SADLER, T. W. **Embriologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 324.
- SILVA, M. C. Anemia por deficiência de ferro na adolescência. **Adolescência & Saúde**. v. 4, n. 1, p. 1922, Rio de Janeiro, 2007.
- SINAVSZKI, M. *et al.* Clampeo tardío de cordón umbilical: saturación de oxígeno en recién nacidos. **Archivos de Pediatría del Uruguay**. v. 82, n. 3, p. 141-146, 2011.
- STEFFEN, E. L. **Efeito do tempo de pinçamento do cordão umbilical sobre a anemia fisiológica de recém-nascidos a termo**. Dissertação (Mestrado em Farmacologia). Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/5938?show=full>. Acesso em: 10 maio 2020.
- STEFFEN, E. L. *et al.* Efeito do pinçamento tardio do cordão umbilical nos níveis séricos de ferritina de crianças de 0, 3 e 6 meses de vida. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**. v. 71, n. 1, 2012.
- TOLOSA, J. N. *et al.* Mankind's first natural stem cell transplant. **Journal of cellular and molecular medicine**, v. 14, n. 3, p. 488-495, 2010.
- VAIN, N. E. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 258-259, 2015.
- VENÂNCIO, S. I. *et al.* Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 2, p. s323-s331, jan. 2008.
- World Health Organization (WHO). **O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil**. Geneva, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

O nascimento é marcado por sentimentos contraditórios: alguns ficam repletos de alegria pela oportunidade do exercício da maternidade/paternidade; outros ficam cheios de insegurança, medo e angústia, principalmente quando o parto é antecipado e o bebê nasce prematuro. Os pais ficam apreensivos quanto à recuperação do bebê, que tem inúmeras necessidades, pois que, por causa da prematuridade, as funções fisiológicas não foram plenamente desenvolvidas.

O RN prematuro não está preparado para a vida extrauterina, seu parênquima pulmonar ainda não amadureceu o suficiente em função da deficiência de uma substância chamada surfactante, que, entre as funções que desempenha, não permite o colabamento pulmonar na expiração. A última semana gestacional é crucial para a síntese deste, o que torna o bebê apto para passar pelas alterações fisiológicas que sofrerá no momento do nascimento.

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil nascem cerca de 344 mil prematuros por ano (BRASIL, 2013). Entre as complicações da prematuridade, as que possuem maior índice de morbimortalidade são as complicações respiratórias, cardíacas e hepáticas. Referindo-se às alterações respiratórias, destaca-se a síndrome do desconforto respiratório (LIMA *et al.*, 2012), que em muitos casos evolui para uma insuficiência respiratória aguda, podendo culminar no óbito do neonato.

A síndrome do desconforto respiratório (SDR) responde por inúmeras internações de recém-nascidos pré-termo (RNPT) em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Embora haja avanço considerável da tecnologia nas UTINs no tratamento desta síndrome, ela é responsável por índices consideráveis de morbimortalidade nestes indivíduos.

As causas que podem contribuir com o nascimento de bebês pré-termos em geral são um acompanhamento precário no pré-natal; hábitos inadequados da gestante, a exemplo de consumo de álcool e outras drogas, o sedentarismo e o estresse; ademais, tem-se a eletividade do tipo de parto, em que a cirurgia cesariana tem sido realizada de modo indiscriminado, sendo marcado o parto para uma data específica entre a genitora e o obstetra, o que, em função de comodidade, contribui com o nascimento de RN antes da 37ª semana, quando a maturação do parênquima pulmonar ainda não está completa, expondo o bebê ao sofrimento e a diversos riscos que uma UTI pode oferecer. Em muitos casos, o neo-

nato só precisava de uma semana a mais no aconchego do útero para que seu processo de maturação se desse efetivamente.

Após o nascimento, o RNPT é admitido na UTIN e acolhido pelo enfermeiro; neste momento, identificam-se os sinais específicos da síndrome, caracterizados por: batimento de asa de nariz, extremidades cianóticas, dispneia, taquipneia, estertores pulmonares e uso de musculatura acessória. Após isso, a prescrição do tratamento à base de oxigênio – que é efetuado pelo neonatologista e tem relação direta com a gravidade dos sinais apresentados pelo RN – é definido, podendo ser a utilização da ventilação mecânica invasiva (VMI), caracterizada pelo uso do tubo oro-traqueal (TOT), e ventilação não invasiva (VNI), cuja função é manter uma pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP), impedindo o colapamento do pulmão na fase expiratória, e o uso do *hood*, caracterizado por um dispositivo em forma de capacete que recobre totalmente a cabeça do neonato.

A oxigenoterapia é um método que deve ser criteriosamente avaliado e adaptado ao RNPT, a fim de não agravar sua deficiência pulmonar. Isto requer, da parte do enfermeiro, conhecimento para manusear os aparelhos corretamente, além de atenção às alterações dos parâmetros respiratórios do RN que sugerem sinais de piora.

O tratamento medicamentoso é à base de surfactante exógeno, o qual é administrado por via traqueal, logo após o nascimento, objetivando diminuir os danos que a ausência desta substância endógena provoca nos pulmões do RN e o sofrimento que ele passa em função da doença, bem como promover uma melhor adaptação dele a um meio ao qual ainda não estava preparado para estar.

A preparação do enfermeiro para assistir esta clientela é necessária e oportuna, de modo que a assistência seja eficaz e influencie para um prognóstico favorável do prematuro, ainda que este apresente a síndrome. Uma assistência efetiva contribui também para prevenir as complicações secundárias, favorece a recuperação, reduz o tempo de internação, bem como colabora para que o bebê volte ao aconchego do lar.

6.1 A FISILOGIA PULMONAR

Quando falamos em funcionamento dos pulmões, devemos tratar também de algumas particularidades do sistema cardíaco, isso porque o funcionamento de ambos se inter-relaciona, motivo pelo qual é chamado

de sistema cardiorrespiratório. Este sistema é composto por dois mecanismos circulatórios: a grande circulação ou circulação sistêmica, na qual o coração (ventrículo esquerdo) bombeia o sangue para o organismo, através da artéria aorta; e a pequena circulação, também chamada de circulação pulmonar, em que o fluxo sanguíneo é direcionado do coração (ventrículo direito) para os pulmões e, após ser oxigenado, é novamente conduzido ao coração (átrio esquerdo). Neste estudo, enfatizaremos a circulação pulmonar.

No feto, o primeiro sistema a entrar em funcionamento é o cardiovascular. A circulação se dá através do canal venoso, forame oval e canal arterial, que desviam o sangue dos pulmões fazendo a separação entre circulação pulmonar e circulação sistêmica. O sangue fetal é oxigenado na placenta, e o transporte da mãe para o feto ocorre através da veia umbilical. Já o sangue não oxigenado do feto é transportado para a placenta através das artérias umbilicais (FABRETTI, 2006).

O sistema cardiorrespiratório implica diretamente a adaptação fisiológica eficaz, pois é onde ocorre a principal mudança no organismo do RN. Na circulação fetal, os ventrículos cardíacos direito e esquerdo se comunicam através do forame oval. Moreira (2004) *apud* Amato (2007) nos diz que, durante a gestação, os pulmões são preenchidos com líquidos, e a troca gasosa (hematose) é feita através da placenta e do cordão umbilical, sendo os vasos da circulação pulmonar vasoconstritos.

Assim, o sangue oxigenado que retorna através da placenta é direcionado ao feto através da veia umbilical. Cerca de 50% deste sangue vai para o fígado, o restante é conduzido por ductos venosos para a veia cava inferior, onde ele é parcialmente misturado. O sangue entra no átrio direito e é preferencialmente desviado para o átrio esquerdo através do forame oval, onde é ejetado para a aorta ascendente. Já o que está no átrio direito flui para o ventrículo direito através da valva tricúspide e é ejetado para a artéria pulmonar. Apenas 10% do sangue vai para os pulmões, o restante é desviado dos pulmões e é levado para aorta descendente através do canal arterial. Após perfundir o organismo fetal, o sangue retorna à placenta pelas artérias umbilicais (MOORE; PERSAUD, 2013).

O desenvolvimento pulmonar começa a partir da 3ª semana de gestação e se estende até a idade escolar da criança, que, segundo Piaget (1896), compreende entre 2 e 7 anos de idade e se dá através de cinco etapas: embrionária, pseudoglandular, canalicular, sacular e alveolar (MOREIRA, 2004, *apud* AMATO, 2007).

A fase embrionária ocorre entre a 3^a e a 7^a semana gestacional, e é nela que surgem o divertículo respiratório e os segmentos broncopulmonares. O estágio pseudoglandular ocorre entre a 8^a e a 16^a semana, e é caracterizado pela formação das vias aéreas com a víscera pulmonar e dos ductos. No período canalicular, os vasos têm seu calibre aumentado, favorecendo a vascularização, e são formados os bronquíolos. Isso ocorre entre a 16^a e a 24^a semana. A fase canalicular se dá entre a 24^a e a 36^a semana, e nela se originam os bronquíolos e o epitélio alveolar. A última etapa, a alveolar, é da 36^a semana estendendo-se até os 7 anos de idade da criança, período em que ocorre uma acelerada produção de surfactante e aumento de tecido conjuntivo, que posteriormente auxiliará nas trocas gasosas (FRIEDRICH *et al.*, 2005).

Já o desenvolvimento do pulmão em semanas inicia a partir da 3^a semana, indo até a 7^a, com a formação das primeiras estruturas através do tecido intestinal; da 8^a até a 16^a semana são desenvolvidos os ductos aéreos, os cílios epiteliais e a cartilagem da árvore brônquica; a luz dos brônquios e bronquíolos aumentam e os ductos alveolares se formam entre a 17^a e a 26^a; em seguida, a vascularização do tecido pulmonar ocorre e se inicia a produção de surfactante através das células epiteliais (pneumócitos) tipo I e II (AMATO, 2007). O surfactante pulmonar é um fluido de composição lipídica e proteica que reveste os alvéolos e impede o seu colapso durante o mecanismo da expiração. É sintetizado a partir da 20^a semana pelas células epiteliais do tipo II. Sua produção aumenta durante a gestação e atinge seu pico durante a 35^a semana (BRASIL, 2011). Logo, existe uma relação direta entre a semana gestacional e a maturidade pulmonar do RN: quanto menor a idade gestacional (IG), menor a quantidade de surfactante produzida e maior o risco do bebê desenvolver a SDR, agravamento do quadro respiratório e óbito.

A adaptação neonatal acontece no nascimento quando ocorre a expansão pulmonar, aumento da pressão parcial de oxigênio (PO₂) arterial e redução da resistência vascular pulmonar. A mudança da circulação placentária de baixa resistência leva ao aumento da resistência vascular sistêmica. Devido à redução da resistência pulmonar, o débito cardíaco do ventrículo direito flui para os pulmões. Cerca de dez a quinze horas após o nascimento, a alta PO₂ arterial sinaliza a constrição do canal arterial, que se fecha, tornando-se o ligamento arterial (KLIEGMAN, 2009).

O autor supracitado relata ainda que o volume sanguíneo pulmonar que retorna para o átrio esquerdo aumenta o volume e a pressão atrial,

fazendo que o forame oval se feche aproximadamente no terceiro mês de vida. A retirada da placenta leva à constrição do *ductus venosus*, da veia e artérias umbilicais, restando apenas seus remanescentes: ligamento venoso, ligamento redondo e ligamento umbilical mediano.

A musculatura das artérias pulmonares tem como particularidade o seu desenvolvimento até o nível dos bronquíolos terminais, e a partir de então seu crescimento prossegue somente durante a etapa infantojuvenil, até o nível alveolar (CARRIÓ, 2016), daí a importância do acompanhamento cuidadoso dos genitores, pois as doenças respiratórias incidem com maior prevalência em neonatos e crianças.

O feto prepara-se para a respiração de ar pela síntese e liberação de surfactante no espaço alveolar. O processo pode ser acelerado pela ruptura prematura das membranas fetais e pela administração de esteróides para a mãe. O parto de um recém-nascido a termo pela cesariana eletiva, sem que a mulher tenha entrado em trabalho de parto, interfere no processo fisiológico da síntese e liberação do surfactante (SALLES *et al.*, 2015, p. 77), o que pode culminar com um recém-nascido que, embora seja a termo, desenvolverá a síndrome do desconforto respiratório pela falta desta substância.

Assim, “a mudança fisiológica mais profunda exigida aos recém-nascidos é a transição da circulação fetal ou placentária para a respiração independente” (HOCKENBERRY *et al.*, 2014, p. 180). A partir disso, entende-se que a última semana de gestação é de extrema importância para o feto, é nela que ocorre a aceleração fisiológica da produção de surfactante e, por fim, as contrações uterinas confirmam que o bebê está pronto para o nascimento, o que denota que a adaptação extrauterina será eficaz. Já quando o nascimento é acelerado por parto prematuro ou por cesariana previamente marcada, o RN tem essa fase interrompida, o que causa distúrbios respiratórios e inúmeros sofrimentos para ele e sua família.

6.2 AS PRINCIPAIS ETIOLOGIAS DA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo recém-nascido é utilizado para classificar a criança desde o momento do nascimento até o 28º dia de vida. O RN é classificado em seu nascimento

de acordo com o número de semanas gestacionais, sendo considerado pré-termo o bebê nascido antes da 37ª semana de gestação.

Resultado de pesquisas demonstram que no Brasil ocorrem cerca de 2,9 milhões de nascimentos por ano. Destes, 12,4%, o equivalente a 344 mil, são de bebês prematuros. Isso nos dá uma média de 931 recém-nascidos pré-termo (RNPT) por dia, cerca de 40 por hora (BRASIL, 2013). O alto índice de prematuridade inquieta a equipe multidisciplinar que atua nas unidades de terapia intensiva neonatal, pois que, além da superlotação destas unidades, o bebê está suscetível a inúmeras complicações em função da imaturidade de seus órgãos e sistemas que respondem diretamente pela morbimortalidade neonatal. Em conformidade com Amato (2007), das complicações apresentadas na prematuridade, a SDR se destaca por ser a principal causa de morte em RNPT.

O diagnóstico da SDR deve partir dos critérios da prematuridade, imaturidade pulmonar, instabilidade respiratória nas primeiras três horas de vida, necessidade de oxigenoterapia, presença de líquido e infiltrados pulmonares bilaterais na radiografia de tórax (AMATO, 2007).

“A deficiência quantitativa e qualitativa do surfactante alveolar é a principal causa da SDR” (BRASIL, 2011, p. 17). Quando o RN nasce antes da 37ª semana, seu parênquima pulmonar não está maduro, logo suas funções fisiológicas não serão completas e a adaptação extrauterina é prejudicada.

As atelectasias são resultantes da deficiência de surfactante pulmonar. Este fenômeno é responsável por uma cascata de eventos que compromete a homeostasia do RN, porquanto, quando a ventilação pulmonar está prejudicada, a perfusão tissular é deficiente, o que desencadeia uma baixa concentração de oxigênio, caracterizado por: hipoxemia; aumento do gás carbônico (CO₂), denominado de hipercapnia; acidez sanguínea devido à redução do potencial hidrogeniônico (pH), chamado de acidose, e aumento da pressão arterial (BRASIL, 2011).

O agravamento da síndrome se dá quando “ocorre lesão a membrana alvéolo-capilar [...], com extravasamento de fluido rico em proteínas para o espaço alveolar” (AMATO, 2007, p. 119). Este fenômeno provoca a deterioração do pouco surfactante pulmonar existente, o que leva a atelectasia dos alvéolos, impedindo as trocas gasosas.

A evolução desfavorável do quadro clínico é rápida, em função do metabolismo do RN ser acelerado. No RNPT a evolução da síndrome ocorre nas primeiras 24 horas, sendo estas as mais críticas. Nos casos

cujo prognóstico é favorável, nota-se a melhora gradativa do RN nas 72 horas após o nascimento. Caso não haja uma evolução positiva neste período, ocorrem alterações hemodinâmicas (hemorragias, sepse) e metabólicas (hipoglicemia ou hiperglicemia, hipocalcemia ou hipercalemia) significativas (BRASIL, 2011).

O uso de substâncias entorpecentes é outro aspecto a ser considerado e que contribui para o nascimento de bebês prematuros, uma vez que na atualidade temos um alto índice de adolescentes e jovens mulheres que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas. Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde evidenciam que essa estimativa tende a aumentar, havendo assim grande preocupação no âmbito da saúde pública, pois que estas mulheres, em sua maioria em idade fértil ou gestantes, usam de forma deliberada substâncias químicas que causam danos expressivos e muitas vezes irreversíveis ao RN, entre eles a prematuridade e, consequentemente, a SDR.

Um estudo realizado no MEDLINE reuniu publicações entre 1970 e 2004 e constatou que os problemas advindos da prematuridade podem ser moderados ou graves, cujas consequências se dão em curto, médio e longo prazo no desenvolvimento pulmonar do RN (FRIEDRICH *et al.*, 2005), e os danos causados podem ser irreparáveis.

Além da prematuridade, os quadros clínicos causados pelo consumo de álcool e drogas das gestantes culminam em longos períodos de internamento do RN na UTIN, tornando-os mais vulneráveis e susceptíveis a patologias secundárias. Nesta perspectiva, Santos *et al.* (2010) elucidam que, das causas mais frequentes para internações em consequência do consumo dessas substâncias, têm-se o baixo peso ao nascer, a prematuridade, as comorbidades hepáticas e cardiorrespiratórias.

As comorbidades maternas como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica são fatores de riscos que contribuem para antecipar o parto e respondem pelo nascimento de bebês prematuros. Enfatizam Ananth & Vintzileos, (2006) *apud* Lucheta, (2011), que, entre as causas médicas que mais culminam em nascimentos de prematuros estão as síndromes hipertensivas.

A hipertensão arterial induzida pela gravidez é considerada uma das doenças que provoca mais efeitos nocivos no organismo materno, fetal e neonatal (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Ademais, as complicações que advêm desta síndrome contribuem sobremaneira para a morbimortalidade nestes indivíduos.

A pré-eclâmpsia é uma complicação da síndrome hipertensiva gestacional que mais incide nas gestantes e se caracteriza por: edema, aqui caracterizado como anasarca (edema generalizado), aumento da pressão arterial (acima de 140/90 mmHg), aumento súbito de peso e presença de proteinúria (proteínas na urina). Este quadro induz o parto prematuro e aumenta o risco de doenças respiratórias no RN (BRASIL, 2012). Entre essas doenças as mais predominantes são a taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN) e a SDR.

Outro fator que tem contribuído sobremaneira para desencadear a SDR em RN é a *eletividade do tipo de parto*. Conforme o Ministério da Saúde, a eletividade do tipo de parto poderá ocorrer por critério médico em função da rotura prematura de placenta, de gestações acima de 41 semanas, por síndromes hipertensivas etc. (BRASIL, 2012). Porém, é prudente que sejam ponderados os riscos-benefícios materno-infantil, pois, na atualidade, a indução do parto tem ocorrido por critérios pessoais, o que vem contribuindo com os números exponenciais de nascimento de bebês pré-termos, como evidenciam as pesquisas.

Um estudo demonstra que a cada 100 gestantes que têm o parto adiantado, 26 têm bebês com SDR. Anteriormente, esta síndrome era associada apenas à prematuridade (RADES *et al.*, 2004), o que infelizmente tem mudado, pois se constata que bebês nascidos a termo também estão apresentando a doença, e isso se dá pela falta de informação da gestante, que não se posiciona diante do profissional obstetra quando este especifica a data para o nascimento do bebê com uma cirurgia cesariana. Isso tem contribuído para o nascimento de neonatos sem estar preparados para se adaptar ao meio extrauterino, o que lhes causa graves deficiências respiratórias.

Um dos fatores que tem contribuído para este fenômeno é o estilo de vida moderno adotado pelas mulheres, em que a falta de conscientização sociocultural sobre o parto normal e seus benefícios tem levado as gestantes e o profissional da obstetrícia a escolherem a data do parto que lhes favoreça, o que é cada vez mais comum. As gestantes optam pelo parto cesáreo e programam a data do nascimento de seu filho, o que resulta em complicações para o bebê, visto que o trabalho de parto só começa quando a criança está plenamente apta para a vida extrauterina. Assim, esclarecem Moore e Persaud (2008) que, na última semana de gestação, a produção de surfactante é acelerada, preparando o RN para o seu nascimento.

Este contexto nos remete à importância do acompanhamento criterioso da gestante pelo profissional de saúde no pré-natal, de modo a esclarecer a gestante e detectar os sinais e sintomas que podem contribuir para um parto prematuro e tratá-los, evitando o evento da prematuridade e as complicações que ela impõe ao neonato.

Aí reside a necessidade do preparo e do comprometimento dos profissionais de saúde que assistem a mulher, a partir do pré-natal, de modo a evitar que as complicações materna e perinatal relacionadas à síndrome hipertensiva e à falta de informação sejam agravadas. O olhar destes indivíduos deve ser direcionado para a magnitude do problema, objetivando o controle efetivo das comorbidades. Para tanto, a gestante também precisa se comprometer com sua saúde e com a saúde do seu bebê, de modo que as consultas do pré-natal não sejam simples cumprimento de protocolo, mas que, nestas oportunidades, a mulher aproveite para sanar as dúvidas e se instrumentalizar de conhecimentos, a fim de que ela possa se transformar na protagonista deste momento tão belo que é o nascimento de um filho.

6.3 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

Por volta do século XX, os cuidados do enfermeiro para com o RNPT ganharam especificidade; nesta época, os cuidados com os sinais vitais eram evidenciados e verificados a cada quatro horas, bem como as intervenções para as patologias secundárias à prematuridade. Entretanto, o índice de óbito por complicações respiratórias mantinha-se exorbitante, especialmente nos RNPT, o que levou ao aprofundamento nos estudos de neonatologia (OLIVEIRA; MORAN, 2009).

O bebê com SDR necessita de terapêutica específica para um prognóstico favorável. Entre os tratamentos para o RNPT está a oxigenoterapia, que tem como objetivo prover oxigênio aos sistemas de forma efetiva, evitando hipoxemia e barotraumas.

O que norteia a assistência de enfermagem ao RNPT em uso de oxigenoterapia são os parâmetros fisiológicos, que, conforme o Ministério da Saúde (2011), apresentam-se como: pH (potencial de hidrogênio) de 7,35 a 7,45, PaCO₂ (pressão parcial de gás carbônico) de 35 a 45 e PaO₂ (pressão parcial de oxigênio) de 60 a 80.

As narinas têm como função umedecer, aquecer e filtrar o ar durante a inspiração. Nos pacientes em uso de oxigenoterapia, o ar deve ser aquecido e umidificado mecanicamente, antes de ser administrado nas vias aéreas (VA), de modo a evitar o ressecamento e, conseqüentemente, lesões nas mucosas por onde o oxigênio irá fazer seu percurso (HOCKENBERRY *et al.*, 2014). Os mesmos autores relatam ainda a importância do “posicionamento apropriado para maximizar a oxigenação e a ventilação” (p. 228).

A ventilação mecânica (VM) substitui ou auxilia a ventilação espontânea para a manutenção das trocas gasosas e equilíbrio da hemostasia do paciente. Classifica-se em ventilação mecânica invasiva (VMI), quando o oxigênio é administrado através de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia, e ventilação não invasiva (VNI), em que o oxigênio é administrado através de máscaras faciais.

O fornecimento do oxigênio ao RN se dá preferencialmente através de VM não invasiva, aqui caracterizado pelo CPAP (pressão positiva contínua das vias aéreas), cuja finalidade consiste em promover a distensão das VA do RN com respiração espontânea e a insuflação dos alvéolos. Outro método utilizado é o *hood*, também conhecido como capacete, tenda ou halo, constituído de material acrílico ou plástico, que usa uma concentração menor de oxigênio (HOCKENBERRY *et al.*, 2014). Quando o bebê está utilizando esta última modalidade, seu quadro clínico já está mais estabilizado.

O CPAP foi desenvolvido em 1970 e consiste em um modo de ventilação não invasivo, que é utilizado na pós-extubação do RNPT, auxiliando no desmame e evitando complicações posteriores que levariam a uma reintubação (OLIVEIRA; MORAN, 2009).

O profissional da neonatologia se fundamenta no Boletim de Silverman-Andersen (BSA) para prescrever o CPAP nasal ao RN, que, conforme Bancalari (2006), *apud* Brasil (2011), é um método clínico útil que quantifica o grau de desconforto respiratório e estima a gravidade do comprometimento pulmonar do neonato.

Esse método avalia 5 parâmetros: a retração intercostal superior e inferior, retração xifoide, batimento de asa de nariz e gemidos expiratórios, sendo atribuídas notas de 0 a 2 para cada parâmetro. O autor supramencionado afirma que, quando a somatória das notas for inferior a 5, indica dificuldade respiratória leve; quando for igual a 10, corresponde ao grau máximo de dispneia. Yagui *et al.* (2011, p. 500) nos diz que o CPAP

promove o aumento da pressão transpulmonar, da estabilização torácica, da complacência pulmonar, da relação ventilação/perfusão e da permeabilidade das vias aéreas, razão pela qual é o método de ventilação não invasiva mais utilizado nos RNs com comprometimento respiratório.

A pressão positiva do CPAP pode ser oferecida ao paciente em várias modalidades. No caso do RN, ela é ofertada por meio das prongas nasais que direcionam o ar através das vias aéreas superiores do bebê. Dentre os vários benefícios do uso do CPAP, destacam-se a prevenção de atelectasias, a manutenção da continuidade do ritmo respiratório e conservação do surfactante exógeno (LEÃO *et al.* 2013).

O RNPT em uso do CPAP necessita de um acompanhamento criterioso e contínuo desde a instalação até a manutenção do aparelho, considerando que este dispositivo é instalado na mucosa nasal no neonato, que fica susceptível às complicações advindas de um mau posicionamento, podendo causar isquemia, hiperemia, edema, necrose e desvio de septo, respectivamente. Sendo assim, é importante o profissional enfermeiro estar atento, pois na maioria dos casos o sinal inicial é o edema, o que denota a necessidade de um olhar criterioso do profissional do cuidado, de modo que a intervenção se dê tão logo se perceba a alteração. Entre os cuidados necessários com RN, o enfermeiro pode começar por prevenir infecções através da lavagem adequada das mãos. Ele deve colocar a touca no RN, a fim de sustentar as traqueias de Hudson, proteger a pele com hidrocoloide, realizar movimentos circulares nas prongas de 3 em 3 horas, monitorando seu posicionamento, e aspirar a VA se necessário (ANTUNES *et al.*, 2010).

Os autores relatam ainda que uma posição confortável favorece o menor consumo de oxigênio, a exemplo do decúbito ventral (prona), que é segura, benéfica e pode contribuir para o sucesso no desmame do CPAP em prematuro, e salienta que para manter esta posição é necessária a utilização de coxins de sustentação, de modo a favorecer conforto ao RN e evitar complicações (ANTUNES *et al.*, 2010).

Após o uso do CPAP, recomenda-se o *hood*, que concentra o oxigênio a ser inspirado, permitindo que o sistema respiratório do RN ganhe autonomia. Esta modalidade possui várias formas e tamanhos, além de ser adaptável para cada RN. O *hood* passou a ser utilizado a partir da década de 60 na UTIN, sendo recomendado quando se deseja uma fração inspirada de oxigênio (FiO₂) entre 21 e 90%; na rotina da UTIN, passa a ser utilizado em FiO₂ menores que 60% (MELO *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda alguns parâmetros para o uso do *hood*, quais sejam: RN com respiração espontânea; BSA <5, SatO₂ <89%, e PaO₂ <50mmHg (BRASIL, 2011). Uma das vantagens desta modalidade é incentivar a respiração independente do RN, sem necessidade de cateteres ou máscaras, motivando o uso das vias aéreas superiores e inferiores, promovendo o desmame de forma efetiva. Entre as desvantagens, tem-se o posicionamento do RN, dificuldade da visualização do paciente devido à umidificação e acúmulo de gases e os ruídos causados pelo fluxo de gases, umidificadores e nebulizadores conectados.

Neste sentido, a Academia Americana de Pediatria recomenda que as unidades neonatais monitorem os ruídos para que permaneçam abaixo de 45 decibéis (dB) (MELO *et al.*, 2012). Entretanto, estes autores constataram em seu estudo que os ruídos provenientes desta modalidade ultrapassam o limite recomendado, o que deve ser um elemento de preocupação, pois o desenvolvimento da orelha se dá a partir da quarta semana (orelha interna) e finaliza próximo ao final do período gestacional (orelha média e orelha externa). Por volta da 25^a semana, o feto já escuta. Ao nascer, sua acuidade auditiva está íntegra e ruídos maiores que 45 dB são prejudiciais no desenvolvimento de diferenciação dos sons, o que pode levá-lo à surdez (MOORE; PERSAUD, 2008).

Assim, é de suma importância minimizar os ruídos existentes na UTIN, a fim de não comprometer mais o aparelho auditivo dos neonatos. Para tanto, é necessário o empenho do profissional enfermeiro, de modo a monitorar os equipamentos e aparelhos para que os alarmes, tão frequentes nesta unidade, sejam prontamente atendidos. Vale ressaltar, contudo, que tal responsabilidade não compete apenas ao profissional do cuidado, mas a todos que integram a equipe desta unidade.

Para monitorar a eficácia da oxigenoterapia, usa-se a oximetria de pulso, que consiste em um método não invasivo e contínuo. É constituído por um sensor de LED (diodo emissor de luz) e um fotodetector, sendo utilizado nas extremidades do corpo do RN como mãos, dedos e pés. A luz vermelha e infravermelha emitida pelo LED chega ao fotodetector que, por sua vez, mede a quantidade de luz absorvida pelas hemoglobinas. A hemoglobina oxigenada (oxiemoglobina) absorve mais luz infravermelha do que a desoxigenada (desoxiemoglobina). O fluxo sanguíneo pulsátil é o fator que determina a precisão da oximetria de pulso (HOCKENBERRY *et al.*, 2014).

O Boletim de Silverman-Andersen também é um modo de avaliar a efetividade da oxigenoterapia, pois indica o grau de desconforto respiratório, bem como a gravidade do comprometimento pulmonar conforme os sinais e sintomas apresentados pelo RN. O enfermeiro pode utilizar esta ferramenta na admissão e a cada exame físico do RN, atribuindo-lhe pontuação a cada sinal de melhora ou piora e obtendo um parâmetro de avaliação da eficácia do tratamento (BRASIL, 2011).

Outro método que pode ser utilizado consiste na escala de APGAR, que avalia frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Esses parâmetros dão ao profissional que acompanha o RN um direcionamento em sua conduta para o tratamento e cuidados efetivos do nascimento à evolução do quadro na UTIN.

Como responsável direto pelos cuidados com o RN, o enfermeiro acompanha os processos de oxigenoterapia; instala os dispositivos; observa os parâmetros e notifica alterações; realiza mudança de decúbito e posiciona o bebê para uma efetiva oxigenação; avalia os sinais de melhora ou piora no quadro clínico e ajusta o tratamento conforme a prescrição médica.

A terapêutica com o surfactante exógeno também é utilizada para tratamento da SDR. Neste sentido, Gimenez (2010, p. 6) afirma que “a ação do surfactante na doença da membrana hialina é sem dúvida complexa e ainda não completamente compreendida”.

Entretanto, o Ministério da Saúde (2011) diz que, ao administrar o surfactante, nota-se um aumento da capacidade residual funcional (CRF), em consequência da estabilização dos alvéolos ainda abertos e do recrutamento dos atelectásicos. O aumento da CRF favorece a troca gasosa, melhorando a ventilação e a perfusão, reduzindo o shunt pulmonar e corrigindo a hipoxemia. Ocorre também a melhora da complacência pulmonar, em consequência da homogeneidade alveolar, e diminuição da distorção da caixa torácica por causa da diminuição do suporte ventilatório.

Mesmo sendo eficaz no tratamento da SDR, o surfactante exógeno não contribui na redução de ocorrência de algumas patologias associadas, tais como: displasia broncopulmonar, ducto venoso patente e enterocolite necrosante. Além disso, podem ocorrer complicações, a exemplo de hemorragia pulmonar e obstrução por secreção. No entanto, isso não

interfere em sua efetividade na redução de incidência e tratamento de enfisema intersticial, pneumotórax e SDR (HOCKENBERRY *et al.*, 2014).

O uso do surfactante promove a melhora da oxigenação e reduz o tempo de uso da oxigenoterapia; a internação na UTIN e os índices de mortalidade. Assim, mesmo com eventos adversos, como bradicardia, hipotensão arterial sistêmica, HPIV (hemorragia periintraventricular), entre outros, a utilização dessa terapia é imprescindível para um tratamento efetivo da SDR em RNPT (CABRAL; VELLOSO, 2014).

Contudo, para que esta terapêutica seja utilizada de modo efetivo, deve-se observar alguns parâmetros nos RNs que definem a utilização do surfactante, dos quais se destacam: FiO_2 maior ou igual 0,40 para manter a PaO_2 entre 50 e 70 mmHg ou $SatO_2$ entre 86 e 93%. Se o RN permanecer em VM e mantiver dependência de oxigênio acima de 30% para manter os níveis de PaO_2 e $SatO_2$ ideais. Nos casos do prematuro com peso abaixo de 1.000 g, considera-se o uso do surfactante após a estabilização hemodinâmica do organismo, procurando administrar a primeira dose na primeira hora de vida (BRASIL, 2011).

O surfactante é administrado por meio de ventilação mecânica invasiva (VMI), em que o tubo orotraqueal (TOT) percorre a cavidade oral, laringe e é posicionado na bifurcação da traqueia, denominada Carina. Assim, o surfactante é inserido o mais próximo possível dos alvéolos.

Para obter o sucesso no uso do surfactante como tratamento da SDR, é importante que o obstetra que acompanha gestantes que já têm a previsão de um parto prematuro considere a necessidade de uso de corticoide antenatal a fim de estimular a produção do surfactante endógeno e preparar o parênquima pulmonar da criança para a utilização posterior da substância exógena. Os recursos materiais e humanos devem ser suficientes e efetivos de modo a somar a terapêutica. As dosagens são escolhidas de forma individualizada de acordo a necessidade do RN, geralmente se inicia com 100 mg/kg, com intervalo de 6 horas entre as doses. A eficácia é comprovada no uso de até quatro doses (BRASIL, 2011).

Existem dois tipos de surfactante: o natural, extraído de fonte animal e constituído por proteínas e lipídios; e o sintético, artificial, pobre em proteínas. Geralmente é escolhido o surfactante natural, em função da eficácia no tratamento de RNs com SDR (NASCIMENTO JR. *et al.*, 2014).

Para assistir de forma efetiva o RNPT no tratamento com surfactante exógeno, o enfermeiro segue o roteiro com cuidados específicos

antes, durante e depois da administração do medicamento, conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Assistência ao RNPT na terapêutica com o surfactante

Antes da administração	Durante a administração	Depois da administração
Certificar-se de que todo material está disponível para a administração.	Posicionar o RN abrindo as vias aéreas.	Monitorar sinais vitais.
Aspirar a cânula traqueal 10 a 15 minutos antes de administrar o surfactante (se necessário).	Promover o conforto do RN.	Monitorizar oximetria de pulso.
Monitorar frequência cardíaca, oximetria de pulso, perfusão periférica e pressão arterial sistêmica nos casos de hipotensão ou choque.	Verificar alterações nos sinais vitais e parâmetros respiratórios.	Posicionar o RN confortavelmente, deixando-o imóvel nas duas horas subsequentes, no mínimo.

Fonte: Adaptado (BRASIL, 2011).

Assim, a capacitação do profissional enfermeiro é prioritária, de modo a favorecer a recuperação do neonato e evitar as complicações que muitas vezes a terapêutica impõe. É importante salientar também que o enfermeiro precisa atentar-se ao treinamento da equipe que está sob sua responsabilidade, em geral caracterizada pelos técnicos de enfermagem, para que as ações destes profissionais sejam embasadas em conhecimentos e contribuam efetivamente para a recuperação do neonato. Embora este cliente necessite de aparatos mecânicos (tecnologia dura) para sua sobrevivência, isso não deve sobrepor-se ao uso da tecnologia leve (ver, ouvir, sentir, tocar), já que uma anamnese completa associada ao exame

físico criterioso auxilia o enfermeiro na assistência individualizada e humanizada, objetivando a melhora do neonato.

6.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

Nos primórdios, a enfermagem era conhecida por executar o que lhe ditassem: o que fazer e como fazer. Nos anos 50, ela passou a priorizar o paciente de forma holística, não focando apenas o tratamento da doença, e sim o ser biopsicossocial, com sua historicidade, expectativas e anseios, que precisavam de cuidados. Nesse ínterim, com a profissionalização da enfermagem, notou-se a importância do enfermeiro refletir sobre o porquê de se realizar o cuidado e quando executá-lo (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

Para diferenciar os diagnósticos de enfermagem dos diagnósticos médicos, era preciso estabelecer um embasamento. Assim, Wanda A. Horta influenciou o estudo e aplicação dos processos de enfermagem, tanto nas academias quanto nos hospitais, através da teoria das necessidades humanas básicas, para que a enfermagem adequasse seus cuidados às reais necessidades do paciente, e, a partir dos metaparadigmas da enfermagem, o enfermeiro fosse capaz de analisar o contexto e escolher a melhor teoria de cuidado (BARBOSA *et al.*, 2012).

Quadro 2 – Metaparadigmas da enfermagem

Pessoa	Saúde	Ambiente	Enfermagem
Aquele que recebe o cuidado.	Finalidade da assistência de enfermagem.	Arredores imediatos nos quais se encontra a pessoa que recebe a assistência.	Ciência do cuidado executado por meio de uma metodologia de trabalho.

Fonte: TANNURE; GONÇALVES, 2010, p. 11.

Quando o enfermeiro utiliza as teorias para sua prática assistencial e como embasamento para os processos de enfermagem, o paciente é o maior beneficiado, pois atinge a melhora terapêutica em menos tempo e de forma efetiva. Com o desenvolvimento da ciência da enfermagem a partir de estudos específicos e avanço no desenvolvimento das teorias, tornou-se necessária a criação de um sistema científico e específico, e a partir de então surge a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) (AMANTE *et al.*, 2009).

A SAE é uma prática ou uma implantação usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, sendo de fundamental importância para o trabalho do enfermeiro (ZANARDO *et al.*, 2011). Ela norteia os cuidados de enfermagem, que são divididos em cinco etapas.

A primeira etapa da SAE consiste na investigação. Nessa fase, o enfermeiro realiza uma anamnese completa e criteriosa para conhecer a história do paciente, reconhecendo suas demandas para, assim, iniciar o processo de cuidado (TANNURE; GONÇALVES, 2010). Nesse momento, o profissional realiza também um exame físico completo, de modo a detectar os sinais que requeiram intervenção.

O diagnóstico é a segunda etapa do processo de enfermagem e consiste em avaliar os problemas de saúde/doença não pela visão pessoal do enfermeiro, e sim pela sua investigação inicial, associando-a às técnicas científicas da continuidade do cuidado e subsidiando as decisões tomadas para execução da terapêutica (GÓES, 2010).

A fase seguinte consiste no planejamento que, conforme Bachion (2002), *apud* Tannure e Gonçalves (2010), é embasado em estratégias de ações que visam a alcançar resultados dos diagnósticos de enfermagem. Dessa forma, percebe-se quão importante é o planejamento para a elaboração do cuidado de forma comunicativa e documentada.

A implementação e a avaliação são, respectivamente, a execução do plano de cuidados de enfermagem que objetiva resolução de diagnósticos, prevenção e minimização dos riscos, e o acompanhamento dos resultados esperados na propedêutica do cliente (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

O diagnóstico de enfermagem (DE) tem sido um fator determinante no cuidado do RN na UTIN, pois estes pacientes são instáveis e muitas vezes o seu quadro clínico sofre alterações importantes em um curto período. Além disso, conforme Del'Angelo *et al.* (2010, p. 756), o DE individualiza o cuidado, assim como subsidia a execução e a avaliação

da assistência com base em um raciocínio clínico registrado de forma organizada. Sua vinculação à prática clínica oferece ao enfermeiro a possibilidade de diagnosticar situações de sua responsabilidade e intervir oportunamente.

O diagnóstico pode estar diretamente relacionado ao cuidado do enfermeiro como também pode ser algo complexo e necessitar de cuidados indiretos que dependem de uma equipe multidisciplinar (BARBOSA *et al.*, 2012).

A Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association) declara que:

Diagnósticos de enfermagem acurados e válidos determinam resultados sensíveis à enfermagem. Esses resultados orientam a escolha das intervenções capazes de produzir os efeitos de tratamento desejados. Uma vez mais, as intervenções irão tratar os fatores relacionados (ou fatores de risco) ou as características definidoras. (NANDA, 2013, p. 144).

Destarte, os cuidados de enfermagem são orientados a partir dos diagnósticos, nos quais são priorizados os problemas potenciais e são avaliados os riscos para se trabalhar com a prevenção de patologias secundárias e agravos do quadro clínico instalado. Seguindo tais critérios, o RNPT com SDR possui uma vasta gama de diagnósticos, tornando-o um paciente com grande demanda de cuidados assistenciais.

O profissional enfermeiro precisa planejar sua assistência criteriosamente, para que assim venha a atender as demandas de um ser tão frágil que, apesar de pequenino e vulnerável, é extremamente amado pela família. Nesta perspectiva, Nanda (2013) afirma que os diagnósticos podem ser reais, aqueles inerentes à condição atual, a saber:

- Conforto prejudicado, relacionado a sintomas da doença, definido por irritabilidade.
- Dor aguda, relacionado a sintomas da doença, definido por mudanças na frequência respiratória.
- Padrão de sono prejudicado, relacionado a interrupções para terapêutica, evidenciado por mudança no padrão normal do sono.
- Amamentação interrompida, relacionado à prematuridade, evidenciado pela separação mãe e filho.
- Troca gasosa prejudicada, relacionado a alterações na membrana alveolocapilar, definido por padrões respiratórios anormais.

- Débito cardíaco diminuído, relacionado ao volume de ejeção alterado, definido por resistência vascular pulmonar aumentada.
- Padrão respiratório ineficaz, relacionado à fadiga dos músculos respiratórios, definido pelo uso de musculatura acessória para respirar.
- Resposta disfuncional ao desmame ventilatório, relacionado à dependência de VM por longo período, definido por desconforto respiratório.

A autora relata ainda os diagnósticos potenciais – aqueles relacionados aos riscos que os RNs estão expostos –, nos quais podemos encontrar:

- Risco para o crescimento desproporcional, relacionado à prematuridade.
- Risco para atraso no desenvolvimento psicomotor, relacionado à prematuridade.
- Probabilidade aumentada para infecção, relacionada a procedimentos invasivos;
- Risco para broncoaspiração, relacionado ao uso de sonda.
- Risco para contaminação, relacionado à exposição no ambiente hospitalar.
- Risco para a integridade da pele prejudicada, relacionado a procedimentos invasivos e de contenção.
- Risco de lesão de pele devido à sensibilidade.
- Risco para mucosa oral prejudicada, relacionado a ressecamento.
- Risco para sangramento ou descamação da mucosa oral, relacionado à intubação.
- Risco para ressecamento dos olhos, relacionado ao uso de VM.
- Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, relacionado a extremos de idade e baixo peso.

A síndrome dificulta a respiração em função das trocas gasosas serem ineficazes. Os procedimentos invasivos, a exemplo de punção venosa, instalação de sonda orogástrica, entre outros, são frequentes no RN e sua fixação agride a integridade da pele, que nestes indivíduos é fragilizada, em função da prematuridade, o que contribui sobremaneira para os quadros algícos no bebê, além de predispor as infecções por causa da rica flora existente nos ambientes das UTINs. Eles também são

suscetíveis aos quadros de broncoaspiração, porque o esfíncter esofágico permanece aberto pela utilização da sonda orogástrica.

Dada a imaturidade estrutural da pele dos prematuros, o estrato córneo e a epiderme apresentam-se mais finos, com permeabilidade pouco desenvolvida, causando mais perda de água pelo insensível aumento da demanda calórica, perdas de calor, aumento do potencial de absorção de toxinas, comprometendo assim sua função de defesa contra microorganismos (FONTANELE; CARDOSO, 2005, p. 89).

A nutrição do RN deve ser uma preocupação do enfermeiro, pois nos últimos anos aprendemos quão importante é para o bebê o leite materno. Ele possui nutrientes essenciais para o desenvolvimento da criança, além de suas propriedades imunológicas, e é de fácil absorção e digestão (CAMINHA *et al.*, 2015).

Como a SDR é uma patologia que exige uma terapêutica com oxigenoterapia que envolve em muitos casos intubação ou utilização de outros equipamentos para possibilitar ao RN o suprimento adequado do oxigênio, ele é alimentado através de sonda que muitas vezes tem um aporte inferior às necessidades corporais devido à prematuridade e gasto energético aumentado (NETTINA, 2014). Mesmo tendo a alimentação complementada com vitaminas essenciais, a alimentação artificial não atende as demandas nutricionais que o leite materno oferece. Daí a importância dos bancos de leite humano, que dispensam este precioso alimento, estando o bebê apto para iniciar a alimentação.

As últimas duas décadas têm trazido mudanças importantes também na questão respiratória para o RNPT, pois o avanço da tecnologia, o aumento do conhecimento sobre fisiologia pulmonar, fisiopatologia das doenças respiratórias que acometem o neonato e a terapêutica medicamentosa específica reduziram os índices de mortalidade neonatal (FRIEDRICH *et al.*, 2005).

Neste sentido, Nettina (2014, p. 1465) lista os diagnósticos de enfermagem relacionados aos problemas pulmonares e respiratórios, quais sejam:

- Comprometimento da troca gasosa, relacionado ao processo patológico.
- Desobstrução ineficaz de vias aéreas, definido por ruídos adventícios e excesso de muco, evidenciado por presença de exsudato no espaço alveolar.

Assim, a assistência de enfermagem deve considerar os mecanismos que viabilizem melhorar o padrão respiratório, no qual a aspiração de vias aéreas, embora dolorosa, contribui para minimizar o desconforto respiratório, devendo, porém, ser efetuada com cautela e de forma cuidadosa, por causa dos riscos de sangramento e sequestro de oxigênio.

Durante a gestação, os pais criam expectativas sobre a saúde do filho que está por nascer, neste momento a frase “que venha saudável” é uma constante. Entretanto, quando o RN nasce prematuro e evolui para a SDR, ele é separado dos genitores e encaminhado para UTIN, onde receberá os cuidados que contribuem para a manutenção da vida (MARTINS, 2012).

Nesta condição, a família passa por incertezas cujos diagnósticos, conforme Nanda (2013), são:

- Risco de síndrome do estresse por mudança, relacionado a relatos de impotência.
- Preexistência do medo, relacionado à capacidade de resolução de problemas diminuída, definida pela hospitalização do filho.
- Risco de paternidade ou maternidade prejudicada, relacionado ao nascimento prematuro.
- Risco de vínculo prejudicado, relacionado ao RNPT.
- Risco para conflito no papel de pai/mãe, relacionado à intimidação com modalidades invasivas, como intubação, evidenciado por relutar em participar de atividades usuais de cuidado com o RN.

Embora o RN esteja internado em uma UTIN, o envolvimento familiar é de vital importância para a sua recuperação, sendo o enfermeiro um elo entre os pais e o bebê, para que a separação temporária não comprometa o trinômio maternidade–paternidade–neonato, bem como seja minimizado o medo que os pais apresentam. Estes precisam de acolhimento, de modo que percebam a importância de uma parceria com a equipe multiprofissional que, em função da capacidade técnica, neste momento está encarregada de cuidar dos seus filhos. Entretanto, o bebê vai retornar ao lar tão logo esteja apto, e nisso reside a importância da orientação do enfermeiro para que os cuidados continuem no domicílio.

Em alguns casos, a religiosidade entra no contexto, o que deve ser respeitado e incentivado pela equipe, pois já existem pesquisas que tratam o poder da oração intercessora da família na recuperação de indivíduos hospitalizados. De acordo com os diagnósticos de Nanda (2013),

há um risco para religiosidade prejudicada, relacionado com a hospitalização de um ente querido. Porém, ao associar o lado da espiritualidade com o cuidado prestado, pode-se levar a uma disposição para bem-estar espiritual melhorado, definido por desejo de aumentar o enfrentamento, fazendo com que a família se sinta confortada e esperançosa para cuidar do RN (NANDA, 2013).

Desse modo, o enfermeiro coordena as ações de enfermagem respaldadas pela SAE, garantindo dessa forma um acolhimento e cuidado de qualidade para o paciente (AMANTE *et al.*, 2009). Este profissional promove um ambiente limpo, com baixa sonoridade, atividades educativas para a equipe de enfermagem e genitores, além de uma observação criteriosa sobre o andamento do setor, de forma a notificar e melhorar a qualidade da assistência através desta ferramenta do cuidado.

Entretanto, Amante *et al.* (2009) relataram, em sua amostra, que os enfermeiros não estavam entrosados com a SAE e precisavam aprimorar seus conhecimentos. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Del'Angelo *et al.* (2010), no qual foi constatada a necessidade de educação continuada dos enfermeiros para a elaboração de diagnósticos de enfermagem e implementação de recursos tecnológicos como incentivo do estudo e pesquisa por parte do profissional.

A implementação da SAE nas unidades hospitalares, embora apresente inúmeras barreiras, é possível de ser efetivada; para tanto, o profissional enfermeiro precisa se capacitar e perceber a importância que seu cuidado tem. Os benefícios de uma assistência fundamentada na SAE são inúmeros, tanto para os clientes, por possibilitar uma universalização das condutas assistenciais, o que irá contribuir para uma assistência efetiva e viabilizar a recuperação dos indivíduos que estejam com a saúde debilitada, quanto para o profissional, por possibilitar o tão almejado reconhecimento da categoria.

Com a implementação da SAE, o enfermeiro passa a ter respaldo sobre sua assistência, possibilitando que esta atenda as demandas de cada indivíduo, priorizando assim o paciente como um ser biopsicossocial-religioso (SOUZA *et al.*, 2012). O enfermeiro que reconhece a necessidade da SAE para a oferta de um cuidado efetivo busca implementá-la em sua rotina de trabalho. Nesse contexto, ele precisa munir-se não apenas de conhecimentos técnicos, mas também reconhecer a “enfermagem como ciência”, a fim de ofertar ao RN os cuidados baseados na SAE, objetivando o bem-estar do bebê de forma individual e humanizada.

6.5 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Para que o cuidado do RN seja de fato efetivo, é imprescindível que o enfermeiro entenda não apenas a fisiopatologia da doença, mas também a etiologia da síndrome, a fim de trabalhar a prevenção através do acompanhamento efetivo no pré-natal, de modo a reduzir e ou controlar as comorbidades maternas que predispõem a nascimento de um bebê prematuro, além de colaborar com informações para que a gestante assuma o protagonismo do seu parto e não se exponha aos riscos que a eletividade do tipo de parto inflige ao seu filho.

Espera-se que as reflexões aqui elencadas contribuam para o desencadear de profundas reflexões: nos profissionais de saúde que se comprometeram em cuidar da saúde dos indivíduos e que, não raras vezes, as negligenciam; nas mulheres que assumiram o compromisso com a maternidade e que, muitas vezes em função da ignorância, expõe seus filhos a riscos evitáveis.

Dessa forma, o conhecimento técnico-científico do enfermeiro, tanto durante o tratamento com o surfactante exógeno, como nas modalidades de oxigenoterapia, é essencial para minimizar os longos períodos de internamentos, reduzir os índices de patologias secundárias e devolver o bebê ao seu núcleo familiar.

Por fim, é lícito afirmar que a SAE é uma ferramenta imprescindível para nortear o cuidado do enfermeiro, de modo que este seja efetivo e de fato contribua para a recuperação dos neonatos. Ela possibilita o desempenho do seu papel com nobreza, não deixando de enfatizar a técnica, mas destacando também a sua missão na execução na arte do cuidar do outro, que é parte essencial do “ser enfermeiro”.

REFERÊNCIAS

- AMANTE, L. N. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta; **Revista Esc. Enfermagem USP**, 43 (1); p. 54-64; 2009.
- AMATO, M. B. P. (Coord.); CARVALHO, C. R. R. (Relator). Ventilação mecânica na lesão pulmonar aguda (LPA) e **síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA)**. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**; 33 (Supl. 2): S, p. 119-127, 2007.

- ANTUNES, J. C. P. *et al.* Tecnologia coadjuvante no tratamento do recém-nato prematuro (cuidados de enfermagem no uso do CPAP nasal). **Revista Electronica Quatrimestral de Enfermaria**, n. 20; 2010.
- BARBOSA, E. P. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades de implantação na visão do enfermeiro. **Perspectiva, Erechim**. vol. 36, n. 133, p. 41-51, 2012.
- BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido** – guia para os profissionais de saúde: intervenções comuns, icterícia e infecções. vol. 2, 2. ed. Brasília, 2013.
- BRASIL. **Gestação de alto risco** – manual técnico. 5. ed. Brasília, 2012.
- BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido** – guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. vol. 1. Brasília, 2011.
- BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido** – guia para os profissionais de saúde: problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. vol. 3. Brasília, 2011.
- BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido** – guia para os profissionais de saúde: cuidados com o recém-nascido pré-termo. vol. 4. Brasília, 2011.
- CABRAL, L. A.; VELLOSO, M. Comparação dos efeitos de protocolo de manuseio mínimo em parâmetros fisiológicos de prematuros submetidos à terapia de surfactante exógeno. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. vol. 18, n. 2, pp. 152-164. São Carlos, 2014.
- CAMINHA, M. F. C. *et al.* Fatores de risco para a não amamentação: um caso controle. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. (15): 2, p. 193-199. Recife, 2015.
- CARRIÓ, E. B. **Ventilação oscilatória de alta frequência em neonatologia**. Tese. SOBRATI – Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, 2016.
- CARVALHO, C. R. R. *et al.* Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias; **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 33 (Supl. 2): S, p. 54-70, 2007.
- DEL'ANGELO, N. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 5, p. 755-761, 2010.

- FABRETTI, D. T. **Processo de adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina**. Trabalho de conclusão de curso. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
- FONTENELE, F. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Lesões de pele em recém-nascidos prematuros internados numa unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista RENE**. v. 6, n. 2, pp. 88-95. Fortaleza, 2005.
- FRIEDRICH, L. *et al.* Prognóstico pulmonar em prematuros. **Jornal de Pediatria**. vol. 81, n. 1 (Supl.), p. 79-88. Rio de Janeiro, 2005.
- GIMENEZ, V. G. **Abordagem e assistência do enfermeiro ao recém-nascido prematuro com doença da membrana hialina: uma revisão de literatura**. Tese. UNESC - Centro Universitário do Espírito Santo. Espírito Santo, 2010.
- GÓES, F. S. N. **Desenvolvimento e avaliação de objeto virtual de aprendizagem interativo sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao recém-nascido pré-termo**. Tese. São Paulo: USP, 2010.
- HOCKENBERRY, M. J. *et al.* **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Tradução de M. I. C. Nascimento. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- LEÃO, E. V. V. *et al.* Perfil da utilização do CPAP na UTI Neonatal e o protagonismo do fisioterapeuta. **Revista Movimenta**. ISSN: 1984-4298, vol. 6, n. 1, 2013.
- LIMA, M. B. A. *et al.* Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo com síndrome do desconforto respiratório e icterícia neonatal. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal**. 24-27 de junho, Fortaleza, 2012.
- LUCHETA, T. G. P. **Doenças respiratórias neonatais em prematuros de mães hipertensas e normotensas**. Dissertação. Universidade Estadual Paulista – UNESP. São Paulo, 2011.
- MARTINS, A. M. B. **A história de um bebê: um estudo de caso sobre a vinculação mãe-bebê separados pela internação do recém-nascido**. Monografia FACES. Brasília, 2012.
- MELO, A. L. S. *et al.* Uso do HOOD na UTI Neonatal: é considerada uma terapia segura? **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. (4), p. 1-8, 2012.
- MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- MOORE, K.L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

- NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação. 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- NASCIMENTO JR., F. J. M. *et al.* A síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido: fisiopatologia e desafios assistenciais. **Cadernos de graduação**: ciências biológicas e da saúde. vol. 2, n. 2. Maceió, 2014, p. 189-198.
- KLIEGMAN, Robert *et al.* **Nelson**: tratado de pediatria. 18. ed. Rio de Janeiro: Saunders/Elsevier, 2009.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. v. 4; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- OLIVEIRA, S. M. J. V. *et al.* Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta paul. enferm.** vol. 21 n. 1. São Paulo, jan./mar., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000100008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 5 abr. 2020.
- OLIVEIRA, C. H. Y.; MORAN, C. A. Estudo descritivo: ventilação mecânica não-invasiva em recém-nascidos pré-termo com síndrome do desconforto respiratório. **Consientiae Saúde**. 8 (3), 485-489. São Paulo, 2009.
- RADES, E. *et al.* Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. vol. 26, n. 8, 2004.
- SALLES, A. D. *et al.* **Klauss & Fanarrof**: alto risco em neonatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- SANTOS, L. G. A. *et al.* **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- SOUZA, V. C. T. *et al.* Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médicopaciente. **Revista Bioethikos**. 6 (2), p. 181-190. Centro Universitário de São Camilo, São Paulo, 2012.
- TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem** - guia prático. Guanabara Koogan, 2010.
- YAGUI, A. C. Z. *et al.* CPCP em selo d'água versus CPAP com fluxo variável em recém-nascidos com desconforto respiratório: um estudo controlado randomizado. **Jornal de Pediatria**. (87): 6, pp. 499-504. Rio de Janeiro, 2011.
- ZANARDO, G. M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Contexto e Saúde**. v. 10, n. 20, p. 1371-1374, 2011.



**Parte III:
HUMANIZAÇÃO
DO CUIDADO**

Esta seção do livro não poderia ser mais oportuna. Traz à luz uma rica reflexão acerca da importância do comprometimento da Enfermagem com a essência do cuidado, na busca incessante por uma assistência mais humanizada como meta para guiar os passos do verdadeiro “ser enfermeiro”.

O livro *Protagonismo da enfermagem* trata do que, na assistência de enfermagem, está muitas vezes adormecida: a necessidade de repensar diariamente a humanização do cuidado e o quão importante é promover a interação com o cliente, para que seja estabelecido um relacionamento de confiança, permitindo que seja visto na sua integralidade (físico, social e mental).

Dos autores incluídos nesse belíssimo trabalho, uma delas tive o prazer de acompanhar em momentos da vida profissional. Tenho especial respeito por Eliene Maria dos Santos Tranzillo, enfermeira que compartilhou muito conhecimento enquanto docente do curso de Enfermagem, trabalhou mais de dez anos em uma unidade de referência à saúde da mulher, da criança e do neonato, com quem tive a oportunidade de agregar conhecimento acerca da Enfermagem.

Os capítulos desta parte, um para cada linha de cuidado diferenciado, trazem conceitos, contextualização histórica e pode-se perceber a priorização da assistência dos profissionais de enfermagem articulada com os preceitos do cuidado ético e digno ao paciente, atrelada aos conhecimentos baseados em evidências científicas. O primeiro capítulo traz uma importante abordagem da atuação da enfermagem no centro cirúrgico, destacando os períodos pré, trans e pós-operatórios, e como as condutas na assistência podem proporcionar benefícios para o processo de cura. O segundo capítulo aborda a contribuição do enfermeiro na assistência ao parto humanizado, enfocando a participação ativa da mulher no ciclo gravídico-puerperal, apontando caminhos para minimizar as dificuldades do processo de parturição e intensificando o resgate do empoderamento feminino no processo de parir. O último capítulo nos remete a uma temática pouco abordada: o pai no contexto do aleitamento materno. Tão importante quanto os outros temas, traz uma contextualização acerca do ciclo gravídico-puerperal e a “exclusão” da figura masculina no processo de amamentação. Mais uma vez, remete-se à importância do profissional de enfermagem, aqui enfatizado na figura do enfermeiro,

para alterar esse panorama, buscando os conhecimentos sobre os benefícios da inclusão e participação do pai no aleitamento materno.

A abordagem da seção remete-nos à compreensão de que a humanização da assistência de enfermagem pode proporcionar um resgate dos valores humanos, favorecendo o equilíbrio emocional, a interação entre o paciente e a equipe, contribuindo, assim, para o processo de cura do indivíduo.

A análise contextualizada dos variados temas é um diferencial e nos faz refletir acerca da Enfermagem como verdadeira arte do Cuidar.

Por essas razões, entre outras que se desvelam no conteúdo apresentado pelo livro, é com grata satisfação e com muito orgulho que apresento e recomendo a presente obra. Mais humanização e mais amor. Boa leitura!

Emanoele Nunes Barbosa de Brito
(Enfermeira. Pós-graduanda em
Enfermagem Ginecológica e Obstétrica)

O centro cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar de alta complexidade, por isso dispõe de equipamentos com tecnologia avançada, destinados à manutenção do suporte de vida para os clientes que irão ser submetidos à intervenção cirúrgica. Contudo, para manusear tais aparelhos faz-se imprescindível que a equipe também seja qualificada, minorando os riscos advindos das intervenções invasivas, comuns neste setor.

O tratamento cirúrgico ao longo dos anos foi aprimorando-se e baseia-se na obtenção da cura ou alívio dos sintomas por meio das intervenções cirúrgicas. A cirurgia é uma especialidade médica que visa a tratar as lesões internas ou externas com operações. Essa prática foi uma conquista importante que se tornou possível pela descoberta dos bloqueios anestésicos, evitando-se que o paciente sentisse dor, possibilitando, desta forma, a redução de morbimortalidade e proporcionando qualidade de vida para as pessoas (FIGUEREDO *et al.*, 2010).

O paciente que irá se submeter a uma intervenção cirúrgica passa por período que compreende o que se denomina de perioperatório, e este é subdividido em pré-operatório (período que antecede a cirurgia), transoperatório (durante a cirurgia) e o pós-operatório (que corresponde ao período posterior a cirurgia).

Com frequência, o paciente que se encontra no perioperatório é envolvido por vários sentimentos, a exemplo de medo do desconhecido e da morte, angústia, insegurança, preocupação, ansiedade e estresse, que contribuem com instabilidades hemodinâmicas no cliente e podem inclusive comprometer a realização do ato cirúrgico ou dificultar a recuperação deste. A equipe de enfermagem poderá minorar tais sentimentos com um cuidado humanizado, qualificado e seguro.

A humanização da assistência no CC é uma prática bastante importante e necessária nos dias atuais, pois se refere à mudança de atitude dos profissionais em relação ao contato com os pacientes, no intuito de amenizar tensões nesse ambiente de alta complexidade tecnológica, proporcionando assim uma relação mais dinâmica e prazerosa entre a equipe de enfermagem e o paciente cirúrgico. Tal prática é de fundamental importância para que esses indivíduos tenham uma percepção melhor dos procedimentos, assim como uma experiência cirúrgica mais confiante e agradável.

O processo de humanização da assistência hospitalar surgiu a partir da necessidade de resgatar a condição íntegra do ser humano e de refletir as atitudes dos profissionais de saúde diante da doença e da hospitalização do paciente. Esse movimento procura incorporar a importância do cuidado aliado aos avanços científicos e tecnológicos necessários a esta assistência.

Estes avanços foram importantes e contribuíram para aprimorar a assistência à saúde. Os equipamentos incorporados ao CC favoreceram com a modernização dos atendimentos aos usuários, sendo eles de grande utilidade e importância, pois reduzem o sofrimento e prolongam a vida das pessoas. Em contrapartida, com a rotina dos trabalhos e a experiência adquirida com passar dos anos pelos profissionais que atuam nesse setor, os aparelhos têm sido priorizados em detrimento dos sentimentos das pessoas.

A humanização da assistência de enfermagem no CC pode contribuir para o bem-estar físico e mental do paciente, proporcionando-lhe melhor controle dos sentimentos, respeitando sua dignidade, privacidade e integridade, e os recursos tecnológicos são coadjuvantes necessário para se proporcionar um tratamento efetivo.

Neste trabalho vamos enfatizar esse aspecto, de modo a provocar nos profissionais de saúde que atuam neste setor a necessidade de repensar suas práticas e perceber a importância de se promover uma interação com o cliente que será submetido a intervenções cirúrgicas, minimizando o estresse vivenciado por este e humanizando o cuidado.

7.1 O CENTRO CIRÚRGICO

A unidade do CC é uma estrutura complexa e especializada, possui acesso restrito, com normas e rotinas próprias, e é onde se concentram os recursos humanos e materiais necessários aos procedimentos a serem desenvolvidos, como anestésico-cirúrgicos, terapêuticos e diagnósticos (GUIDO *et al.*, 2008 *apud* FREITAS *et al.*, 2011). Na área hospitalar, essa unidade é considerada um dos setores que sofreu grandes alterações em função da evolução das técnicas cirúrgicas, anestésicas, dos recursos materiais e de equipamentos utilizados nos procedimentos cirúrgicos (GATTO, 1996).

O centro cirúrgico é um lugar de grande relevância para o contexto hospitalar, visto que presta assistência a pessoas que necessitam de trata-

mento cirúrgico provocado por várias situações, seja em caráter eletivo, seja emergencial. As atividades a serem desenvolvidas devem ser desempenhadas com sincronia, harmonia e eficiência, visando à segurança não só do paciente, como também da equipe que ali atua (SILVA, *et al.*, 1997).

As principais finalidades do CC são: realizar intervenções cirúrgicas de modo a devolver o paciente à sua unidade de origem na melhor condição possível de integridade; servir de campo de estágio para o aperfeiçoamento de recursos humanos; ser utilizado para desenvolvimento de pesquisa e aprimoramento de novas técnicas cirúrgicas e assépticas (SOUZA *et al.*, 2007).

Ele é considerado uma área crítica, ou seja, nele existe maior probabilidade de transmissão de infecção hospitalar, por serem realizados procedimentos de risco, nos quais as barreiras protetivas do indivíduo são quebradas em função dos procedimentos que são realizados (BRASIL, 1992).

O planejamento e a organização desta unidade vão contribuir para que o desenvolvimento da assistência a ser realizada para o paciente cirúrgico se dê de forma integral e eficiente em todo o período que envolve o perioperatório.

O CC deve ser implantado em uma área independente, para que fique livre do trânsito de pessoas e materiais que são estranhos a esse serviço. Por conseguinte, possibilita o acesso amplo e fácil de pacientes vindos das unidades de internação cirúrgica, pronto-socorro e terapia intensiva, além de facilitar o retorno destes às unidades de origem (SILVA, *et al.*, 1997).

Os elementos que compõem o CC são independentes e indispensáveis para um funcionamento adequado. Cada um deles possui área com finalidades distintas e importantes para a unidade hospitalar (POSSARI, 2006). Entre eles temos a sala de espera, que é destinada para familiares ou acompanhantes do paciente enquanto aguardam o término da cirurgia e a alta deste da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) (FERNANDES, 2005, *apud* ALBUQUERQUE, 2008).

Tem-se a sala de guarda de equipamentos, se destina a receber os que são necessários a determinados procedimentos cirúrgicos, evitando-se o depósito deles e materiais nos corredores, o que prejudicaria a circulação interna dos profissionais neste setor (SOUZA *et al.*, 2007).

A central de material e esterilização (CME), que também pode ser encontrada nas dependências do CC, apresenta um conjunto de elemen-

tos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde (BRASIL, 1999).

A sala de armazenagem e distribuição de material esterilizado é imprescindível para manter uma boa organização e deve estar equipada com armários fechados para guardar os materiais de maior permanência, e suportes com cestos ou prateleiras para os demais, que são distribuídos diariamente (BRASIL, 2002). “Os vestiários devem estar localizados na entrada do Centro Cirúrgico, de modo que os profissionais e outras pessoas que venham da área de circulação externa, só possam ter acesso ao setor após a troca de roupa, por uniforme próprio e privativo para o local” (SILVA *et al.*, 1997, p. 22).

A sala de conforto é uma área destinada a refeições rápidas, para que os profissionais não consumam alimentos em local inadequado ou deixem a unidade para tal finalidade (POSSARI, 2006). Já a área de recepção de pacientes é reservada para esta finalidade, além de transferi-los da maca proveniente da unidade de origem para a maca do CC (SOUZA *et al.*, 2007).

As salas de cirurgia ou operação são destinadas à realização de intervenções cirúrgicas e endoscópicas. O Ministério da Saúde (MS) preconiza duas salas para cada 50 leitos não especializados (BRASIL, 1994).

Há ainda a sala para depósito de cilindros de gases medicinais, tais como ar comprimido, oxigênio, óxido nitroso e nitrogênio, para uso em aparelhos específicos ou em caso de emergência (SILVA *et al.*, 1997).

O lavabo localiza-se ao lado da sala operatória (SO) e é uma área destinada à escovação das mãos e antebraços com o uso de substâncias degermantes antissépticas. Suas torneiras devem abrir e fechar automaticamente ou através do uso de pedais, para evitar o contato das mãos já degermadas. Em sua parte superior, localizam-se os recipientes contendo as soluções degermantes e escova esterilizada (BRASIL, 2002).

Segundo Silva *et al.* (1997, p. 30): “O expurgo é o local destinado a receber e lavar os materiais usados na cirurgia. Deve possuir um recipiente com sistema de descarga para desprezar as secreções dos frascos dos aspiradores”.

Outro espaço muito importante neste contexto é a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA): área destinada à permanência do paciente após o término da cirurgia, cuja finalidade é a recuperação da narcose (perda dos sentidos) nos que foram submetidos ao ato anestésico. A permanên-

cia do cliente nesta sala pode durar por 6 horas ou período superior, a depender do caso e das condições deste. O número de leitos vai depender da complexidade e quantidade de cirurgias previstas. De um modo geral, estimam-se dois leitos por sala cirúrgica (SOUZA *et al.*, 2007).

Os equipamentos de uma SO podem ser fixos e móveis. Os fixos são aqueles adaptados à estrutura física da sala cirúrgica (foco central, negatoscópio, sistema de canalização de ar e gases, prateleira); os móveis podem ser deslocados de uma sala de operação para outra (mesa cirúrgica e acessórios, aparelho de anestesia, mesas auxiliares para instrumental cirúrgico, bisturi elétrico ou termocautério, aspirador de secreções, foco auxiliar, banco giratório, balde inoxidável, suportes, escada de dois degraus, estrado, coxins, talas, carro para materiais de consumo e soluções antissépticas, monitores, balança, entre outros (SILVA *et al.*, 1997).

Para manter a organização do CC é necessário que nele atuem pessoas dispostas a trabalhar em equipe, a fim de que possam alcançar os objetivos comuns e este trabalho seja embasado no respeito aos trabalhadores e pacientes.

Os recursos humanos que compõem essa unidade são: médicos anesthesiologistas; equipe cirúrgica, que é composta pelo cirurgião, cirurgião assistente e instrumentador cirúrgico; a equipe de enfermagem é composta por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem; escriturário; funcionária do serviço de higienização e limpeza, e o funcionário responsável pelo transporte dos pacientes, denominado de maqueiro (SILVA *et al.*, 1997).

7.2 AS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DO CENTRO CIRÚRGICO

Para que o profissional enfermeiro gerencie a unidade do CC é necessário possuir algumas habilidades, quais sejam: planejar (determinar com antecedência o que vai ser feito); organizar (determinar quando e em que sequência o trabalho deve ser feito); dirigir ou executar um plano (aplicar força humana ao trabalho); controlar (verificar se o trabalho foi realizado), e avaliar (verificar o cuidado prestado). Dessa forma, este profissional estará capacitado para exercer tanto a tarefa de coordenador da unidade quanto a função assistencial que envolve todo o cuidado dispensado ao paciente enquanto este estiver na unidade do CC (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

Assim, as atribuições do enfermeiro que coordena o CC são: supervisionar e avaliar a atuação da equipe de enfermagem; convocar e presidir reuniões periódicas com a equipe; participar da elaboração de plano de cuidados de enfermagem; realizar ações complexas de enfermagem; elaborar escala mensal de serviço e programação de férias; controlar assiduidade e pontualidade do pessoal de enfermagem; realizar a previsão e a provisão de materiais, controlar seu consumo e conservação; identificar as necessidades quantitativas e qualitativas do pessoal de enfermagem, através do dimensionamento de pessoal; auxiliar no parecer técnico sobre materiais e equipamentos a serem utilizados; identificar as necessidades de capacitação da equipe; planejar e distribuir as atividades de enfermagem; delegar competências (ALEXANDRE, 2008).

Conforme o autor supracitado, as atribuições do enfermeiro assistencial são: conhecer as drogas mais usadas em anestésias, seus efeitos benéficos e efeitos colaterais; elaborar o plano de cuidados e supervisionar sua execução; realizar cuidados de enfermagem mais complexos através da utilização do processo de enfermagem desde a admissão até a alta do paciente da SRPA; participar de estudos e pesquisas; informar ao enfermeiro gerencial as ocorrências relacionadas ao paciente e pessoal auxiliar sob sua responsabilidade; colaborar com o enfermeiro gerencial na elaboração da escala mensal, diária e de férias; participar da orientação de pacientes e familiares; promover a educação continuada e capacitação do pessoal de enfermagem; informar aos familiares as condições clínicas dos pacientes sob sua responsabilidade; delegar competências ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

A maioria das ações assistenciais que o enfermeiro realiza é voltada para o paciente, já as funções do coordenador são mais centradas na parte administrativa. Portanto, nota-se que o enfermeiro é um membro importante da equipe multidisciplinar que atua no CC, pois as ações que desempenha são imprescindíveis e essenciais para que os procedimentos sejam realizados de acordo com as condições ideais, técnicas e assépticas, possibilitando que o processo anestésico-cirúrgico seja concluído com sucesso.

No CC, a equipe de enfermagem realiza várias atividades, a exemplo da recepção do cliente, encaminhamento deste à sala de cirurgia, preparação e montagem da sala, teste e verificação da segurança dos equipamentos, mobilização, transporte e avaliação em SRPA (GUIDO, 1995, *apud* BEDIN *et al.*, 2005).

As atribuições do enfermeiro de CC são bastante complexas, o que o remete a diversas competências; embora possuam características voltadas para o cuidado das pessoas, em muitas situações ocorre uma menor atuação na assistência direta ao paciente, quando comparada à atuação administrativa, e isso ocorre por vários fatores, mas a mais prepondera consiste no fato de que em alguns serviços contam apenas com um enfermeiro, tendo este profissional que se desdobrar para conseguir atender as demandas administrativas e assistenciais. Ou seja, muitas vezes a assistência ao paciente, por parte deste profissional, fica comprometida em função das demandas das atividades administrativas para promover o funcionamento do setor.

O enfermeiro possui inúmeras responsabilidades em uma unidade cirúrgica, que vão de atender as necessidades do paciente a manter a segurança e bem-estar da equipe como um todo. É de suma importância que este profissional saiba conduzir a equipe de enfermagem, a fim de obter o melhor resultado na assistência, sendo o trabalho em equipe primordial para um efetivo funcionamento da unidade.

O enfermeiro, como integrante fundamental dessa equipe, deve prestar cuidados mais próximos ao cliente, de modo a empregar os conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação. A troca de experiências e conhecimentos entre o profissional e o paciente deve ser efetivada pois que contribui com a recuperação do deste.

7.3 O ENFERMEIRO DO CENTRO CIRÚRGICO DIANTE DOS AVANÇOS TECNOLÓGICOS

A enfermagem é uma profissão que vem desenvolvendo-se através dos séculos e apresenta um papel importante, pois busca proporcionar o bem-estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, e atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer (BEDIN *et al.*, 2005).

Entretanto, muitos profissionais priorizam em sua atuação apenas a presença da doença nas pessoas, sem que exista um olhar voltado para a valorização do cliente, visto que cada indivíduo é um ser singular, que possui necessidades de variados aspectos.

Com a modernização dos recursos tecnológicos e científicos na unidade cirúrgica, observa-se que o profissional enfermeiro passou a as-

sumir cada vez mais as funções administrativas em detrimento das assistenciais, afastando-se demasiadamente do seu objeto de trabalho: o cuidado das pessoas.

Além disso, a equipe cirúrgica passou a realizar as atividades de forma rotineira, automática. Observa-se que em vários momentos o paciente é tratado com frieza e indiferença, sendo identificados não pelo nome, mas pela cirurgia a que será submetido, pela sala que vai ocupar ou pelo nome do cirurgião que vai operá-lo, o que pode ser visto como uma perda da identidade e personalidade do paciente, como desumanização do cuidado (KIKUTI; TURRINI, 2005).

Novas tecnologias foram implantadas no CC para modernizar o atendimento e desempenham uma importante função, pois prolongam a vida e diminuem o sofrimento das pessoas. Entretanto, elas não podem ser preteridas em detrimento da assistência, afinal seu objetivo é somar para um atendimento efetivo.

Em síntese, Ferreira (2002) conceitua tecnologia como o conjunto de conhecimentos, especialmente princípios científicos, que se aplica a um determinado ramo de atividade. Já conforme McConnel (1994), *apud* Secoli *et al.* (2005 p. 332), tecnologias médicas são “técnicas, drogas, equipamentos e procedimentos usados pelos profissionais em saúde na assistência ao indivíduo e no sistema de saúde”.

A tecnologia no contexto da enfermagem representa a ação que um profissional de enfermagem deve desempenhar sobre um indivíduo, e esta ação pode ser expressa no sentido de preocupação integral com a saúde deste nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, com ou sem a ajuda de instrumentos (CECCIM, 1998).

Nessas acepções, entende-se que a tecnologia não se aplica exclusivamente aos equipamentos implantados no CC, mas que se refere também ao estudo das técnicas, processos e dos métodos usados neste setor, reunindo todo o conhecimento adquirido ao longo dos anos, através de pesquisas e estudos, para proporcionar sobrevida para as pessoas que necessitem em algum momento de uma intervenção cirúrgica.

Nesse sentido, as tecnologias que são envolvidas no trabalho em saúde são classificadas em duras, leve-duras e leves. Nas tecnologias duras são incluídos os equipamentos, produtos químico-farmacêuticos, procedimentos médico-cirúrgicos, estruturas organizacionais e dispositivos de uso terapêutico. As leve-duras são compostas de saberes estruturados, normas e rotinas. Já as tecnologias leves são compostas por instrumen-

tos sociais, ou seja, das relações, como produção de vínculo, acolhimento e o cuidado (MERHY, 1997).

Segundo os conceitos supracitados, no âmbito cirúrgico as tecnologias incorporadas são de alto nível, a fim de proporcionar aos pacientes melhorias e qualidade de vida. Com base nisso, a tecnologia escolhida pelo enfermeiro para desenvolver a assistência neste setor são as leves, pois que, se comparadas às duras, têm um custo baixo, possuem facilidade na aplicação e proporcionam uma experiência cirúrgica menos traumática.

Nesse contexto, é essencial que o enfermeiro, como parte fundamental da equipe disciplinar, participe constantemente do processo de atualização científicotecnológica. Isso é fator importante para que este profissional apresente condições de auxiliar no planejamento, organização, condução e avaliação dos recursos disponibilizados para o cuidado do paciente (SECOLI *et al.*, 2005).

Diante disso, percebe-se que o enfermeiro, no processo de tomada de decisão da equipe de enfermagem, possui habilidades que são capazes de avaliar o uso da tecnologia quanto aos aspectos de segurança, efetividade, custo-benefício, impacto social, enfatizando e analisando as questões éticas envolvidas nas diferentes situações do atendimento ao paciente (LOURO *et al.*, 2002).

Assim, observa-se que o uso das novas tecnologias, que estão sendo disponibilizadas para a unidade do CC, tem proporcionado uma assistência qualificada da equipe de enfermagem para os pacientes em todos os períodos operatórios, em especial no intraoperatório, no qual equipamentos da área biomédica estão aliados à tecnologia da informação e do saber, e têm contribuído como coadjuvantes para um assistência efetiva (OLIVEIRA; SERVO, 2004).

Infelizmente, muitos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho utilizam prioritariamente a tecnologia dura, **não mais centrados** na essência humana; agindo de maneira fria e tecnicista, **não conseguem tocar a alma das pessoas**, nem ver por trás do silêncio ou das lágrimas um pedido de ajuda, um grito de socorro. É importante que o enfermeiro durante seu atendimento ao paciente consiga perceber que este indivíduo necessita de atenção e carinho, o que apenas o elemento humano é capaz de oferecer.

Com os avanços tecnológicos implantados nas unidades do CC, os enfermeiros necessitaram de aprimoramento e atualização contínua, de

modo a promover também a capacitação da equipe de técnicos de enfermagem para que o manuseio dos equipamentos seja adequado de modo a não comprometer a qualidade e segurança do atendimento ao paciente.

É reconhecido que os avanços tecnológicos trouxeram maior segurança tanto para a realização de procedimentos de risco quanto para a monitorização dos parâmetros vitais do paciente [...]. Este avanço contribuiu para o aperfeiçoamento das técnicas e a utilização de aparelhos e equipamentos altamente sofisticados na área da saúde. (KIKUTI; TURRINI, 2005 p. 27).

É evidente que na unidade do CC houve um aumento na complexidade tecnológica, científica e nas relações humanas. Este setor representa a unidade que mais requer recursos tecnológicos sofisticados e para acompanhar esse desenvolvimento o enfermeiro deve estar em constante aperfeiçoamento, buscando adaptar-se às mudanças tecnocientíficas que são cada vez mais incorporadas.

Neste sentido, Oliveira e Servo (2004) relatam que as transformações tecnológicas no mundo contemporâneo têm estimulado o desenvolvimento da educação permanente, no sentido de se rever, atualizar e aumentar conhecimentos e habilidades dos profissionais. Já Secoli *et al.* (2005) afirmam que o grande desafio, na atualidade, é preparar profissionais de forma a garantir a atualização e incorporação dos conhecimentos necessários para o uso dos recursos tecnológicos existentes, em velocidade que os aproxime das máquinas, mas sem que se percam valores humanos fundamentais.

Porém, Kikuti e Turrini (2005) concluíram que a relação da tecnologia com a humanização tem sido carregada de controvérsias, principalmente pelo risco de grandes transformações e pela inversão de valores que podem decorrer de sua utilização. Embora esse processo se instale silenciosamente e se torne cada vez mais enraizado pelo cotidiano, o resultado se percebe quando o paciente relata sua experiência no bloco cirúrgico.

Com a modernização dos recursos tecnológicos e científicos, houve premente necessidade de capacitação contínua dos profissionais que atuam no bloco cirúrgico. Embora seja um desafio para muitos profissionais deste setor, é necessário um despertar para a busca contínua do saber. Baseado nesse estudo, observou-se que a tecnologia e a humanização são assuntos distintos, e muitos profissionais apresentam dificuldades em correlacionar suas implicações com o cuidado do paciente, fazendo com

que durante a rotina priorizem as técnicas e os equipamentos implantados nesse setor.

Na maioria das vezes, o paciente é levado até a sala de cirurgia de forma impessoal, não existindo nenhum diálogo, nenhum gesto que expresse que ele pode verbalizar seus sentimentos. Este é um momento de tensão para qualquer indivíduo que vivencia tal experiência, no qual ele sente medo, preocupação, ansiedade, o que muitas vezes contribui para instabilidades hemodinâmicas, mais especificamente, aumento da pressão arterial, o que pode comprometer a realização do ato cirúrgico; na vigência do ato, pode ocasionar problemas na sua realização, resultando em perda sanguínea maior, o que dificulta a recuperação do cliente.

É importante que o profissional estabeleça um diálogo acolhedor com o paciente, para que a confiança seja estabelecida, respeitando sua individualidade, tratando-o como um ser humano e sendo capaz de inverter os papéis, ou seja, se o profissional fosse o indivíduo a ser cirurgiado, como gostaria de ser tratado? Se fosse colocado na mesa operatória de forma impessoal, enquanto a enfermagem assume uma função tecnicista, dando atenção aos equipamentos e seu funcionamento, sem maiores esclarecimentos ou respostas às angústias do paciente cirúrgico, como se sentiria?

Assim, observamos que o atendimento destinado ao paciente vai distanciando-se da teoria, uma vez que, na prática, em várias situações, o atendimento individualizado é praticado de forma mecânica. Desta forma, a ética profissional, que tanto deve ser conservada, acaba substituída por práticas incoerentes em razão de vários motivos, como a escassez de tempo – em alguns por comodidade –, tornando o ambiente cada vez mais (des)humano (BEZERRA, 2007).

7.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida das pessoas, e atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, obedecendo aos preceitos da ética e da legalidade, respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões; esta profissão deve ser exercida com compromisso, equidade, dignidade e responsabilidade. A assistência de enfermagem deve ser prestada sem discriminação de qualquer natureza, assegurada ao clien-

te livre de danos decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência (COFEN, 2007).

Diante das ponderações feitas, a negligência consiste na inação, inércia, passividade ou omissão. É negligente quem, podendo ou devendo agir de determinado modo, por indolência ou preguiça mental, não age ou se comporta de modo diverso (NORONHA, 1995).

Já a imperícia refere-se à falta de conhecimento, de preparo técnico ou habilidade do profissional para executar determinada atribuição, expondo o cliente a riscos com possibilidade de acometimento danoso à integridade física ou moral (GONÇALVES, 2000). Em contrapartida, a imprudência consiste na ação precipitada e sem precaução do profissional, expondo o cliente a riscos desnecessários ou quando não há esforço para minimizá-los (BRASIL, 2002).

Para que o cuidado prestado pela equipe de enfermagem seja efetivo, é preciso dispor-se de recursos técnicos e humanos em perfeito funcionamento, com pessoal capacitado, de modo a garantir ao paciente uma assistência segura e eficaz, isentando-o de riscos de ocorrências prejudiciais referente à conduta negligente, imprudente ou inapta (FREITAS, 2002).

Esta profissão baseia-se no cuidado valorizando a individualidade e a particularidade de cada ser. Suas ações estão integradas aos conhecimentos técnicos e científicos construídos nas práticas sociais, éticas e políticas. Durante o processo de cuidado do paciente no CC, muitos conflitos e dilemas éticos podem ser evidenciados; contudo, a equipe de enfermagem deve priorizar os aspectos humanos envolvidos na assistência (OLIVEIRA; ROSA, 2015).

Os autores supracitados observaram ainda que os enfermeiros, como profissionais integrantes da equipe cirúrgica, têm a responsabilidade de questionar, refletir e debater os pontos polêmicos, atuando, pois, ativamente em busca de soluções éticas diante das situações de enfrentamento.

Nesse sentido, a ética está direcionada à reflexão crítica sobre o comportamento humano, que interpreta, discute, problematiza, investiga os valores, princípios e o comportamento moral, à procura do bem-estar da vida em sociedade (FORTES, 1998).

Com isso, o bem-estar do próximo é um fator importante que precisa ser priorizado na assistência pelos profissionais de enfermagem do CC, e esta prática não pode ser desarticulada dos preceitos do cuidado

ético e digno ao paciente. Tanto no aspecto político quanto no cuidado individualizado, requer desses profissionais a percepção das implicações éticas do cuidado, atuando com comprometimento, competência e responsabilidade (DOMINGOS, 2007).

Diante do exposto, percebe-se que a ética é extremamente importante e necessária, e deve estar presente em qualquer profissão, sobretudo em enfermagem, pois ela direciona o ser humano a uma reflexão de como agir e se portar em diversas situações para respeitar o outro em sua singularidade.

Observa-se que a ética é difícil de ser vivenciada e disseminada no cotidiano das pessoas, pelo fato de que estão envolvidos nesse contexto muitos valores, como os culturais, sociais e religiosos, e eles fazem parte do caráter de todo indivíduo, demonstrando que a prática ética vai diferir para cada um. Além disso, percebe-se que alguns profissionais de enfermagem em sua atuação não demonstram priorizar os princípios da ética e da bioética, o que evidencia a necessidade de uma reflexão crítica sobre sua prática no CC, pois é nesse pensar crítico que se pode melhorar a atuação prática presente e futura (FREIRE, 2005).

No contexto da enfermagem, a ética é envolvida em condutas e ações que estão atreladas ao conhecimento, valores, habilidades e atitudes compreendidas no sentido de favorecer as potencialidades do ser humano, com a finalidade de manter ou melhorar a condição humana, seja no processo de viver, seja no de morrer (WALDOW, 2001).

O princípio fundamental da ética é o respeito ao ser humano, e cabe à equipe de enfermagem do CC respeitar sua condição de sujeito participativo e autônomo. Nesse sentido, surge a definição de vários códigos, normas e princípios que são direcionados para nortear os grupos de profissionais nas suas atividades e relações como ser humano (LEITE *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Cofen) foi criado com o intuito de proporcionar-lhes o conhecimento dos deveres, princípios, direitos, responsabilidades e proibições pertinentes à conduta ética. Além disso, leva em consideração a necessidade e o direito da assistência de enfermagem para a população, os interesses do profissional e de sua organização, favorecendo a solidariedade e o companheirismo entre os profissionais e os pacientes (COFEN, 2007).

Nos valores da profissão estão embutidos o conhecimento atualizado e a autonomia do profissional para que, com competência, atinja através

da ação gerencial uma assistência qualificada ao ser humano; em termos filosóficos práticos, este profissional deve procurar alcançar, por meio da ação, o bem do homem e nesse sentido integrar questões éticas no seu agir. (TREVIZAN *et al.*, 2002, p. 87).

Portanto, as atividades desenvolvidas no CC devem ser realizadas de modo a priorizar uma assistência digna e respeitosa, o que nem sempre ocorre, pois infelizmente há momentos em que a equipe se comporta como se o paciente não estivesse presente no setor, contribuindo para que este se sinta envergonhado, constrangido e não acolhido, exposto na sala cirúrgica. Outro ponto é a ocorrência de conversas paralelas e inconvenientes durante o ato cirúrgico.

Quando a ética é abordada no contexto hospitalar, vários fatores são envolvidos para garantir que o paciente, desde a sua entrada no CC, seja atendido de acordo com todos os requisitos éticos e legais, a fim de garantir que ele fique livre de qualquer dano físico, mental ou social.

Backes *et al.* (2006, p. 133) elucidam: “[...] desse modo, a ética, por enfatizar os valores, os deveres e direitos, o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, constitui-se numa dimensão fundamental para a humanização hospitalar”. Eles afirmam ainda que implementar um processo de humanização fundamentado na ética implica o resgate da dimensão humana das e nas relações de trabalho e sua permanente problematização, de modo que as práticas respeitem a condição de sujeito dos seres humanos, sua dignidade, valores, direitos e deveres.

O Cofen (2007), no art. 19, diz que os profissionais de enfermagem devem “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do paciente”.

A ética, por enfatizar os valores, deveres, direitos e o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, procura ultrapassar um feixe de normas e colocar-se a serviço do homem. Assim, mais do que formular determinadas normas e cristalizá-las num código, a ética profissional busca realizar uma reflexão crítica e questionadora, que tenha, por finalidade, promover uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais, a fim de salvar vidas (LEITE *et al.*, 2009).

O CC é uma unidade complexa de um ambiente hospitalar envolvido por vários fatores críticos e polêmicos que exigem do profissional enfermeiro habilidade para solucionar tais eventualidades, além de fazer com que sua equipe venha a refletir sobre qual conduta deve ser desempenhada nessas situações para manter a ordem e a dinâmica neste setor.

Com este estudo, nota-se que a ética é uma conduta extremamente importante para as práticas humanísticas, pois mostra os caminhos que devem ser percorridos no ambiente de trabalho a fim de evitar eventuais danos para o cliente.

Diante da situação apresentada, é evidente que o paciente deve ser respeitado em todo o momento; no CC, desde a sua entrada até a saída da SRPA, mesmo que esteja sob efeito de anestésicos, sua integridade física deve ser mantida. Os profissionais que fazem parte da unidade de atendimento cirúrgico não podem esquecer que essa atitude é extremamente importante e necessária entre a equipe de saúde. Para que o profissional de enfermagem atue na unidade cirúrgica, faz-se necessário possuir várias qualidades, entre elas podemos citar a postura ética, o que representa uma atitude respeitosa e comprometida com os clientes e com a equipe. A ética nos impulsiona a refletir não como as coisas são, mas como devem ser.

7.5 A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

A humanização da assistência ao longo dos anos foi aprimorando-se e passou a ser reconhecida como uma prática extremamente importante para o contexto da enfermagem. Para enfatizar esse estudo, será relatada uma breve abordagem sobre a história da humanização e sua implicação nos dias atuais.

Para fins de conhecimento, compreende-se que o humanismo é uma postura de vida baseada na democracia e na ética, e demonstra que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido às suas próprias vidas, construindo uma sociedade mais humana, pautada na capacidade de cada indivíduo. Um humanista pode ser definido como alguém cuja visão de mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos, realçando a liberdade do indivíduo, a razão, as oportunidades e os direitos (GAADER, 2002).

O humanismo teve seu surgimento na Grécia antiga e apresentava a característica importante de valorizar o ser humano, ou seja, colocava-o no centro de todas as coisas existentes. Baseava-se nos direitos humanos, em que toda pessoa deve ser valorizada e respeitada como indivíduo.

Muitos estudiosos daquela época conferiam sua origem a Sócrates, um filósofo grego que mantinha seus pensamentos centrados nos pro-

blemas humanos. Ele fazia com que as pessoas viessem a refletir acerca do bem e do mal, colocando em dúvida, em vários momentos, a existência dos deuses.

As ideias humanistas também foram alimentadas pelos estoicismos, que são doutrinas baseadas nas características éticas do indivíduo e de seu bem-estar moral. Essa doutrina idealizava a natureza, os princípios de solidariedade entre as pessoas e a busca da felicidade. Nessa perspectiva, tanto os pensamentos estoicos quanto os de Sócrates foram importantes, pois eles firmavam na ideia de que os seres humanos são os responsáveis por garantir a vida social, a convivência e compaixão entre as pessoas, e não os deuses (DESLANDES, 2006).

No Iluminismo, em 1789, na França, surgiu a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que consagrou os direitos, a liberdade, a fraternidade e a igualdade dos indivíduos e dos cidadãos.

A liberdade é em geral interpretada como a não interferência da autoridade na esfera dos interesses privados. A fraternidade se estabelece quando existe de fato uma comunidade politicamente solidária, com indivíduos iguais e livres. E a igualdade seria a ausência de privilégios entre os cidadãos, independente de classe social, credo, raça e outras características que poderiam diferenciá-los. (SILVA, 2011 p. 123).

As etapas mencionadas sobre o humanismo tiveram uma contribuição positiva para que hoje pudéssemos refletir sobre essa conduta realizada por muitos em diversas áreas. No presente século XXI, é necessário restituir o conceito de ser humano mais solidário com as pessoas e que dê grande importância a seus sentimentos e necessidades, valorizando a vida e a harmonia entre todos.

Nos dias atuais, na área da saúde, o termo “humanismo” foi substituído pelo vocábulo “humanização” e vem recebendo reconhecimento por sua importância para os serviços de saúde, sendo prioridade em várias áreas. A humanização do setor de saúde significa um movimento que institui o cuidado e a valorização das relações, que preza pelo inter-relacionamento com seus semelhantes (DESLANDES, 2006).

Quando o cliente se encontra doente e precisa de atendimento, necessita receber da equipe interdisciplinar, antes mesmo de qualquer intervenção, um cuidado humanizado baseado na sua necessidade, oferecendo-lhe um serviço com qualidade. Para que a humanização seja eficaz e eficiente nos serviços, é necessário um aporte tecnológico e científico,

mas, acima de tudo, propostas que sensibilizem as pessoas que estão envolvidas no atendimento direto ao paciente.

Nessa perspectiva, surge a Política Nacional de Humanização (PNH), a partir da necessidade de se resgatar do profissional de saúde um olhar mais humano e uma atitude menos mecanicista.

Segundo o Ministério da Saúde, a PNH, criada em 2003, tem o objetivo de promover um movimento ético, político e social, de forma que altere os modos de gestão e de cuidado em saúde. A opção por se tornar a humanização como política pública no Sistema Único de Saúde (SUS) foi para incluí-la como um valor do cuidado e da gestão, para afirmação de uma nova ética na saúde: a de colocar no primeiro plano as pessoas, seus interesses, desejos e necessidades (PASCHE, 2009).

Esta política tem como proposta melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais nos serviços de saúde, mediante a implantação de novos modos assistenciais, baseados no carinho e respeito pelo ser humano.

A PNH tem como objetivos: a valorização social dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde dos usuários, profissionais de saúde e gestores; mudança na cultura do atendimento e da gestão vigente nos serviços de saúde, melhorando sua qualidade e eficácia; capacitar os profissionais de saúde para um novo conceito de assistência que valorize a vida humana e a cidadania; estabelecimento dos vínculos solidários, princípios e valores – a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários; identificação das necessidades sociais da saúde e melhoria das condições de trabalho para os profissionais (BRASIL, 2001).

Essa política de assistência visa a melhorar as relações entre profissionais, usuários e profissionais, e hospital e comunidade, demonstrando pelo próximo empatia, atenção e respeito, pois cada pessoa é única, com suas particularidades. Assim também deve ser a assistência prestada pelo enfermeiro, para que o paciente seja atendido em sua singularidade, proporcionando-lhe bem-estar físico, independentemente de sua cor, raça, sexo e idade. Todos têm direito à saúde, e esta deve ser efetiva e de qualidade.

Segundo a Constituição Federal, em seu art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A equipe de enfermagem deve compreender que as ações humanísticas são extremamente importantes para o paciente, devendo o ambiente a ser ocupado por ele ser agradável, confortável e seguro. É importante também passar para equipe multiprofissional uma cultura de humanização, para que o processo do cuidado seja priorizado.

Para Simões *et al.* (2007, p. 440), “falar em humanização da assistência em saúde é tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de toda equipe envolvida no processo de trabalho”.

A essência da humanização foi expressa por Bedin ao referir que:

Humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano. (BEDIN *et al.*, 2005, p. 119).

Entretanto, Christóforo e Carvalho (2009) evidenciaram que os cuidados realizados no CC estão voltados principalmente ao preparo físico do paciente, com poucas orientações em relação ao procedimento cirúrgico e aos cuidados de enfermagem efetuados. Percebe-se que alguns destes cuidados deixam os pacientes muito constrangidos: a colocação da camisola cirúrgica, a retirada de roupa íntima e da prótese dentária. Enfim, este estudo permitiu que se identificassem fragilidades no cuidado do paciente cirúrgico, no sentido de contribuir para a reflexão sobre a necessidade de mudança nas práticas da enfermagem no ambiente hospitalar, pois sentimentos como medo, angústia, insegurança são mais aflorados ao longo do processo de cuidado e principalmente ao entrar no CC, o que pode ser reflexo do acolhimento que muitas vezes não é realizado de forma satisfatória, considerando que o indivíduo possui demandas de ordem física, emocionais e psíquicas e, nem sempre, suas necessidades mais prementes, em relação às questões que envolvem o pré-operatório, são priorizadas (GIRON *et al.*, 2013).

Silva e Nakata (2005) constataram que a maioria dos pacientes estudados não recebeu orientações adequadas sobre suas cirurgias, não teve o apoio necessário por parte da equipe de saúde e apresentou, do início ao fim da internação, ansiedade e sofrimento, em face do desconhecimento

do que haveria de enfrentar durante a internação, o que leva a comprovar, portanto, que a equipe de saúde não está valorizando o ser humano como principal objetivo da profissão.

Giron *et al.* (2013) perceberam que a humanização ficou expressa na forma de cuidado e do conhecimento prático do profissional, que compreendeu as reais necessidades do usuário. O acolhimento foi compreendido como uma maneira de os usuários serem bem atendidos e dos profissionais resolverem os problemas de saúde, oferecendo-lhes um atendimento personalizado.

Em suma, nota-se que no período pré-operatório o paciente se sente bastante fragilizado, os sentimentos como ansiedade e medo estão mais aflorados, e isso é reflexo da desinformação acerca do procedimento a ser realizado. Os estudos aqui elencados mostraram que grande parte da equipe de enfermagem não transmite com precisão as informações necessárias sobre a cirurgia, os cuidados e a recuperação do paciente, além de não prover de meios cabíveis para aliviar os sentimentos de medo e ansiedade, demonstrando, dessa forma, que o elemento humano não está sendo priorizado por estes profissionais. Contudo, observou-se que existem profissionais com um olhar voltado para a humanização da assistência, para o cuidado e necessidades do paciente, que fazem do acolhimento a ferramenta primordial para um atendimento qualificado.

A equipe interdisciplinar tem um papel extremamente importante na prestação da assistência humanizada, pois a humanização deve ser realizada em conjunto e sintonia por todos que atuam no serviço, atendendo as necessidades do paciente, sejam estas físicas, sejam mentais e sentimentais, transmitindo-lhe respeito e confiança.

Nessa perspectiva, a humanização proporcionará um resgate dos valores humanos que devem nortear a equipe de enfermagem. Embora exista a necessidade do envolvimento do enfermeiro nas questões administrativas do CC, é importante que não se perca a essência do cuidado ao paciente.

É valioso ressaltar que a humanização é necessária em todo o processo do atendimento prestado ao paciente, visando a retomar o respeito e a dignidade humana, levando em consideração os aspectos envolvidos, seja no processo de saúde, seja no de doença.

Assim, para Silva *et al.* (2012 p. 1), “[...] humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias

em que se encontram seus valores e limitações sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano”.

Baseado nas informações apresentadas, o enfermeiro, ao programar seu cuidado, deve compreender que os indivíduos são envolvidos por vários aspectos em sua vida, é um ser que sente, vive, pensa, possui história e sentimentos. Nas ações de cuidado, deve-se considerar a complexidade do ser humano, pois a humanização refere-se ao atendimento das necessidades integrais do indivíduo e das necessidades humanas básicas (DOMINGOS, 2007).

A humanização da assistência de enfermagem é uma conduta extremamente importante no CC, e os profissionais que executam a assistência ao paciente precisam compreender sua importância, bem como a real necessidade do cuidado na vida das pessoas. Tal conduta irá proporcionar benefícios nos aspectos físicos, mentais e sentimentais, contribuindo assim com o processo de cura nestes indivíduos.

A equipe do CC, ao estabelecer um elo de confiança com o paciente, predispõe sentimentos de gratidão, carinho e respeito, proporcionando bem-estar e contribuindo, embora indiretamente, para que o ato cirúrgico ocorra sem intercorrências.

É válido ressaltar que o ser humano, quando afetado por uma enfermidade, torna-se vulnerável, o que requer do enfermeiro um olhar diferenciado e respeitoso, pois o paciente é um ser humano, não uma máquina a ser reparada ou um objeto a ser reconstituído. Com isso, faz-se necessário modificar a forma de tratamento que geralmente é imputada a este, susceptível, muitas vezes, à morte. Essa situação favorece o surgimento de sentimentos que atuam negativamente no processo de cura do paciente, leva-o a buscar na equipe de saúde segurança, afeto e solidariedade (SILVA e NAKATA, 2005).

Um dos instrumentos de grande importância e que contribui para o processo de humanização no CC é a comunicação, pois representa um processo terapêutico que envolve escutar e interpretar as necessidades do cliente, além de facilitar a interação entre as pessoas. O enfermeiro deve considerar que esta ferramenta pode contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem, no intuito de despertar um sentimento de confiança no paciente quanto aos cuidados dispensados pela equipe.

Segundo Silva e Nakata (2005, p. 673), “para que o profissional de saúde, particularmente o enfermeiro, possa se relacionar adequadamente

com o paciente, ele deve saber se comunicar, pois a comunicação é uma exigência da própria natureza humana”.

Nesse contexto, o estabelecimento de um diálogo prazeroso e tranquilo entre a equipe de enfermagem e o paciente é um fator importante, que deve sempre estar presente neste setor, pois permite que o cliente exteriorize seus sentimentos, medos, dúvidas, dores, com o intuito de que esses profissionais intervenham de forma efetiva, a fim de aliviar o problema apresentado, uma vez que sem comunicação não há humanização (BRASIL, 2000a).

Diante do exposto, o paciente no período perioperatório pode apresentar um alto nível de estresse, bem como desenvolver sentimentos que podem afetar negativamente o seu estado emocional, tornando-se vulnerável e dependente. Ademais, isso independe do grau de complexidade da cirurgia, pois a desinformação sobre o procedimento, tipo de anestesia e cuidados a serem realizados pode gerar conflitos (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

É imprescindível, portanto, que, ao prestar-se assistência ao paciente, exista uma integração entre a prática humanística e a evolução da tecnologia. Conforme o Ministério da Saúde, “humanizar é ofertar o atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 5).

Embora o CC seja uma unidade bastante dinâmica, na qual os recursos tecnológicos e o processo técnico-científico estão em constantes modificações, o enfermeiro, como parte fundamental da equipe multidisciplinar desse setor, tem a responsabilidade de manter um atendimento humanitário, buscando valorizar o paciente, de modo que as necessidades deste sejam atendidas, e os receios, minimizados, por meio de uma escuta ativa, pois nada substitui a atenção e o cuidado humano, que é importante para proporcionar o equilíbrio emocional. Assim, é lícito afirmar que a interação entre o paciente, a equipe e o enfermeiro contribuem com o processo de cura do indivíduo.

7.6 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

O centro cirúrgico é um setor do hospital de alta complexidade, em função dos recursos tecnológicos e dos tratamentos que são realizados. Para tanto, precisa dispor de uma equipe capacitada, na qual o enfermei-

ro é um integrador entre os diferentes elementos humanos que atuam neste setor. Além de ser responsável pela manutenção do funcionamento adequado da aparelhagem, deve se comprometer com a capacitação da equipe técnica sob sua responsabilidade.

Este profissional precisa reconhecer a importância dos princípios da ética profissional e ser um norteador de condutas. O parâmetro deve ser o de se colocar no lugar do paciente: estaria ele satisfeito com a assistência recebida? A partir dos resultados, o cuidado poderá ser revolucionado, de modo a alterá-lo totalmente, melhorá-lo ou mantê-lo.

No decurso de uma enfermidade, o indivíduo passa por vários dilemas e, quando precisa de uma intervenção cirúrgica, sentimentos de medo, dúvidas, angústias, insegurança povoam sua mente, contribuindo de modo desfavorável para que a intervenção cirúrgica se dê sem maiores danos. Por isso é importante o paciente se sentir acolhido pela equipe de enfermagem, para encontrar espaços e expor seus sentimentos, o enfermeiro poderá contribuir nesse momento, sanando as dúvidas, fazendo que ele se sinta seguro e confiante.

A humanização do cuidado deve acontecer em todos os setores, porém no centro cirúrgico, em função da fragilidade do doente e do medo da morte, ela precisa fazer parte das ações dos profissionais de modo prioritário e requer um olhar sensível, no qual o profissional se veja na condição do outro, para a partir daí alterar posturas e favorecer uma assistência digna, de qualidade e humanitária.

O enfermeiro, por ser um elemento capaz de integrar pessoas através de sua capacidade de acolhimento e escuta, poderá ser o elo capaz de fazer com que a humanização da assistência saia do âmbito de política instituída no manual do Ministério da Saúde e passe a fazer parte do cotidiano dos profissionais de enfermagem através de suas ações, de modo que o cuidado destes indivíduos se relacione com o ideal assumido de ser “o profissional do cuidado”.

REFERÊNCIAS

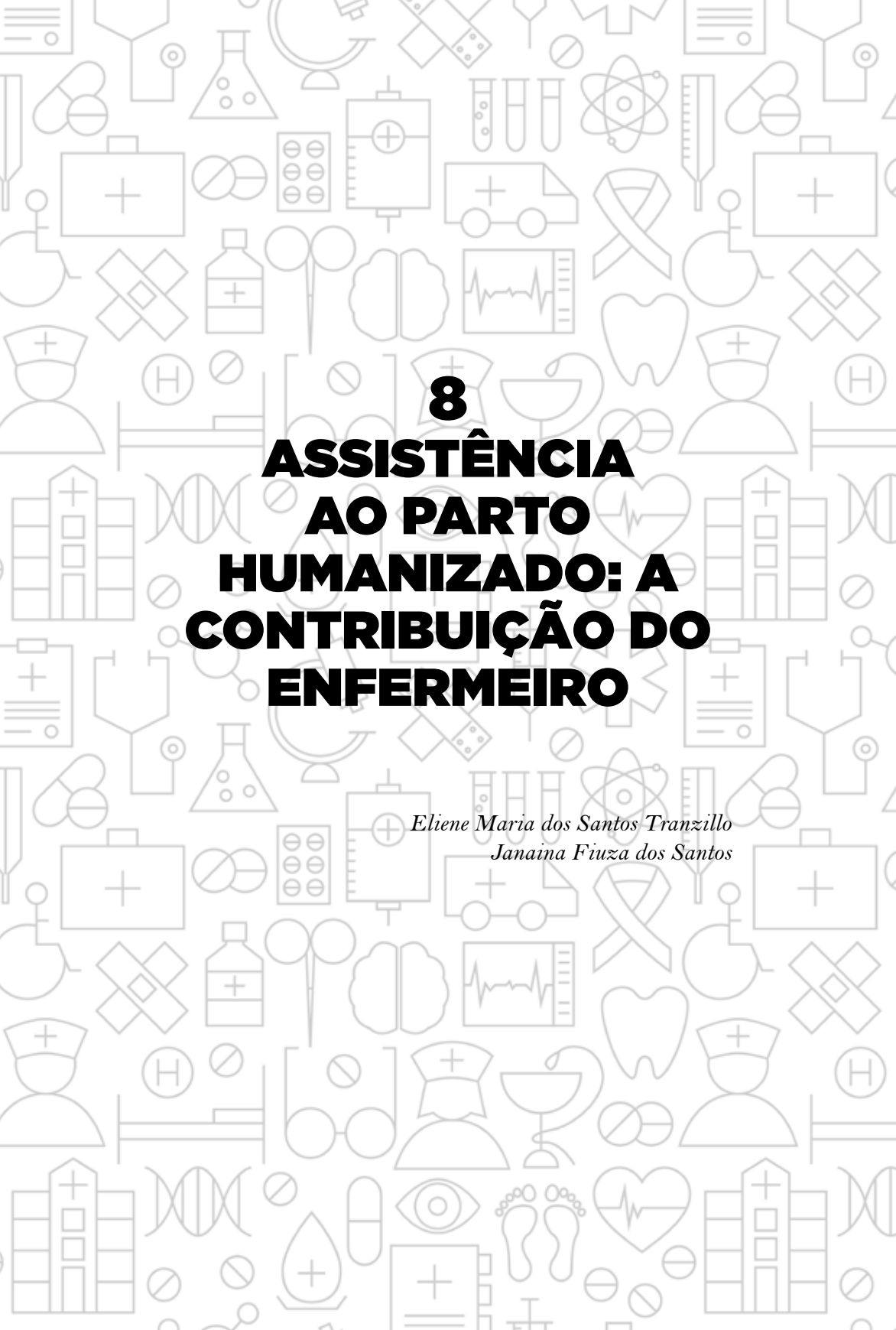
- ALBUQUERQUE, E. G. S. **Centro cirúrgico**: avaliação orientadora de um estabelecimento assistencial de saúde pública do Município de Fortaleza, Ceará. Escola de saúde pública do Ceará, 2008.
- ALEXANDRE, I. L. S. **Humanização do atendimento de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica**. Criciúma, 2008.

- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D. F. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2006.
- BEDIN *et al.* Humanização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 118-127, 2005.
- BEZERRA, J. T. M. **Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico**. Brasília: UNICEUB, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 5 maio 2020.
- BRASIL. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000125646.PDF>. Acesso em: 5 maio 2020.
- BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Dispõe sobre o código civil. Código civil. São Paulo: Saraiva, 2002, 118 p.
- BRASIL. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2. ed. Ministério da Saúde. Brasília: 1999. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.
- BRASIL. **Portaria 1884 de 11 de novembro de 1994**. Ministério da saúde. Diário Oficial, Brasília, 1994.
- BRASIL. **Portaria ministerial nº 930, 27 de agosto de 1992**. Expede em forma de anexos, normas para o controle de Infecção Hospitalar. Diário Oficial da União. Brasília, 1992.
- BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Secretária de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde. Brasília, 2000.
- BRASIL. **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AN-

- VISA). Brasília, 2002. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.
- CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2016.
- CECCIM, R. B. A ciência e a arte de um saber-fazer em saúde. *In*: MEYER; WALDOW V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre, 1998, p. 87-102.
- CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidado de enfermagem realizado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 1. São Paulo, mar., 2009.
- COFEN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Conselho Federal de Enfermagem, 2007.
- DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- DOMINGOS, E. L. L. **A humanização e seus preceitos para o cuidado**. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa/UFF, Rio de Janeiro, 2007.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2002.
- FIGUEREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**. 3. ed. vol. 2. São Paulo: Yendis Editora, 2010.
- FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- FREITAS, G. F. **Ocorrências éticas com pessoal de enfermagem de um hospital na cidade de São Paulo** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.
- FREITAS, N. Q. *et al.* O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, 2011.
- GAADER, J. **O Livro das Grandes Religiões**. São Paulo: Cia. das Letras, 2002.

- GATTO, M. A. F. **Análise de utilização de salas de operações**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 155 p. Tese (Doutorado), São Paulo, 1996.
- GIRON, M. N.; BERARDINELLI, L. M. M.; SANTO, F. H. E. O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013.
- GONÇALVES, C. R. **Direito civil, direito das obrigações**: parte especial. São Paulo: Saraiva, 312 p. 2000.
- KIKUTI, E. S.; TURRINI, R. N. T. Humanização do cuidado em centro cirúrgico: revisão da literatura latino-americana 1990-2000. **Rev. Baiana de Enf.**, Salvador, v. 19/v. 20, n. 1/2/3, p. 21-29, 2005.
- LEITE, A. I. T.; CLAUDINO, H. G.; SANTOS, S. R. **A importância de ser ético**: da teoria à prática na enfermagem. Cogitare Enferm, João Pessoa-PB, 2009.
- LOURO, I. D.; MELO, M. S. V.; GALEOTTI, S. **Conceitos gerais de genética molecular**. Genética molecular do câncer. MSG Produção Editorial, 2002, p. 11-24.
- MERHY, E. E. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde**: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-50.
- NORONHA, E. M. **Direito penal**. São Paulo: Saraiva, 1995, 211 p.
- OLIVEIRA, M. A. N.; ROSA, D. O. S. Conflitos e dilemas éticos vivenciados pelo enfermeiro no cuidado perioperatório. **Cienc. Cuid. Saúde**, abr./jun., 14(2):1149-1156, 2015.
- OLIVEIRA, M. A. N.; SERVO, M. L. S. A educação a distância como estratégia da educação permanente do enfermeiro em centro cirúrgico frente às novas tecnologias. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 30, p. 9-20, jan./jun., 2004.
- PASCHE, D. F. Abertura do 2º Seminário Nacional de Humanização da Saúde. *In: Anais do 2º SNH*. Brasília, 2009.
- POSSARI, J. F. **Centro cirúrgico**: planejamento, organização e gestão. 2. ed. São Paulo: Iátria, 2006.
- SECOLI, S. R.; PADILHA, K. G.; LEITE, R. C. B. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, 2005.

- SILVA *et al.* O processo de humanização nos serviços de enfermagem: uma avaliação holística do cuidar frente à assistência em saúde. **EF-Deportes.com**, Revista Digital, 2012.
- SILVA, M. A. A.; RODRIGUES, L.; CESARETTI, I. U. R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.
- SILVA, R. A. V. Os ideais de igualdade, fraternidade e liberdade na prática democrática: Rousseau e Habermas. **Revista Lumenetvirtur**, v. II, n° 4, 2011.
- SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período préoperatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2005, p. 676.
- SIMÕES *et al.* Humanização na saúde enfoque na atenção primária. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007.
- SOUZA *et al.* **Manual de normas e rotinas**. Centro cirúrgico. Central de material de esterilização. Lavras – MG, 2007.
- TREVIZAN, M.A; et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*. João Pessoa-PB, 2002.
- WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.



8
ASSISTÊNCIA
AO PARTO
HUMANIZADO: A
CONTRIBUIÇÃO DO
ENFERMEIRO

Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Janaina Fiuza dos Santos

Humanizar significa tornar “humano”. Quando a temática é humanização do parto, pressupõe vislumbrá-lo como processo natural e fisiológico, no qual necessita intervir-se o mínimo possível, deixando de compreender o ato de parir como processo que necessita de medicalização e permitindo que a mulher resgate seu papel como protagonista e figura ativa, vivenciando o momento do parto com autonomia.

O parto e o nascimento são fenômenos que marcam o final de uma gestação. No contexto histórico, constituía-se como uma atividade inerente à mulher, pois era realizada somente pela figura da parteira. Elas se tornaram conhecidas na sociedade por suas experiências, ainda que não dominassem o conhecimento científico. Assim, o parto ocorria em um ambiente domiciliar, podendo ainda ser integrado por outras mulheres da família que trocavam conhecimentos e experiências (MOURA *et al.*, 2007).

Conforme Alexandre e Martins (2009), os homens eram totalmente excluídos deste processo por razões morais e éticas, mas também por questões do pudor da própria mulher. Posteriormente, no século XX, com a intensificação das técnicas científicas, houve um declínio da figura da parteira e uma ascensão da obstetriz. A partir daí, o parto passou a ser institucionalizado, ocorrendo nos órgãos de saúde e tornando-se um processo passível de medicalização. Deixou de ser um evento de ordem domiciliar. A mulher, por sua vez, perdeu autonomia e o seu papel de protagonista na condução do processo de parturição.

Atualmente, ocorre uma valorização das tecnologias de intervenção do parto, tanto por parte dos profissionais quanto por parte das mulheres. São inegáveis os benefícios desses tipos de procedimentos, quando realmente é necessário utilizá-los, porém a prática indiscriminada vem obstruindo a participação e a autonomia feminina no momento do parto, além da perda da compreensão deste como fenômeno natural e fisiológico (MARQUE *et al.*, 2006).

Diante deste contexto, percebe-se que existe a necessidade da humanização do parto, considerando-o como acontecimento singular e especial na vida da mulher, do seu parceiro e do núcleo familiar, por isso existe uma demanda por uma assistência adequada por parte da equipe obstétrica, para que melhor atenda as necessidades do binômio mãe-bebê, como também o acolhimento da gestante desde o atendimento no

pré-natal, oferecendo orientações e informações, objetivando que esta disponha de conhecimento e senso crítico, que tenha capacidade de exercer sua autonomia, sem que para isso se sinta vulnerável.

Nesta perspectiva, a figura do enfermeiro é de primordial importância, pois ele contribui de maneira significativa neste momento. Ele não deve se limitar às rotinas impostas, mas sim agregar conhecimento, fortalecendo sua identidade profissional e adotando uma postura reflexiva para agir da melhor forma diante das situações (NARCH, 2009).

Deste modo, torna-se imprescindível a concepção da natureza fisiológica do parto pela equipe, e para Menezes e Dias (2012) o emprego de investimentos em capacitação de profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, para atuarem de forma menos intervencionistas e iatrogênicas é crucial para diminuir os índices de morbimortalidade perinatal e materna.

Assim, o profissional vai apreender a importância de instrumentalizar a mulher de conhecimentos em todo o período gravídico, desmistificando o parto e preparando-a para este evento. Na oportunidade, o profissional deve respeitar seus medos e anseios quanto ao processo de parturição em si. Entretanto, o conhecimento vai possibilitar a liberação destes sentimentos, além de promover o vínculo afetivo entre o profissional e a cliente. Estas considerações são importantes para que ela disponha de autonomia e discernimento, e participe ativamente da decisão da equipe quanto ao seu parto, por saber o que será melhor para si e para o bebê.

8.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO: BARREIRAS A SEREM SUPERADAS

O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho. Se por um lado o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças, e não como expressões de saúde (BRASIL, 2016).

O processo de parturição é um mecanismo natural, fisiológico, da essência feminina; porém, ao longo dos tempos o parto perdeu essa concepção de espontaneidade, constituindo-se como evento médico, em con-

sequência medicalizado. Neste sentido, Nakano *et al.* (2007) nos falam da dissociação entre o que se preconiza por cuidado humanizado e a prática no contexto institucional hospitalar, em que predomina o modelo normatizado e tecnicista do cuidado, sustentado no risco potencial à saúde materna e da criança.

Já Santos e Okazaki (2012, p. 65) afirmam que: “[...] a assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e do recém-nascido”. Os autores relatam ainda a necessidade de se encontrar novas formas para que a mulher possa ter mais controle sobre o processo de nascimento e parto, que seja respeitada enquanto cidadã, tendo o direito de escolha e, sobretudo, esteja ciente de seus direitos padronizados pela Organização Mundial da Saúde.

Assim, têm emergido nas últimas décadas vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística, na qual se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida, e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber, sem qualquer questionamento (MOURA *et al.*, 2007).

Nesta toada, o Ministério da Saúde publicou em 2011 o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha, contribuindo para orientar e subsidiar os gestores e os trabalhadores na implantação desta rede, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil, dispendo sobre as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2011).

O manual apresenta recomendações de práticas na atenção ao parto e ao nascimento, baseadas em evidências científicas, que são frutos de pareceres técnicos de membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que estiveram no Brasil em evento que ocorreu em 1985, na cidade de Fortaleza, Ceará.

O manual elucida que a integração das boas práticas de atenção ao parto e nascimento pelas equipes de cuidado é, sem dúvida, uma das intervenções com maior influência na redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Além disso, estabelece que a não adoção de práticas cientificamente comprovadas como benéficas e protetoras para a vida das mulheres e bebês não se justifica, pois significa negligência e iatrogenia no cuidado, colocando este grupo em perigo (BRASIL, 2011).

Por outro lado, a falta de conhecimento das mulheres e da população sobre seus direitos reprodutivos constitui-se um obstáculo para a implantação da assistência humanizada, pois a insciência de seus direitos tornam-nas passíveis e subordinadas a qualquer assistência, além de não terem a compreensão e o conhecimento necessários para exercer o trabalho de parto com autonomia.

Nesse sentido, é essencial estimular a mulher a expor seus medos, dúvidas, incertezas e anseios, de modo a desmistificá-los, o que contribuirá para que ela se sinta mais preparada para o ato de parir, podendo até mesmo resultar na escolha do tipo de parto mais apropriado (CÂMARA *et al.*, 2000, *apud* MARQUE *et al.*, 2006), sem que para isso seja influenciada.

Outro fator a ser superado é a prática submissa das mulheres e de seus familiares, caracterizando uma relação de assimetria entre a parturiente e o profissional de saúde; neste tipo de relação, o conhecimento científico do profissional se sobrepõe à vontade da paciente, culminando no emprego das técnicas rotineiras e desnecessárias. Desta forma, a mulher tende a vislumbrar o profissional como detentor do conhecimento do que será melhor para ela durante o processo de parturição; em outra perspectiva, as parturientes encontram-se fragilizadas nesse momento, sentindo-se vulneráveis e impossibilitadas de expressarem suas decisões.

Na busca pela autonomia materna, o Ministério da Saúde preconiza o plano individual de parto, que consiste em um documento escrito, de caráter legal, em que a gestante deixa registrado o que deseja em relação às etapas do trabalho de parto, aos procedimentos médicos do parto em si e aos cuidados com o recém-nascido no pós-parto. Ele, portanto, permite que a futura mãe opine sobre o que julga ser melhor para seu corpo e para seu bebê (CORTÉS *et al.*, 2015). É importante ressaltar que, embora haja o plano de parto, este não deve ser engessado, pois na vigência de intercorrência a mulher entenderá a necessidade de apoiar a equipe quanto aos procedimentos oportunos a serem executados.

Tendo em vista os aspectos da relação profissional/paciente, torna-se primordial o apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto. Marque *et al.* (2006) ressaltam a importância da valorização das necessidades da parturiente e de seus familiares, de resgatar o vínculo de afetividade entre a equipe e os clientes, de reconhecer no evento do parto a existência de diferentes sentimentos e necessidades, porém uma experiência singular e peculiar para cada mulher.

Os autores supramencionados relatam ainda que o processo gravídico puerperal demanda uma assistência digna e de qualidade, que não se limita à expulsão ou extração de um feto do ventre da mulher, é um fenômeno que necessita a implementação de uma assistência verdadeiramente humanizada, em que os profissionais da saúde respeitem as normas e condutas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, considerando os sentimentos e valores da gestante.

Quanto à falta de orientação e preparo do acompanhante, o Ministério da Saúde (2016) recomenda a presença de um acompanhante de escolha da gestante no parto, porém o despreparo deste pode interferir na condução do ato de maneira a transmitir insegurança e irritabilidade para ela. Desta forma, o acompanhante deverá ser preparado para prestar o suporte emocional necessário à parturiente, buscando prover-lhe o sentimento de conforto e segurança (SANTOS *et al.*, 2011). Este preparo deve ocorrer durante o pré-natal, através de oficinas com as gestantes e seus acompanhantes.

A mulher que conta com a presença de um acompanhante de sua escolha durante o parto apresenta-se mais confiante e tranquila, promovendo a redução da ansiedade e da dor durante o acontecimento (NAKANO *et al.*, 2007). Nesse sentido, o estudo de Santos *et al.* (2011) constata que as puérperas analisam a presença de um acompanhante na sala de parto como de fundamental importância, enfocando principalmente a presença de familiares e do próprio marido/pai.

Outra recomendação imprescindível é a avaliação dos fatores de risco gestacional durante o pré-natal, devendo ser reavaliado a cada encontro da mulher com o profissional, o que irá possibilitar que as medidas necessárias se deem em tempo oportuno. Assim, uma assistência efetiva possibilita intervenção, em muitos casos, em fatores comportamentais da gestante, ensejando a redução ou eliminação destes através das orientações (SILVA, 2014).

A carência de um atendimento no pré-natal que prepare a gestante para o parto vaginal está entre os fatores agravantes que contribuem com os altos índices de cesáreas (MARQUE *et al.*, 2006). Contudo, o profissional enfermeiro, neste momento, pode fornecer à gestante informações que irão prepará-la para o tão sonhado momento da chegada do novo membro da família, de modo que ela compreenda a via de parto que se adequa ao seu quadro clínico e seja a protagonista do seu evento.

A atenção dada pelo enfermeiro de forma adequada no pré-natal exerce um papel fundamental no desfecho do processo de parto e nascimento, bem como nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Os objetivos dessa assistência são identificar os fatores que possam colocar em risco a saúde materna e fetal, e saber o momento certo para intervir, reduzindo ou evitando possíveis complicações (SILVA, 2014).

Outro aspecto que precisa ser repensado diz respeito às condições estruturais inapropriadas de hospitais e maternidades que prejudicam a privacidade da parturiente, podendo também causar desconforto e sofrimento, ferindo a integridade física e emocional dela. Conforme Dias (2006), *apud* Porto, Costa e Velloso (2015), são imprescindíveis as mudanças na estrutura física, transformando o ambiente hospitalar em um âmbito mais acolhedor, que favoreça as práticas humanizadas da assistência, planejado de forma que a mulher se sinta confortável e segura.

No que concerne ao direito da mulher à privacidade no local do parto, Moura *et al.* (2007) reportam que, para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem-estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. Para tanto, torna-se necessário o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança e ao conforto, com uma assistência humana e de qualidade, de modo a contribuir com este momento único e especial que é o nascimento.

Entende-se que atualmente o protagonismo do parto está centrado nos profissionais e na instituição hospitalar, tudo acontece para favorecer a rotina do hospital e o trabalho da equipe, sem levar em conta o conforto e os anseios da mulher. Nesta perspectiva, afirma Dias (2006), *apud* Porto, Costa e Velloso (2015), que é imperioso inserir mudanças na rotina hospitalar, para que a organização da assistência esteja realmente voltada às necessidades das mulheres e suas famílias.

Outra barreira a ser vencida consiste na conduta equivocada do profissional de saúde no que tange à insuficiência e à negação de informações para a mulher, o que contribui de modo significativo com a instalação em algumas, e com a exacerbação em outras da insegurança, do estresse, da ansiedade, pois que, quando não é esclarecida, não compreende o que está ocorrendo consigo ou com o bebê. Portanto, faz-se primordial que o profissional exerça seu papel de educador desde o pré-natal, a fim de prepará-la para o momento do parto. Assim, Santos *et al.* (2011) constataram em seu estudo a necessidade de mudança de atitudes de alguns profissionais durante o atendimento prestado.

A restrição da ingesta hídrica e de alimentos sólidos, comuns nas maternidades e centro obstétricos, dá-se em função de possível ocorrência de broncoaspiração do conteúdo gástrico, caso a mulher necessite da intervenção de uma anestesia geral. Porém, recomenda-se que mulheres em trabalho de parto, que não estiverem sob efeito de opioides (substância analgésica derivada do ópio) ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral, podem ingerir uma dieta leve, uma vez que estudos evidenciam que uma dieta assim e a ingestão de soluções calóricas diminuem a produção de corpos cetônicos, e aumentam os níveis de glicose e insulina, obtendo-se assim um aporte calórico e hidratação adequados à mulher, além de promover seu bem-estar e conforto (BRASIL, 2016).

Desse modo, a oferta de líquidos por via oral, além de dieta leve durante o trabalho de parto e parto, contribui para suprir a parturiente de energia tão requerida neste momento de estresse vivenciado por ela, pois a falta de nutrientes por período prolongado a deixa sem as forças mínimas para executar os esforços necessários ao parto, tornando mais difícil o procedimento.

O monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento garante a integridade física e emocional dela. Nesta perspectiva, Costa (2015) diz que o monitoramento desses aspectos é de suma importância no transcorrer do trabalho de parto, pois durante este processo a parturiente precisa estar em um ambiente seguro, acolhedor, onde se sinta bem e protegida.

Quanto aos métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto, Sescato, Souza e Wall (2008, p. 586) recomendam por serem essenciais, mais seguros e acarretarem menos intervenções.

Os autores relatam que a utilização destes métodos extrapola uma iniciativa de movimentos humanistas, pois eles representam na atualidade um ato de necessidade, em função dos altos índices de intervenções no parto. Com isso os profissionais de saúde devem refletir até que ponto uma intervenção é de fato necessária.

Deve ser incentivada a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, por contribuir para deixar a mulher relaxada, de modo que ela perceba que é um processo natural e não necessita estar restrita em uma cama. Podem também ser encorajadas as posições verticais, uma

vez que a gravidade exercida por estas posições propicia tanto o processo de expulsão fetal pela pressão intrauterina extra exercida naturalmente, quanto o aumento dos diâmetros pélvicos maternos (SABATINO, 2010).

O autor também comprova em seu estudo que, quando no momento do parto a mulher fica em posição de cócoras e imediatamente após o parto é convidada a deitar-se (cócorassupina), a perda sanguínea é significativamente menor do que nas outras posições, em especial a de cócoras é discretamente menor que na posição ginecológica. Ele nos fala que a incidência de Apgar baixo ou recém-nascidos deprimidos, nos casos de partos normais com a mulher em posição horizontal, foi significativamente maior quando comparada aos casos com a mulher em posição de cócoras.

No que concerne ao clampeamento do cordão umbilical, em muitos serviços ele é efetuado logo após o nascimento. Entretanto, está mais do que comprovado cientificamente que o clampeamento tardio do cordão umbilical (1 a 3 minutos após o nascimento) promove inúmeros benefícios. Nesse sentido, Vain (2015) considera que o clampeamento tardio pelo menos um minuto após o nascimento aumenta a quantidade de sangue que passa da placenta para o bebê, resultando no aumento de peso deste e da hemoglobina após 48 horas do nascimento, aumenta o aporte de ferro e conseqüentemente reduz a incidência de anemia ferropriva na infância.

Em muitos recém-nascidos prematuros, cujo parto é eletivo devido a riscos maternos ou fetais, o início da respiração espontânea ocorre frequentemente após 30 segundos ou até mesmo em períodos mais longos. Nesses casos, rotineiramente os obstetras fazem o clampeamento e seccionam o cordão umbilical imediatamente para iniciar a ventilação assistida. Mas por quê? Se o clampeamento do cordão for executado tardiamente nesses bebês, uma placenta funcional continua a suprir a troca gasosa, desde que seja possível evitar perdas de calor (VAIN, 2015).

Para a prevenção da hipotermia do bebê através do contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho, e o apoio ao início da amamentação, na primeira hora após o parto, Almeida e Martins Filho (2004), *apud* Matos *et al.* (2010) constataram que esta prática acalma o bebê e a mãe, que entram em sincronia através desse primeiro contato, propiciando a estabilização dos batimentos cardíacos, bem como a respiração da criança, além de reduzir o choro e o estresse desta, o que resulta em menor perda de energia, mantendo desta forma o bebê aquecido através da transmissão

de calor de sua mãe, contribuindo para fortalecer o vínculo entre eles e assegurar o aleitamento materno.

Partindo dessa premissa, Matos *et al.* (2010) constatarem que o suporte profissional prestado no estabelecimento do contato pele a pele precoce mãe-filho, a promoção de ações de cuidado no ambiente envolvido e a interação com eles, visando à realização mínima de intervenções e auxílio em seu reconhecimento podem ser o caminho para alcançar aquilo que se recomenda na atualidade e que possui evidente importância materna.

Deve-se destacar a relação positiva entre o plano do parto e nascimento e um aumento do “contato pele a pele”, do “clampeamento tardio do cordão” e da taxa de “partos normais”, práticas que direta e indiretamente diminuem os gastos da saúde e as hospitalizações, tanto da mulher como do recém-nascido (CORTÉS *et al.*, 2015).

Aquele modelo tradicional e tecnocrático de assistência ao parto – com centralização deste evento em ações dos profissionais de saúde intervindo, muitas vezes desnecessariamente ou utilizando-se de técnicas e meios sem as devidas evidências científicas comprovadas, demonstrando a retirada da mulher como protagonista de seu parto – começou a ser visto com necessidade de mudanças, para um em que fossem ressaltados os direitos da parturiente como protagonista deste momento único em sua vida, sendo assistida com menos intervenções possíveis, mas com embasamento científico, deixando tudo transcorrer ao seu tempo, conforme o processo fisiológico de parturição (COSTA, 2015).

O parto humanizado deve ser percebido pela equipe assistencial como um parto respeitoso, no qual há o reconhecimento do valor daquele momento para a mãe, o pai e o filho, cuja interferência profissional se dê através de procedimentos apenas quando forem de fato necessários e oportunos (PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015). A adoção das práticas tidas como benéficas para o binômio mãe-bebê favorece o processo de humanização do parto, tornando-se este imprescindível para a promoção da saúde da mulher e do recém-nascido, bem como para a prevenção de agravos.

A participação ativa da mulher durante o trabalho de parto e no parto possibilita o exercício de sua autonomia. Porém, ela precisa dispor dos conhecimentos necessários para exercer o protagonismo tão almejado deste momento.

Essas condutas apontam caminhos para sanar as dificuldades do processo de parturição, colaboram para melhorar a evolução do traba-

lho de parto, beneficiam o binômio mãe-bebê, garantem a integridade e efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como o resgate do empoderamento e autonomia femininas no processo de parir, promovendo desta forma a tão sonhada humanização do parto e do nascimento.

8.2 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO HUMANIZADO

O enfermeiro tem um papel importante no que tange ao acompanhamento da mulher, uma vez que ele está inserido desde o ciclo gravídico puerperal desta, até o acompanhamento do bebê nas consultas de puericultura. Este profissional inicia seu cuidado no momento em que a mulher passa a ter consciência da gestação; seguido do acompanhamento através das consultas no decorrer do pré-natal; do acolhimento e cuidados no momento da admissão na unidade hospitalar para o evento do parto; na continuidade dos cuidados no decorrer do trabalho de parto e no parto; na assistência à puérpera e ao recém-nascido após o parto; nas orientações à genitora sobre a manutenção dos cuidados ao RN no domicílio; por fim, nas consultas de puericultura, quando orienta a mãe sobre a necessidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do bebê, e sobre a importância das vacinas a serem administradas.

No decorrer desse período, a família também está inserida no contexto de cuidados, e o enfermeiro aproveita a oportunidade, na vigência de algum membro familiar, para acompanhar a mulher no decorrer destes eventos, para orientar e dirimir dúvidas, de modo que este integrante possa auxiliá-la a vivenciar a maternidade, a qual em muitos momentos requer renúncia e sacrifício; porém, havendo aporte familiar, a tarefa fica mais suave e prazerosa.

A Resolução de nº 516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra esta assistência; este órgão diz ainda que é de competência do enfermeiro obstetra e obstetriz a assistência ao parto (COFEN, 2016).

A atuação do enfermeiro na assistência à mulher durante o trabalho de parto é considerada fator determinante na redução da morbimortalidade materna e perinatal; quando prestada de forma adequada, contribui

para a redução do número de ações intervencionistas, a exemplo de cesarianas desnecessárias (BRANDT *et al.*, 2016).

Em reconhecimento à importância da atuação deste profissional no evento do parto, o Ministério da Saúde publicou a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, norma que recomenda que os gestores de saúde proporcionem condições para o estabelecimento do modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e a obstetriz na assistência ao parto de baixo risco, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2016).

Ademais, Brandt *et al.* (2016) advertem que o profissional da enfermagem deve se conscientizar da sua importância na assistência, enquanto promotor de cuidados não apenas durante o parto, mas também no pré e no pós-parto, de modo a garantir autonomia e dignidade à mulher e favorecer sua ativa participação no decorrer do processo.

O município do Rio de Janeiro, no intuito de modificar o modelo hegemônico, implantou na década de 1990 a Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), cujos principais objetivos consistem no resgate da importância da gestação, do parto e do puerpério, para a mulher, o pai, o bebê e a família, propõem uma atenção integral, considerando-se os aspectos biopsicossociais que interferem nesse processo (CAMILO *et al.*, 2012). Os autores relatam que a principal estratégia do programa é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

Em relação ao atendimento do enfermeiro nas consultas do pré-natal, compete a estes profissionais: acompanhar gestações de baixo risco; promover ações educativas para a gestante e sua família; solicitar exames de rotina; orientar os tratamentos conforme os protocolos instituídos ministeriais e coletar exame citopatológico (PEREIRA *et al.*, 2010 *apud* SILVA, 2014).

O acompanhamento do enfermeiro no decorrer do pré-natal é dinâmico, e o seu olhar é direcionado conforme a demanda apresentada pela gestante. Entretanto, ele pode seguir um roteiro de cuidados, conforme sugerido por Espírito Santo e Berni (2003), *apud* Marque, Dias e Azevedo (2006), orientando no primeiro trimestre sobre o uso de medicamentos e drogas, abordando sobre o aleitamento materno, desenvolvimento e movimento fetal e contrações; no segundo, reforça as orientações sobre aleitamento materno; no terceiro, além das supramencionadas, são retra-

tados os sinais de bem-estar fetal, trabalho de parto e execução do parto, a conduta a ser adotada pela cliente, hospitalização, os cuidados durante o período de puerpério, retorno da mulher e seu filho para casa, relacionamento familiar, além do planejamento familiar.

O propósito dos exames solicitados pelo enfermeiro durante as consultas de pré-natal é diagnosticar possíveis distocias durante a gestação e tratá-las em tempo hábil ou encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, em um serviço especializado, se o caso assim requerer (BRASIL, 2011). É importante ressaltar que, embora a mulher possa estar sendo acompanhada em um serviço especializado para atendimento de gestação de alto risco, isso não desabilita a continuidade do acompanhamento pela equipe da atenção básica, de modo a promover a manutenção do vínculo com a unidade de saúde, bem como a integralidade do cuidado para ela e para a sua família.

As ações educativas para a gestante e sua família têm por finalidade ampliar o entendimento destes sobre as alterações hormonais, físicas e emocionais por que passa a mulher no período da gestação, do parto e do puerpério. Quando estes atores estão instruídos, um apoia o outro na superação das adversidades, por saberem da brevidade delas, o que irá contribuir para fortalecer os laços familiares.

Silva (2014) elucida que, quando o enfermeiro presta cuidados ao paciente, está educando e sendo educado, compartilha informações, fazendo da educação uma forma de cuidar, e do cuidado uma forma de educar.

No decurso do parto, as orientações versam sobre: as técnicas de relaxamento para alívio da dor; a importância dos exercícios respiratórios para promover uma oxigenação efetiva do útero, o que reduzirá a sensação de dor imposta pela hipoxemia do órgão; a importância da tranquilidade do acompanhante para que a mulher possa se apoiar nele; a importância de não ficar reclusa no leito, pois a deambulação pode e deve ocorrer, desde que a mulher queira; a escolha das posições de parir, da que melhor se adequa ao conforto da mulher.

É importante ressaltar que as práticas de cuidado do enfermeiro são embasadas em evidências científicas, das quais se destacam: oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal no momento da expulsão do feto. Além disso, assegurar o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido logo após o nascimento, bem como possibilitar o aleitamento materno logo após o nascimento (COFEN, 2016), nos casos em que a

mulher não está sob efeito de drogas que deprimem o sistema nervoso central e a condição assim permitir.

O profissional de enfermagem deve estar consciente da importância que tem na assistência à parturiente e ao neonato durante o processo gravídico e puerperal, de modo que suas orientações contribuam com a manutenção da saúde, prevenção de agravos e diagnóstico, em tempo oportuno, das intercorrências no transcurso da gravidez através do acompanhamento do pré-natal (MARQUE; DIAS e AZEVEDO, 2006), bem como no decorrer do trabalho de parto e no parto, e nas consultas de puericultura que acompanham o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Cabe a este profissional atuar de forma integrada às redes de atenção à saúde, de modo a garantir atendimento integral e de qualidade, baseado em evidências científicas (COFEN, 2016), e a humanização da assistência às mulheres, seus recém-nascidos e familiares e/ou acompanhantes deve ser valorizada.

O órgão relata ainda a necessidade de promover um modelo de assistência centrado na mulher, no parto e no nascimento, além de favorecer a evolução fisiológica do ato e garantir a presença do acompanhante, conforme a escolha da mulher, como previsto em lei.

A humanização da assistência de enfermagem às parturientes é fator fundamental, pois garante uma maior segurança e estabelece uma relação de confiança entre o profissional e a mulher, resultando com isso em um parto digno e sem grandes intercorrências (CAMILO, 2012).

Há que se considerar que o profissional enfermeiro, por conceber o parto como um evento natural e fisiológico, do qual se dispensa a rotina das práticas intervencionistas, um provedor de humanização deste momento, cujas atividades contribuem para melhorar o processo de parir. Para tanto, é imperioso que ele apreenda a importância que tem enquanto sujeito que impulsiona mudanças das práticas instituídas, que, embora obsoletas, ainda vigoram, bem como que busque fortalecer sua identidade profissional através da união da categoria.

8.3 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A humanização do parto deve ser entendida como promoção de saúde e prevenção de agravos; para tanto, é necessário resgatar o conceito do parto como um evento fisiológico, que faz parte da natureza feminina,

e a assistência a ele deve respeitar o tempo e o ritmo natural de cada mulher.

Para que a assistência seja efetiva, é preciso abandonar práticas que buscam controlar o evento do parto e nascimento que ainda são focados em um modelo tecnocrático, que preconiza uma supervalorização do emprego de técnicas intervencionistas rotineiras, em que tudo concorre para o benefício e comodidade da instituição e dos profissionais envolvidos no trabalho de parto.

As mulheres que passam por essa experiência, em sua grande maioria, estão fragilizadas, ficam totalmente expostas em sua intimidade a um ambiente desconhecido, com pessoas também desconhecidas, sendo manipuladas através de procedimentos dolorosos sem que ela compreenda os motivos para tal. Este é o cenário de parto com que a mulher se depara, neste momento de grande significação para ela e sua família, no qual necessita de cuidados, do olhar sensível de outra mulher ou de um homem, que compreenda aquele acontecimento como singular em sua vida e que respeite seu corpo, seu pudor, bem como o ritmo fisiológico que o parto requer.

Para alterar este cenário é de fundamental importância a busca por conhecimentos, a fim de contribuir com a capacitação dos profissionais que militam na assistência ao parto, para que eles percebam que a intervenção no processo fisiológico gera complicações, o que pode contribuir para um desfecho desfavorável para a mulher e o neonato. Além disso, há a necessidade de valorização dos processos educativos para a gestante e seu acompanhante, de modo a contribuir com a manutenção dos cuidados no domicílio e com o exercício da cidadania quanto a seus direitos reprodutivos.

O enfermeiro, por enfocar o cuidado e vislumbrar o parto como um acontecimento fisiológico e natural, atua de forma menos intervencionista e, quando assim o faz, esta deve ser embasada nas técnicas tidas como benéficas, respaldadas em evidências científicas. Ademais, tem-se do papel de educador que desempenha no decorrer do pré-natal, através das consultas de enfermagem, em que procura instrumentalizar a mulher com conhecimentos, de modo que ela tenha confiança para o cuidado consigo e com o seu bebê, além de favorecer o exercício de sua autonomia no momento do parto.

Neste aspecto, o profissional enfermeiro se sobressai por buscar uma assistência voltada para as necessidades da mulher, buscando promover

uma relação empática e de parceria, o que predispõe ao fortalecimento do vínculo de confiança entre o profissional e a cliente. Nos profissionais que já conseguem perceber a importância do comprometimento para uma efetiva atuação, o cuidado se configura na meta, na diretriz a ser seguida para que a humanização deixe de ser uma miragem e passe a ser um ideal de assistência buscada incessantemente, como meta a guiar os passos deste “ser enfermeiro” que a profissão precisa e requer.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Ana Maria Cosvoski; MARTINS, Marialda. A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2009.
- BRANDT, Gabriela Pinheiro *et al.* O papel da enfermagem no parto humanizado. **Revista Gestão & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 34 - 38, 2016.
- BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias do SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. Brasília-DF, jan., 2016.
- CAMILO, Amilton Rosário *et al.* Aspectos que dificultam assistência humanizada ao parto normal. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, v. 4, n. 6. Jornada Científica da UNIVERSO - Suplemento Saúde – Brasil, 2012.
- COFEN. CONCELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 516/2016, de 24 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetiz, 2016.
- CORTÉS, María Suárez *et al.* Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.
- COSTA, Larissa Fortes da. **Boas Práticas na assistência ao parto e nascimento: concepções, percepções e desafios sob a ótica da equipe de enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, 2015.
- MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização

- do parto e nascimento. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006.
- MATOS, Thaís Alves *et al.* Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, 2010.
- MENEZES, Maria Gonçalves Brito; DIAS, Daniella Fernandes Soares. A humanização do cuidado no pré-parto e parto. **SynThesis Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, n. 3, 24-36, abr. 2012.
- MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm**, jul./ago. 60(4): 452-5, 2007.
- NAKANO, Ana Márcia Spanó *et al.* Support during the labor and delivery processes: viewpoint of companions of women giving birth. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 131-137, 2007.
- NARCH, Zanon Nádia. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Ver. Bras. Enferm.** jul./ago. 62 (4): 546-51. Brasília, 2009.
- PORTO, Any Alice Silva; DA COSTA, Lucília Pereira; VELLOSO, Nádia Aléssio. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. **CIÊNCIA & TECNOLOGIA**, v. 1, n. 1, p. 12-19, 2015.
- SABATINO, Hugo. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 143-148, 2010.
- SANTOS, Isaqueleine Sena; OKAZAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Ver. Enferm. UNISA**, 13(1): 64-8, 2012.
- SANTOS, Luciano Marques dos *et al.* Percepção da puérpera sobre a participação do acompanhante no processo parturitivo. **Rev. enferm. UFPE on-line**, v. 5, n. 5, p. 1105-1111, 2011.
- SESCATO, Andréia Cristina; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; WALL, Marilene Loewen. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, 2008.
- SILVA, Maria Yasmin Bezerra da. **A importância do enfermeiro no acompanhamento da assistência pré-natal**. Monografia (Bacharelado em enfermagem). Faculdade de Ciências da Educação e da Saú-

de (FACES). Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Brasília, 2014.

VAIN, Néstor E. Em tempo: como e quando deve ser feito o clameamento do cordão umbilical: será que realmente importa? **Revista Paulista de Pediatria**. 33 (3): 258-259, 2015.

No decorrer da gravidez, a mulher passa por um misto de sensações. Para umas, representa a possibilidade de realização do sonho de ser mãe; para outras, esta experiência não é tão agradável, por ir de encontro aos seus ideais de vida. Entretanto, independentemente da aceitação da mulher, neste período ela passa por inúmeras transformações em seu corpo, o que tende a deixá-la vulnerável. Em sua mente povoam inúmeros pensamentos quanto à chegada do novo integrante da família, isso se existir uma estrutura familiar.

Não raro, para muitas mulheres este momento é de solidão. Embora toda criança para vir ao mundo necessite da participação do homem, nem sempre este elemento assume a responsabilidade que a paternidade impõe junto à mulher e ao seu filho.

Com o parto e a chegada do bebê, ela agora precisa dar conta das atividades que desempenhava e ainda incluir o filho, que neste momento requer prioridade, em função da total dependência de cuidados. Há a necessidade de apoio daqueles que a cercam, pois muitas vezes ela se sente insegura para desempenhar os cuidados com o bebê, bem como para o exercício da amamentação.

Fisiologicamente, o amamentar depende do bem-estar geral da mulher: primeiro, ela tem que querer; depois, tem que se sentir segura e relaxada. Além disso, precisa sentir-se encorajada e apoiada pelos que a cercam; assim, o ato de amamentar se faz efetivo e prazeroso, e a oferta de leite tende a aumentar.

A amamentação deve ser estimulada em função do leite materno ser um alimento que contém os ingredientes essenciais para o desenvolvimento saudável do bebê, além de ser um aporte para o sistema imunológico deste, pois fornece os anticorpos maternos, sendo considerado a primeira vacina do neonato. Ademais, contribui para ampliar o vínculo de afetividade entre mãe e filho, para o desenvolvimento psicológico do neonato. Speridião (2011) elucida que ele supre todas as necessidades do lactente até o sexto mês de vida, e do sexto ao décimo segundo mês é um importante suplemento na dieta infantil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a amamentação por ser considerada uma ação imprescindível para a promoção, proteção e manutenção da saúde das crianças (MARQUES; COTTA e PRIORI, 2011).

Apesar de a amamentação estar inclusa num processo natural, nem sempre é uma ação espontânea por parte das mães. Neste sentido, Silva, Santiago e Lamonier (2012) explicam que o ato de amamentar é uma tarefa dura para muitas mulheres em função das dificuldades com o manejo clínico.

Evidencia-se nos primeiros momentos da amamentação que muitas mulheres passam por inúmeras dificuldades, pois alguns bebês têm dificuldade de pegar e choram insistentemente ao serem colocados no peito; outros querem mamar em tempo integral, o que pode representar que eles estão fazendo da mama uma chupeta; em outros momentos, enquanto o bebê está sugando, escorrem lágrimas dos olhos maternos, e isso não é em função da emoção vivenciada, mais pela dor advinda deste momento; em alguns casos, surge a febre, seguida de enfartamento ganglionar nas axilas, em função da apojadura (as mamas se apresentam aumentada de tamanho, cheias de leite e em muitos casos quente, acontece geralmente 5 dias após o parto); outras mulheres podem apresentar fissuras e abscessos mamários, o que requer tratamento específico.

Como podemos observar, não é fácil o estabelecimento da amamentação, mais é possível e, quando efetivada, é responsável por alegrias indescritíveis. Ao contar com o apoio do companheiro, o início torna-se mais suave e permite o estabelecimento de uma relação mais harmoniosa do trinômio: pai, mãe e filho.

Logo, o apoio daqueles que a cercam, os avós e o pai da criança, é significativo para o sucesso da amamentação. Os avós podem exercer uma influência negativa ao tentar passar as experiências vivenciadas, pois outrora era um hábito comum a alimentação dos bebês ser constituída à base de leite artificial e farinhas. Aqui a participação do pai também se destaca, em função da influência que ele pode exercer de forma a incentivar a mulher para uma efetiva amamentação ou para o abandono desta quando descredencia a companheira para tal finalidade, ao focar nas dificuldades que este momento pode apresentar.

Por muito tempo, a amamentação foi tratada exclusivamente como assunto feminino. Esse pensamento arraigado foi fator condicionante para que hoje o envolvimento masculino na esfera da maternidade fosse pouco ou quase nulo. Na amamentação, essa participação ainda é mais limitada, pois o ato de amamentar é considerado um momento a dois: mãe e bebê.

Por esse motivo, muitos pais são excluídos desta prática pelos familiares, em especial pela própria mulher, passando a ficar à margem da relação estabelecida entre o binômio, o que tende a enfraquecer o vínculo afetivo entre pai e filho e entre os cônjuges.

É nítido que a maternidade e paternidade nem sempre ocorrem como o esperado, pois existem variáveis importantes envolvidas neste processo. O que se evidencia, muitas vezes, é a predileção da mulher pelo filho, esquecendo-se do pai/marido, e a conseqüente exclusão deste do processo de cuidado com o bebê. Assim, o que deveria ser um elo para o fortalecimento entre mãe e pai, torna-se um misto de competição e distanciamento.

Desse modo, o nascimento de um filho e o estabelecimento da lactação podem provocar novos conflitos entre os cônjuges, ou então trazer à tona problemas antigos mal resolvidos, desencadeando o rompimento de um equilíbrio até então precário. Durante esse período, as alterações no relacionamento sexual, ocasionadas tanto por fatores físicos e fisiológicos quanto por sentimentos e tabus vivenciados pelos cônjuges, tendem a se intensificar e repercutir diretamente na prática do aleitamento materno (BRITO; OLIVEIRA, 2006).

Assim, são de grande importância as orientações do enfermeiro, que devem começar a ser feitas no decorrer do pré-natal, de modo a preparar a gestante e seu companheiro para a chegada do novo ser ao lar, o que tende a causar mudanças significativas no convívio familiar e entre os cônjuges. Este profissional deve incentivar a participação gradativa do pai nas atividades diárias da mulher, instruí-lo sobre os benefícios da amamentação, tornando-o um aliado para o sucesso desse ato e conseqüentemente para a saúde do rebento.

Vale lembrar que a paternidade pode se configurar na oportunidade vivenciada pelo homem de partilhar experiências inéditas e reveladoras, proporcionando o crescimento pessoal e mudando suas perspectivas. Assim, este indivíduo aprende a lidar com a rotina do bebê tanto quanto a mãe, a expressar sentimentos, estabelecendo um liame afetivo, descobrindo o prazer de compartilhar da intimidade dos filhos. Freitas, Coelho e Silva (2007) definem de forma sensível a importância da paternidade como uma transformação, o momento em que o homem que outrora ocupava o papel de filho torna-se pai.

No entanto, o enfermeiro ainda precisa internalizar esta necessidade, para que possa transmitir a real importância e benefícios da partici-

pação paterna, a fim de impulsionar as práticas de aleitamento materno. Conforme Silva, Santiago e Lamonier (2012), a amamentação ainda é, para alguns pais, uma ação centrada no corpo biológico e, conseqüentemente, pertencente apenas à mulher, apoiando-a não como pais auxiliares, mas como pais provedores do lar.

Para modificar tal situação, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, precisam ser capacitados para atuar junto aos pais, compreendendo que a gravidez, o parto e o puerpério são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres (RIBEIRO *et al.*, 2015). As orientações deste profissional podem representar um divisor de águas para a efetividade da prática do aleitamento, e todos, sem exceção, devem ser participantes do processo de encorajamento, cuja responsabilidade é mútua e precisa abarcar os familiares e o companheiro/pai da criança.

Vale ressaltar que a construção da paternidade consiste em uma mudança progressiva na forma com que o homem percebe e interage com a realidade vivenciada; logo, a enfermagem pode contribuir com esta mudança de paradigma, de modo a incluir o homem no contexto do aleitamento materno através de intervenções educativas.

9.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

A prática da amamentação é tão antiga quanto a História: ela perpassa gerações e seu valor tem sofrido alterações. Araújo e Almeida (2007) dizem que toda mulher tem a capacidade de amamentar, entretanto esta condição não garante que ela de fato amamente. Isso porque, este processo tem sido influenciado ao longo dos tempos por aspectos históricos, culturais e econômicos.

Outrora, as amas de leite eram comuns e representavam um aporte nutritivo para os bebês, porém as mães não vivenciavam as delícias que a experiência da amamentação proporciona. Com a evolução de estudos na área, constatou-se que inúmeras doenças podem ser transmitidas ao neonato através desta prática, motivo pelo qual a amamentação cruzada é contraindicada na atualidade.

As primeiras regulamentações acerca da prática de amamentação e do desmame encontravam-se no Código de Hamurabi, cerca de 1800 a. C., que por sua vez trazia as funções das amas de leite como as mulheres

que amamentavam os filhos de outrem por meio de aluguel (GUTIERRES, 2013).

“Amamentar é dar de mamar, criar ao peito [...]. Já aleitamento é sinônimo de amamentação, sob o ponto de vista da sua definição, revestido da mesma conotação funcional do aleitar ou criar o filho com o leite que produz” (RODRIGUES *et al.*, 2013, p. 1). Porém, como constatado, nem sempre essa função era atribuída à mãe da criança, além de outros alimentos serem utilizados para a alimentação do neonato.

Isso pode ser comprovado por meio dos registros de recipientes encontrados em vários sítios ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (sécs. V e VII), sugerindo que os gregos recebiam alimentos de outras fontes além do leite materno, por meio de vasilhas de barro encontradas em tumbas de recém-nascidos daquela época (BADINTER, 1985).

Além disso, desde a Antiguidade inúmeras crianças eram abandonadas em instituições de caridade, principalmente em tempos economicamente difíceis (BOSI; MACHADO, 2005, p. 3).

Assim, a amamentação passou por muitas fases históricas significativas, desde a rejeição desta prática pelas mulheres, quando não consideravam o ato como algo nobre e digno, até as campanhas de incentivo ao aleitamento, iniciadas a partir da década de 80.

Bosi e Machado (2005) afirmam que a prática da amamentação representa um hábito preso aos determinantes sociais e às manifestações da cultura de cada época. Portanto, amamentar não se limita ao fisiológico, transcende esta questão e abarca as relações psicológicas e afetivas estabelecidas com o bebê, família e sociedade à sua volta.

Dessa forma, Souza, Tesin e Alves (2010, p. 611) elucidam que “o processo de amamentação é biologicamente determinado e sociocultural condicionado”.

Em relação às questões econômicas, houve uma mudança de paradigma na estrutura familiar: outrora a atribuição da mulher era cuidar do lar, do marido, da criação dos filhos e de si; na atualidade ela incorporou também as atividades advindas da conquista de sua inserção no mercado de trabalho, exigindo o seu desdobramento, o que tem influenciado negativamente no contexto da amamentação, pois que, além das atividades referentes à maternidade, ela precisa incorporar em sua rotina também as responsabilidades advindas do trabalho profissional. Isso tem contribuído de modo significativo para sobrecarregar a mulher, e o estresse

e as doenças advindas a partir deste começam a fazer parte também do contexto feminino.

Conforme Bosi e Machado (2005), as concepções e valores internalizados por meio da vida em sociedade incidem no processo de aleitamento da mesma forma que o equilíbrio biológico e o funcionamento hormonal da mulher influenciam de forma subjetiva. Neste sentido, Oliveira, Castro e Lessa (2008, p. 2) afirmam que a integridade e o funcionamento das glândulas mamárias não são os únicos fatores que favorecem a lactação, sendo necessário também o desejo da mulher de amamentar, sucção adequada e pega correta do neonato, além, é claro, do equilíbrio no estado emocional e psicológico da mulher.

Desse modo, a amamentação tem sucesso quando se utiliza de três fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte para a efetivação deste processo (Levy e Bértolo, 2008). Esse suporte está relacionado ao apoio da família, em especial do pai da criança, e este pode auxiliar a mulher com as tarefas de cuidado desta. Por fim, há a contribuição do profissional de saúde quanto às orientações que este momento requer.

9.2 O PAI E O ALEITAMENTO MATERNO: OS BENEFÍCIOS DESTA PARTICIPAÇÃO

A participação paterna no contexto do aleitamento materno, como já demonstrado neste trabalho, é imprescindível, e o profissional de saúde pode e deve buscar meios para sua inserção, o que poderá contribuir para fortalecer a relação conjugal e o vínculo com o filho, favorecer o estabelecimento da lactação, além de ampliar a sensibilidade do homem que se permite vivenciar as experiências que uma paternagem pode oferecer.

Em sua pesquisa, Silva, Santiago e Lamonier (2012) constataram que o homem tem buscado atuar cada vez mais junto a suas companheiras e que aqueles que as acompanham aos serviços de saúde buscam conhecimento para apoiá-las de forma efetiva. Porém, Mota e Gomes (2009) apontam a necessidade de mais estudos e divulgação para os homens sobre amamentação, enfatizando a importância da participação do pai nesse momento singular que a família vivencia.

Este aspecto foi constatado também no estudo de Lima, (2015) o qual demonstrou que alguns homens acreditam que a maternidade se

reduz à mulher resguardar-se durante os dias do puerpério, de modo sedentário, prestando os cuidados necessários ao bebê. Ou seja, não compreendem as dificuldades vivenciadas pelas mães, nem os desdobramentos que a maternidade exige desta.

Neste sentido, Silva *et al.* (2016) também detectaram que os cuidados do homem/pai com o bebê ainda são incipientes, sendo a participação mais efetiva nos cuidados direcionados à puérpera e às tarefas domésticas.

Entretanto, o pai tem papel importante no que tange à divisão de responsabilidade dos cuidados com a criança e no auxílio à mulher desde os primeiros dias de vida do neonato (PINHO, 2012). Inclui-se nisso o ato de estar presente. Em geral, na fase inicial do aleitamento, a mulher passa os dias e as noites dedicando-se exclusivamente ao bebê. Pode ser prazeroso e ao mesmo tempo exaustivo. Diante deste contexto, ela necessita de alguém para apoiá-la e compreendê-la, e quem está como mediador desta relação é o companheiro e pai da criança.

Nesse momento, ela está vulnerável e necessita que o parceiro tenha paciência, tente auxiliá-la. Aqui reside a importância da busca por informações também do parceiro para partilhar com a mulher, de modo que os diálogos possam ser instrutivos e contribuir com ambos no que tange às dúvidas e incertezas tão frequentes desse período. Conforme Ribeiro *et al.* (2015), esta conduta também auxilia na construção da paternidade e no desenvolvimento do papel do pai e de suas tarefas nos períodos de gestação, parto e puerpério, de forma a promover a saúde familiar, o que, conforme o estudo de Pinho (2012), favorece a amamentação.

Foi destacado por Carneiro *et al.* (2013) que as vantagens da participação do pai neste processo consistem em: segurança, responsabilidade, felicidade, formação da personalidade e caráter da criança, além de fortalecimento da relação pai-filho. Os autores argumentam ainda que “o lactente necessita tanto da mãe quanto do pai para um crescimento e um desenvolvimento saudáveis” (Carneiro *et al.*, 2013, p. 638).

Outro aspecto relevante diz respeito às tentativas de intervenções de terceiros quanto aos cuidados que o binômio demanda, muitas vezes de forma inconveniente, e a figura paterna/companheiro pode ser o interditor, de modo que as visitas percebam qual é o limite. Esta ação abrange a família e agregados.

O aleitamento materno é uma parte importante que integra o período gravídico-puerperal, e a presença e participação efetiva do pai coo-

pera para sua efetividade. Conforme Silva, Santiago e Lamonier (2012, p. 126), ele contribui para “o aumento da sua incidência e prevalência, ou seja, o pai influi na decisão da mulher de amamentar e contribui para a sua continuidade”. Mesmo que o homem não represente um papel direto no aleitamento materno, ou seja, que este não possa oferecer o seio materno, ele deve estar presente e oferecer como suporte sua companhia e suas ações, as palavras de encorajamento, bem como a divisão das atividades de cuidado que demandam o bebê (LIMA, 2015).

Para Ribeiro *et al.* (2015, p. 75), “a participação paterna neste período está relacionada a benefícios como diminuição do tempo de trabalho de parto, do uso de medicações e de cesáreas, aumento do Apgar do bebê e amamentação duradoura”.

Deste modo, constata-se que o pai pode ser um grande aliado na manutenção do aleitamento materno, mas para isso ele precisa estar informado. Entretanto, muitas vezes este personagem está envolto por dúvidas em aspectos distintos, evidenciando a necessidade de intervenção profissional (MOTA; GOMES, 2009).

Quando ele conhece os benefícios da amamentação, como evidenciado por Lima (2015), ele passa a ser um aliado e encoraja a companheira. O autor acrescenta ainda que a mulher tem grande influência na participação ativa do homem durante este período, porque ela pode contribuir incentivando-o a se preparar também, através da busca pelo saber dos aspectos da amamentação, da importância desta para o bebê e para mãe, dos possíveis problemas e formas de prevenção, além das técnicas para uma efetiva amamentação.

Quando a participação do companheiro é valorizada pela puérpera, amenizam-se os receios e ela encontra neste um suporte para os momentos de dúvidas e insegurança (SILVA *et al.*, 2016), além de contribuir com uma experiência saudável da paternidade e com o envolvimento emocional do trinômio

Ademais, para exercer o papel de coadjuvante no aleitamento, o pai precisa desmistificar essa ideia e compreender o ato de amamentar como algo que exige muito das questões físicas e emocionais da mulher. Partindo dessa concepção, ele irá entender a maternidade sobre variados ângulos e respeitará o tempo da companheira, além de contribuir de forma efetiva para que este momento seja uma vivência positiva para ambos.

Diante destes aspectos e dos avanços nas questões familiares, de gênero e participação masculina nas atividades domiciliares e nos aspectos

do universo feminino, percebe-se que nos dias atuais esse envolvimento paterno no cuidado, tanto com o bebê quanto com a própria mulher, facilita os variados processos que regem essas relações, principalmente no que tange à relação estabelecida entre mãe e filho nos primeiros momentos da vida do bebê.

Isso tem impulsionado os processos de mudanças também na legislação, e a licença paternidade deu ao homem/pai a possibilidade de acompanhar o filho nos primeiros dias de nascido, permitindo que este, além de participar desse processo, pudesse colaborar com a genitora nos cuidados que demandam o neonato.

A licença paternidade disposta no Decreto nº 8.737, de 3 de maio de 2016, institui o Programa de Prorrogação da Licença-Paternidade para os servidores regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. No art. 2º, a prorrogação da licença-paternidade será concedida ao servidor público que requeira o benefício no prazo de dois dias úteis após o nascimento ou a adoção e terá duração de quinze dias, além dos cinco dias concedidos pelo art. 208 da Lei nº 8.112, de 1990 (BRASIL, 2016).

Os incisos dispõem que a prorrogação se iniciará no dia subsequente ao término da licença de que trata o art. 208 da Lei nº 8.112, de 1990. O disposto neste decreto é aplicável a quem adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.

O maior envolvimento do pai ao longo da gravidez da mãe, e após o nascimento dos filhos, está tornando-se mais frequente, denotando um desempenho de papéis, neste período, que difere do tradicionalmente assumido por eles em outros períodos do curso de vida da família (PICCINI *et al.*, 2009). Nos dias atuais, o pai tem buscado o equilíbrio entre a paternidade e a vida profissional, o que representa um ganho para a estrutura familiar, pois o processo de aprendizado das crianças é mais célere a partir dos nossos exemplos. Esta geração de pais está contribuindo para uma participação mais efetiva de seus filhos quando estiverem, por sua vez, desempenhando também a paternidade.

9.3 O PAI E O ALEITAMENTO MATERNO: AS DIFICULDADES DESTA PARTICIPAÇÃO

Antigamente, a sociedade era pautada nos preceitos patriarcais e não admitia o envolvimento paterno em outro âmbito que não fosse o financeiro. Assim, o pai era visto como o provedor da família, cabendo-lhe

essa única responsabilidade, logo, cuidar dos filhos era prática exclusiva da mulher.

A inserção do pai nas atividades familiares e afetivas foi gradativa, e sua inclusão no ciclo gravídico e puerperal é um evento relativamente novo, mas que agrega benefícios significativos às relações estabelecidas no primeiro momento entre o trinômio: mãe, filho e pai.

“A concepção da participação mais efetiva dos homens no cotidiano familiar, particularmente no cuidado para com a criança, vem sendo comumente veiculada como a *nova paternidade*” (COSTA, 2007, p. 30). Apesar da paternidade estar sendo vivenciada de modo diferente em comparação com o modelo patriarcal de outrora, ainda há muito o que fazer para que ela seja de fato consolidada.

Conforme o autor supracitado, na maioria das sociedades o pai assume pouca ou nenhuma responsabilidade no cuidado com o filho; quando esta responsabilidade se atribui à amamentação, isso fica ainda menos evidente.

Para algumas mulheres, amamentar se dá de forma natural: elas são estimuladas desde a infância através das brincadeiras com as bonecas. Embora existam exceções, na maioria delas o que se denominou de instinto materno prevalece, e o cuidado com a prole é algo intrínseco da mulher. Paralelamente, os estímulos infantis nos indivíduos homens são diferentes e, quando estes tentam brincar com objetos “ditos femininos”, na maioria das vezes, são repreendidos pela família.

Esses eventos podem repercutir na maneira como o homem vivencia a paternidade e o valor atribuído a esta. Alguns conseguem superar o que fora introjetado, outros encontram mais dificuldades. Porém, o estabelecimento de uma efetiva paternidade pode ocorrer, mas para isso a harmonia do casal e a forma com que a mulher tenta inserir o parceiro nas atividades que a nova condição demanda poderão contribuir para que o pai queira exercer a paternidade.

Considerando-se que o indivíduo então filho passa a ser pai, o que demanda responsabilidades até então não vivenciadas, pode ser amedrontador e nem sempre a anuência dessa condição acontece facilmente, exigindo um trabalho psicológico de adaptação e aceitação do novo ser que chega e que requer alterações na rotina do casal.

A chegada do bebê instaura muitas alegrias, mas também pode ser fonte de insegurança, estresse e conflitos. É sabido que, quando o bebê nasce, tudo é preterido em sua função, até mesmo o relacionamento entre

homem e mulher, com isso os conflitos entre eles podem acontecer, o que irá contribuir de modo significativo para que o pai se distancie da mulher e do bebê. Conforme Silva, Santiago e Lamonier (2012), a vivência do pai acerca do aleitamento materno é permeada por sentimentos paradoxais: sente-se feliz e quer apoiar; simultaneamente, sente-se frustrado e excluído. Enfatizam também que pode interferir na sexualidade do casal.

Quando a mulher permite maior participação do pai no cuidado do bebê e este sente prazer nisso, menos provável é o isolamento dela e maior será a felicidade da nova família. Assim, Staudt e Wagner (2008) relatam que a mulher é detentora de poder para incentivar o homem a se envolver e se interessar pela paternidade, de modo a torná-lo mais participativo nas questões subjetivas da relação, o que otimiza a qualidade de vida da família.

A vivência de uma efetiva paternidade é dedicação, inicialmente pode ser também estafa, mais ao mesmo tempo alegria pela nova condição e um sentimento de amorosidade aflora no indivíduo por aquele pequenino ser. Acrescentam Jager e Bottoli (2011, p. 23), com muita propriedade, que o nascimento de um filho é um dos acontecimentos mais marcantes na vida indivíduo, sendo uma realidade diferente, inédita, que requer renúncia dos aspectos da vida social e da própria condição de filho, podendo reverter suas experiências infantis, assumindo um novo papel perante seu filho, ou seja, o pai passa a ter uma adequação psicológica a cumprir.

Contudo, para o exercício desta função, os pais precisam de fundamentação sobre os cuidados com o filho, pois foi constatado por Oliveira e Brito (2009) que muitos pais afirmam que a prática do cuidado requer conhecimento acerca do ser cuidado. Neste sentido, Ribeiro *et al.* (2015, p. 75) afirmam que muitos pais “se afastam dos filhos por julgarem-se inaptos ou menos capacitados que as mulheres para cuidá-los e, conseqüentemente, mães esgotadas e ressentidas por acumularem tarefas que poderiam ser compartilhadas com os pais”.

Isso denota que nem sempre a maternidade e a paternidade são experiências fáceis, o ideal criado pelos pais sobre o que será a vida com a criança nem sempre é correspondido e, quando fere as expectativas de ambos ou de um dos integrantes desta relação, ocorre o desequilíbrio, culminando no insucesso dessa tarefa. Sendo assim, é de grande importância o diálogo entre o casal, bem como a divisão das tarefas para que não haja sobrecarga de funções e essa experiência contribua com o crescimento de ambos.

Outro aspecto a ser superado consiste na pouca oportunidade para o pai explorar seus próprios sentimentos nos cursos preparatórios para gestante ou nas clínicas de pré-natais (JAGER; BOTTOLI, 2011). Ainda encontram dificuldades nos horários das consultas e grupos de gestantes, que geralmente são incompatíveis com a disponibilidade dele em função do trabalho (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012).

É preciso lembrar que o pai deve ser inserido desde o início do pré-natal, em seguida na fase puerperal e desenvolvimento infantil, e isso é tarefa mútua: da família, da mulher e dos profissionais de saúde. Isso fará que o exercício da paternidade seja mais suave e menos impactante, diminuindo os riscos de rejeição da nova condição.

Os cursos preparatórios para gestante podem ser estrategicamente montados para esta finalidade, pois nem sempre é fácil incluir o pai na prática do aleitamento, isso porque este processo é acompanhado de incertezas, sendo um universo totalmente diferente para o homem, uma vez que este não foi preparado pelos seus pais nem pela sociedade para encarar tal papel. Muitos são inclusos na amamentação quando o bebê está sendo alimentado pela mamadeira, pois eles entendem que, se não é no peito, eles podem desempenhar a ação. Além disso, o homem tende a ser o provedor da família, o que requer que ele tenha uma noite de sono para que no dia seguinte tenha condição de trabalhar e sustentar a família que cresceu.

A exclusão do pai no momento do aleitamento materno acontece muitas vezes pela própria mulher de forma imperceptível. O pai precisa participar e deve se sentir importante para a companheira e para o bebê. Esta medida de inclusão deve ser ressaltada, em face dos benefícios da participação do homem neste momento.

Entretanto, muitos homens acham que apoiar consiste apenas em verbalizações positivas, o que é incoerente. Neste momento, a mulher precisa de ações, de mãos e braços para auxiliá-la nas tarefas que o neonato demanda, que não são poucas; outros se mostram preconceituosos em relação à exposição pública da mama durante a amamentação, o que poderá ser resolvido colocando-se uma fralda sobre a mama, evitando-se a exposição do órgão e o constrangimento do companheiro.

A participação do pai ainda é um desafio e, para que seja efetivado, requer o envolvimento de todos: família, mãe e profissional de saúde, este último caracterizado no profissional enfermeiro, para que o processo de

amamentação se dê de forma efetiva e seja de fato permeado, também pela inserção paterna por sua importância neste contexto.

9.4 O ALEITAMENTO MATERNO: AS AÇÕES DO ENFERMEIRO PARA A INCLUSÃO DO PAI

A enfermagem é uma profissão que engloba várias funções, sendo composta por dois elementos distintos: os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, e as consultas das gestantes no decorrer do pré-natal são de responsabilidade do enfermeiro, em função da capacitação técnica de que dispõe este profissional.

Nos espaços onde ocorrem o pré-natal, a presença masculina ainda é incipiente, seja em função dos horários incompatíveis com o exercício profissional deste indivíduo, seja simplesmente por não acharem importante sua presença, afinal, quem está gestando é a companheira, e esse pensamento pode interferir desfavoravelmente nas ações direcionadas à amamentação.

Santos *et al.* (2015) elucidam que a função do profissional da enfermagem torna-se imprescindível para mostrar ao pai que ele não só incentiva a amamentação, mas que tem influência no ato de amamentar. O enfermeiro deve valorizar e incentivar a participação do pai na vida da gestante e do bebê desde a sua concepção. Jeneral *et al.* (2015) completam que é necessário que o enfermeiro, enquanto líder do planejamento da assistência integral, envolva-se em aprofundar a compreensão do ser pai, para o indivíduo masculino.

É imperativo que os enfermeiros compreendam o homem como protagonista do período gravídico-puerperal, cabendo, portanto, aos serviços de saúde a construção de práticas assistenciais que permitam aos homens e mulheres o compartilhamento com segurança e responsabilidade do cuidado com os filhos desde a gestação (RIBEIRO *et al.*, 2015). Avançar na superação do modelo de paternidade hegemônico requer políticas públicas direcionadas para a inserção dos pais no contexto dos cuidados e das experiências afetivas (FREITAS *et al.*, 2009).

Para que a participação do pai se dê de modo efetivo, é preciso alterar este panorama. Conforme Coelho *et al.* (2018), os profissionais de saúde se configuram na força motriz do SUS, capaz de transpor os desafios de incorporar a população masculina na sua complexidade aos serviços de saúde, sobretudo da atenção básica. Neste sentido, Souza, Roecker

e Marcon (2011) reforçam a importância dos profissionais de saúde se capacitarem para o desafio dessa inclusão, porquanto, à medida que o indivíduo se capacita, ele percebe de forma nítida a importância da sua atuação e passa a se comprometer com os processos de mudanças nos espaços de atuação.

Uma maneira de promover a alteração do paradigma da pouca ou quase nula participação do pai nas consultas de pré-natal consiste em fazer da gestante uma aliada, de modo que ela passe a comentar com o companheiro que o profissional de saúde tem requerido sua presença nas consultas, em função da importância dele neste momento, além das orientações de que ele vai precisar para o exercício de uma paternidade participativa. Souza, Roecker e Marcon (2011) enfatizam que estes profissionais devem promover ações educativas, objetivando capacitar os pais para o pleno exercício do seu papel.

Para tanto, o enfermeiro deve proporcionar um ambiente acolhedor, de modo que o homem também se sinta valorizado e a troca de experiência seja incentivada, bem como ocorra a exposição das dúvidas e receios por parte do casal, e o profissional exerça uma orientação direcionada conforme as especificidades, necessidades e demandas que eles apresentem, o que irá contribuir para desenvolver nos pais as habilidades necessárias para cuidar do futuro herdeiro e também fortalecerá os vínculos da família.

O profissional de saúde é apontado como um elemento que detém o saber (SILVA; SANTIAGO e LAMONIER, 2012). Isso demonstra a importância do diálogo, por meio do qual o profissional deve incentivar a participação dos genitores, em especial do pai, que muitas vezes fica à margem das orientações estabelecidas entre o profissional e a gestante. O pai precisa encontrar espaços para se expressar de modo que ele perceba que é importante e queira voltar, por se sentir incluído no contexto da gestação.

Nesta oportunidade, o profissional pode abordar como é imperioso o acompanhamento dele nas consultas de pré-natal, do seu direito de acompanhar a mulher durante o trabalho de parto e no parto, e da necessidade do apoio e incentivo a ela na fase da amamentação.

A família também pode ser requisitada pelo homem para buscar informações. É importante a inclusão desta nas orientações do enfermeiro (HOCKENBERRY *et al.*, 2006), o que poderá ocorrer através da promoção de rodas de conversa em que a família, aqui caracterizada como

aqueles que estão mais próximos do casal, poderá ser convidada. Neste sentido, Martins e Montrone (2009) advertem sobre a necessidade de o profissional atentar para a maneira de abordar as mulheres e seus parentes, pois nem sempre as dúvidas e aflições destes são colocadas de maneira espontânea. Ela poderá ser estimulada pelo enfermeiro quando este profissional solicita que as demandas a serem abordadas por ele venham a partir dos anseios da comunidade.

Nestas oportunidades, o profissional pode checar as informações dos integrantes do grupo, valorizando os conhecimentos que eles trazem e desmistificando os tabus ainda tão frequentes quando se trata de amamentação. Ele deve explicar sobre os benefícios do aleitamento exclusivo para a gestante e bebê; os nutrientes que compõem o leite, para desmistificar o conceito de leite fraco e ralo; as dificuldades que podem surgir para o estabelecimento da lactação, as formas de prevenção, os sinais de alerta de uma amamentação não efetiva e a conduta a ser tomada para evitar o agravamento do quadro. O profissional pode torná-los aliados da mulher não apenas para apoiar a amamentação, mas para compreender quão valioso e importante é o ato de amamentar para o desenvolvimento saudável do rebento.

Quando o profissional acredita naquilo que prega, ele o faz com tanta paixão que consegue alterar o panorama a sua volta. Sendo assim, é preciso também que o enfermeiro apreenda a importância do aleitamento materno, a fim de que ele seja instrumento de transformação e estabeleça na comunidade adstrita, em sua área de atuação, alteração do panorama de desmame precoce e favoreça o mais alto nível de saúde para a genitora, para o bebê e conseqüentemente para a saúde da família. Assim, não haverá espaço para inseguranças e conflitos em função da sensação de exclusão do pai do contexto da amamentação, o que requer do profissional “uma avaliação singular de cada caso” (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015, p. 356).

Desse modo, é notório que, conforme o investimento do enfermeiro em orientações à gestante, ao cônjuge e à família sobre a prática do aleitamento materno, ele ocorre de maneira mais efetiva. Barclay *et al.* (2012) reforçam que os estímulos externos também influenciam na amamentação, a exemplo dos aspectos sociais e econômicos.

Assim, as orientações podem se constituir num divisor águas para que o pai perceba a importância de sua inserção na alimentação do filho. Conforme Brito, Enders e Soares (2005), assistir ao homem no processo

da reprodução humana e fazê-lo compreender os aspectos que envolvem a lactação do filho contribuirá para a efetivação desse ato e consequentemente para a redução dos altos índices de morbidade e mortalidade infantil.

Além da contribuição deste indivíduo no suporte emocional da parceira, tão necessário neste momento, ele ajuda na superação das possíveis crises oriundas das dificuldades com o aleitamento. Deste modo, o pai não será mero expectador dos fenômenos que envolvem a maternidade, mas se sentirá um coadjuvante imprescindível neste período, o que irá agregar para a formação do vínculo afetivo entre ele e o filho, e fortalecer a relação conjugal.

Portanto, cabe ao profissional de saúde, em especial aos que atuam no pré-natal, buscar meios para quebrar os paradigmas existentes, o que é possível através de uma atuação efetiva em que os clientes, aqui caracterizados pelo pai, gestante e família, sejam priorizados em suas necessidades educativas, de modo a favorecer que eles atuem conforme o que se espera da estrutura familiar quanto aos fatores de proteção da saúde da criança, bem como da prevenção de agravos.

9.5 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

O ciclo gravídico-puerperal é caracterizado por inúmeras transformações fisiológicas para a mulher, e psicológicas para o casal. Com a chegada do bebê, a família faz uma série de adaptações para promover o cuidado e o aporte que o bebê requer, o que exige do casal harmonia para que as transformações não interfiram na relação de conjugalidade.

O início da amamentação nem sempre é fácil, podem surgir neste período vários complicadores com o manejo clínico da lactação e com os aspectos psicológicos que podem interferir, dificultando que esta ação aconteça conforme o esperado. Assim, é muito importante a atuação do pai, pois que, quando ocorre sua inserção neste contexto, ele passa a ser um aliado e contribui sobremaneira para o estabelecimento e duração da amamentação, além de oferecer suporte emocional à parceira, que neste momento tende a estar fragilizada.

Para tanto, o profissional de saúde que atua no pré-natal, aqui enfatizada a atuação do enfermeiro, precisa buscar conhecimento sobre os benefícios da inserção do pai no contexto do aleitamento materno. Este profissional tem uma capacidade ímpar para alterar panoramas, como a

ausência do homem no decorrer das consultas de pré-natal. Para mudar esse aspecto, o enfermeiro pode fazer da gestante uma aliada, de modo que ela contribua com a vinda também do genitor para os encontros que ocorrem no decorrer da gestação. Nestes encontros o homem precisa se sentir incluído para que tenha desejo de voltar, e o profissional contribui com esclarecimentos oportunos, a fim de sanar as dúvidas do casal e instruí-los para que a amamentação seja efetivada.

Quando o enfermeiro internalizar sua importância no contexto de saúde, sua contribuição será mais efetiva. Ele então compreenderá que, para o estabelecimento de um cuidado amplo com o bebê, é necessária a inclusão também do pai da criança, de modo a favorecer o vínculo de afetividade com o filho e fortalecer a relação conjugal, para que a promoção do cuidado seja de fato ampliada e efetivada.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. de; LUZ, S. de A. B.; UED, F. da V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-362, set., 2015.
- ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. de. Aleitamento materno: o desafio de
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**. O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 268.
- BARCLAY, L. *et al.* A profissionalização da amamentação – onde estamos uma década por diante. **Obstetrícia**. 28:281-90, 2012.
- BOSI, M. L. M.; MACHADO, T. M. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Esp. - Escola De Saúde Pública Do Ceará**, v. 1 n. 1, jul./dez., 2005.
- BRASIL. **Decreto nº 8.737, de 3 de maio de 2016**. Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8737.htm. Acesso em: 13 jun. 2020.
- BRITO, R. S. de; ENDERS, B. C.; SOARES, V. G. Lactação materna: a contribuição do pai. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 19/20, n. 1/2/3; p. 105-112; jan./dez., 2005.

- BRITO, R. S. de; OLIVEIRA, E. M. F. de. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), jun;27(2):193-202, 2006.
- CARNEIRO, L. M. R. *et al.* Benefícios da presença paterna nos cuidados com o lactente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, dez.; 21(esp.1):637-41, 2013.
- COELHO, E. B. S. *et al.* **Política nacional de atenção integral a saúde do homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- compreender a vivência. **Rev. Nutr.** Campinas, 20(4): p. 431-438, jul./ago., 2007.
- COSTA, Cleise dos Reis. **Representação do papel do pai no aleitamento materno**. Porto, Portugal, 2007. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62560/2/124142_33M.pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.
- FAUSTINO, W. M. *et al.* Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**. 23(1):137-45, 2007.
- FREITAS, W. de M. F. *et al.* Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev. Saúde Pública**; 43(1): p. 85-90, 2009.
- FREITAS, W. de M. F.; COELHO, E. de A. C.; SILVA, A. T. M. C. da. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**, 23(1), 137-145, 2007.
- GUTIERRES, D. V. G. **No colo da ama de leite**: a prática cultural da amamentação e dos cuidados das crianças na província do Grão-Pará no Século XIX. Belém-Pará, 2013. Disponível em: <http://do-cplayer.com.br/12487093-Damiana-valente-guimaraes-gutierres.html>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- HOCKENBERRY, M. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- JAGER, M. E.; BOTTOLI, C. Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. **Psicol. Teor. Prat.** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 141-153, 2011.
- JENERAL, R.B.R, et al. Aleitamento materno: uma reflexão sobre o papel do pai. **Rev. Fac. Cien. Med.** Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 140-147, 2015.

- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Edição Revista. Lisboa, 2008, 45 p.
- LIMA, Vanessa. **O papel do pai na amamentação**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Bebes/Amamentacao/noticia/2015/01/o-papel-do-pai-na-amamentacao.html/>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(5): p.2461-2468, 2011.
- MARTINS, R. M.; MONTRONE, A. V. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. **Rev. Eletr. Enf.** [página na Internet]; 11:545-53, 2009.
- MOTA, E.; GOMES, C. F. O papel do homem no aleitamento materno. **Temas Desenvolv.** 17:22-7, 2009.
- OLIVEIRA, A. A.; CASTRO, S. V.; LESSA, N. M. V. Aspectos do aleitamento materno. **Revista Digital de Nutrição – Ipatinga: Unileste-MG**, v. 2, n. 2, p. 1-16 fev./jul., 2008.
- PICCININI, C. A. *et al.* Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 26(3), 373-382, 2009.
- PINHO, Ana Maria dos Santos. **Compreendendo a vivência do pai frente à amamentação**. Botucatu, 2012. Disponível em: http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/96425/pinho_ams_me_botfm.pdf?sequence=1. Acesso em: 13 jun. 2020.
- RIBEIRO, J. P. *et al.* Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de Enfermagem. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 16, n. 3, p. 73-82, jul./set., 2015.
- RODRIGUES, D. P. *et al.* A amamentação como prática valorativa no saber fazer: uma contribuição da enfermagem obstétrica. **17º SENPE**, Natal/RN, p. 00293-00295, 2013.
- SANTOS, M. J. V. dos *et al.* O papel do pai e do enfermeiro no processo de amamentação. **Semana de Enfermagem da AJES**, p. 1-15, 2015.
- SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. Paul. Pediatr.** 30(1):122-30, 2012.

- SILVA, E. M. *et al.* Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérperas. **J. res.: fundam. care.** On-line, jan./mar. 8(1):3991-4003, 2016.
- SOUZA, K. V. de; TESIN, R. R.; ALVES, V. H. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta Paul. Enferm.** 23(5): p. 608-13, 2010.
- SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de MaringáPR. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. abr/jun;13(2):199-210, 2011.
- SPERIDIÃO, Patrícia da Graça Leite. O leite e derivados na alimentação infantil. **Pediatria Moderna**, jul. 13 v. 49 n. 7, p. 283 a 288, 2011.
- STAUDT, A. C. P.; WAGNER, A. Paternidade em tempos de mudança. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 174-185, jan./jul., 2008.

No momento em que faculdade de enfermagem na UESC, ao seguir o dedicado trajeto que o curso nos permite percorrer, confesso que me deparei com uma mistura de sentimentos que iam de uma paixão ardente pelo que estudava a outros em que me restava somente a ideia de desistir, talvez porque ali não estava somente uma estudante de graduação, mas também um jovem ser humano em formação, com seus medos e receios. E que bom que o desistir ficou somente como uma insegura ideia porque, no final do meu trajeto naquela instituição, o que sobrou foi o amor.

Amor por um curso que me permitiu uma evolução pessoal ao me fazer ver o quanto somos frágeis quando nos falta saúde, o quanto somos fantásticos ao gerar uma vida, o quanto somos perfeitos como seres humanos, em todos as etapas que vivemos na terra. Vivenciar um nascimento, uma alta de uma unidade intensiva, ou mesmo a finitude da vida, fez-me ser ainda mais grata por testemunhar momentos tão sublimes, em que a necessidade do cuidar humanizado se faz necessário, em todos os contextos.

No trajeto do curso, somos apresentados a diversos campos de atuação do enfermeiro, nos serviços hospitalares, na atenção básica, no ensino, na pesquisa, na gestão, e em todos eles percebemos a importância de sermos engajados na busca de melhores condições de saúde para os usuários através da aplicação de conhecimento, de habilidades assistenciais e de educação em saúde. Sempre onde houver um profissional da enfermagem, haverá cuidado com a vida.

Após conclusão do curso, o meu caminho se desenhou nos ambientes hospitalares, como professora de prática e como enfermeira assistencial em uma UTI, e foi lá que meu coração bateu mais forte. Sabe quando a gente se apaixona à primeira vista? Foi assim quando comecei a trabalhar com terapia intensiva e pacientes com afecções cardiovasculares. Compreender as doenças de origem cardíaca, fisiopatologia e tratamento; ver um indivíduo em angústia ser tratado e reabilitado, ou mesmo ao prescrever as recomendações de enfermagem para cuidados em casa, fez-me perceber que era ali que eu gostaria de estar, participando de uma equipe multidisciplinar nos cuidados diretos ao cardiopata, sendo enfermeira.

Estar no contato direto com esse público de usuários nos faz reconhecer a importância do profissional enfermagem em todos os espaços em que houver a busca e a necessidade de cuidados de saúde. Na atenção primária, medidas preventivas, de acompanhamento e de educação fazem a diferença para a prevenção de doenças ou mesmo de complicações re-

lacionadas a elas; na atenção secundária ou terciária, as habilidades do enfermeiro se destinam a garantir a recuperação e a reabilitação, prolongando a vida. É essencial ter em mente que o enfermeiro é ator principal para fazer com que o percurso enfrentando por aqueles que precisam de cuidados seja o mais seguro e acolhedor possível.

Sempre acreditei na capacidade que a Enfermagem tem de modificar a realidade de um sujeito, de o fazer transformar seu contexto de saúde no melhor que for permitido e possível, dentro de suas limitações e possibilidades. Para tanto, é essencial que o enfermeiro esteja preparado, atento às evoluções de pesquisas e à renovação do conhecimento, empoderado do seu propósito de persistir pela vida.

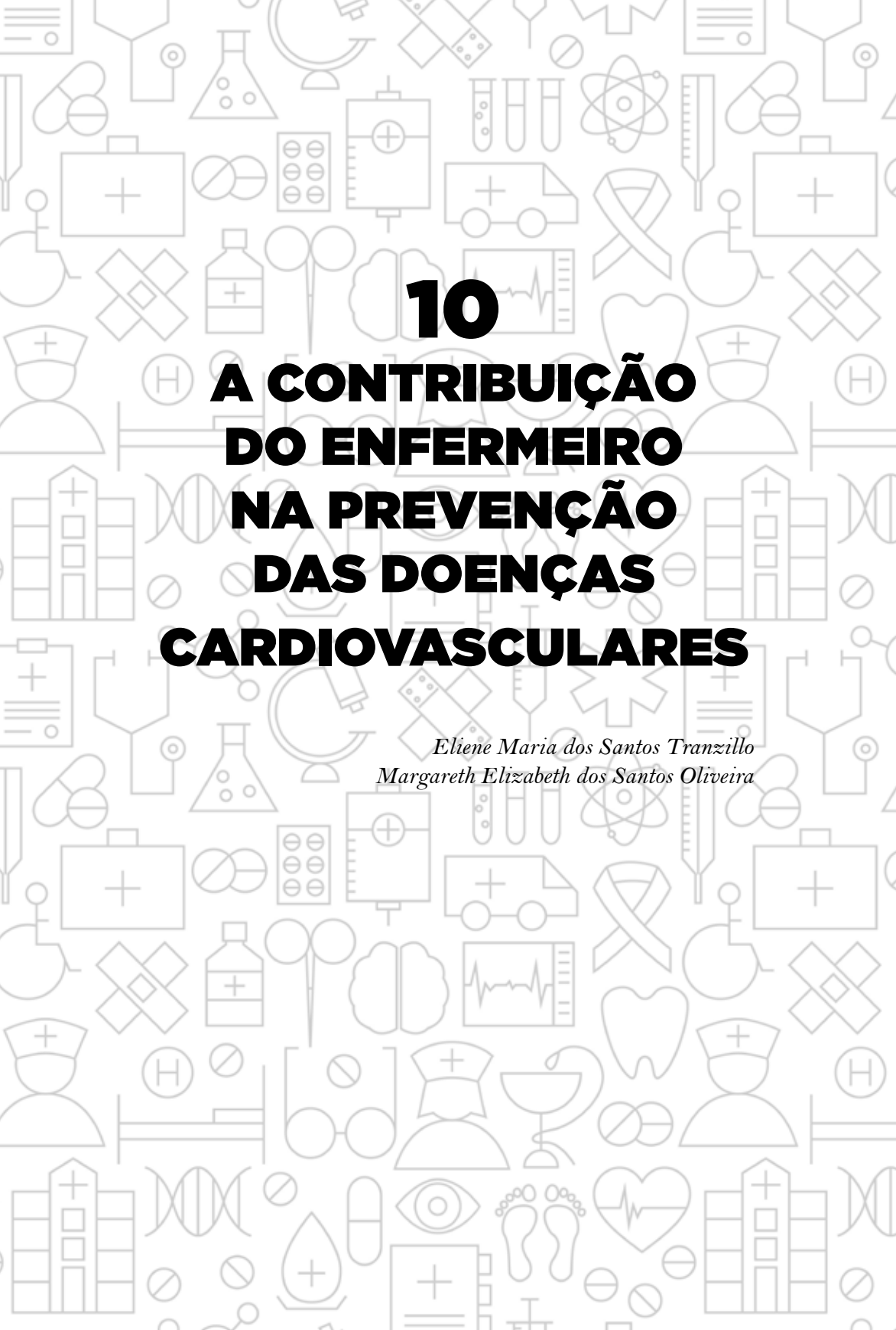
O fato de você ter começado a ler este livro é porque, com certeza, acredita nessa capacidade transformadora da enfermagem e tem consciência do seu papel na garantia de uma assistência segura, livre de danos e apoiada no conhecimento e nas habilidades adquiridas com o estudo. Através destas páginas, que correrão a partir de agora, você compreenderá por que a cardiologia e a enfermagem têm andado de mãos dadas no Brasil, no mundo e em todo lugar em que a busca pela saúde envolver a presença e a participação de um enfermeiro.

Ao ler esta parte do livro, você vai experimentar esse amor que eu sinto pela cardiologia e por ser enfermeira. A partir de agora, recomendo-se doses dessa boa leitura. Prepare-se, porque lhe farão ainda mais apaixonado pelo “tum-tum” que é a música da vida.

E, por favor, doses cavалares.

Larissa Cavalcante Silva Nunes

(Especialista em Cardiologia para Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Intensiva de Alta Complexidade. Especialista em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar.)



10 A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

*Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Margareth Elizabeth dos Santos Oliveira*

Nas últimas décadas, as doenças cardiovasculares tornaram-se um grave problema de saúde pública e se destacaram como a principal causa de morte no mundo, sobretudo no Brasil, onde os fatores de risco estão mais presentes na sociedade.

A sua incidência e prevalência estão associadas a vários fatores de risco, boa parte deles passíveis de serem prevenidos. Entretanto, nota-se que há configuração de importante paradoxo, pois que, apesar das doenças cardiovasculares constituírem o grupo de maior importância no cenário nacional e mundial em função da sua morbimortalidade, as ações de prevenção cabíveis não têm sido adotadas de forma proporcional à importância dos agravos.

Muitas instituições ainda estão centradas em aparelhos tecnológicos altamente especializados, que dependem de equipamentos de apoio, cujo foco é especialmente a doença e sua cura, não havendo maior atenção para a prevenção. Buscando alterar esta realidade, Abreu *et al.* (2011) advertem acerca da importância de investimentos na prevenção, a fim de reduzir gastos com medicamentos, procedimentos e hospitalizações, comuns em nosso meio, principalmente em se tratando dessas modalidades de doenças, em que a prevenção pode interferir de maneira substancial e impedir inclusive o surgimento delas.

Assim, o enfermeiro pode se constituir um agente de mudança, promovendo diálogo com a comunidade sobre os fatores de riscos, promovendo a compreensão dos aspectos preventivos, sendo esses modificáveis, para que o foco de atenção sejam as ações primárias. Entretanto, para aqueles indivíduos que já têm comprometimento cardíaco, abordar também as ações de cunho secundário e terciário, de modo a minimizar danos e contribuir para a qualidade de vida do portador de cardiopatia.

Nesse sentido, é importante o destaque do enfermeiro como educador em saúde, em nível individual ou coletivo, para que esse profissional estimule os indivíduos a desenvolverem competência para agir consciente em relação à saúde, desenvolvendo autonomia e influenciando políticas de cuidado capazes de impulsionar mudanças.

Contudo, urge o despertar neste profissional para o seu potencial de atuação, de modo que ele perceba a importância de sua contribuição, especialmente em se tratando da prevenção de doenças cardiovasculares. Para que haja efetividade das ações, é necessário o estabelecimento de vínculo entre profissional/cliente; para tanto, deve se construir uma relação de proximidade com a população assistida, respeitando os limites

e percebendo-os como indivíduos de direitos e passíveis de incorporar práticas mais saudáveis em seu cotidiano.

10.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares são enfermidades crônicas degenerativas que afetam o sistema circulatório, o processo patológico avança de maneira lenta e gradual, prejudicando as funções orgânicas por interferir no transporte efetivo do sangue e outros elementos importantes para a manutenção da homeostase, causam graves complicações, limitam o indivíduo e levam a óbito. De acordo com a SBC (2019), elas constituem a maior causa de mortalidade e morbidade em nível global, incluindo o Brasil.

Sendo assim, é um problema de saúde pública, gerando impactos negativos para o indivíduo, a família e o Estado, cujos gastos com internações são exponenciais, e os óbitos, uma realidade. No Brasil 29,4% dos óbitos identificados foram por esta etiologia, sendo mais de 308 mil pessoas morrendo de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia mostram que 60% dessas vítimas são homens, com média de idade de 56 anos (BRASIL, 2012).

Entretanto, as mulheres também estão sujeitas às doenças cardiovasculares, e os riscos nessa parcela da população são caracterizados pela perda do efeito cardioprotetor do estrogênio sobre a bomba cardíaca, que ocorre na menopausa com a depleção desse hormônio, ficando a mulher mais suscetível (SOGIMIG, 2012). Além disso, há os hábitos relacionados ao estilo de vida, a exemplo do consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco, da obesidade e do sedentarismo, que na atualidade fazem parte do contexto de vida das mulheres.

Diante das evidências, novas diretrizes expostas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia tiveram como objetivo incluir também as mulheres no grupo de risco de patologias cardíacas, tendo como afirmativa para isso o controle mais rígido do nível de colesterol, que baixa de 100 mg/dl para 70 mg/dl (DIAS, 2013).

Existem três fases das doenças cardiovasculares: na primeira os sintomas são brandos; na segunda, quando a doença já está instalada, os portadores apresentam algia peitoral, dispneia, palpitações, insuficiência cardíaca, isquemia e cefaleia; e a terceira fase é caracterizada por do-

res agudas e sinais de complicações cardiovasculares severas (BRASIL, 2012).

Assim, deve-se enfatizar a necessidade da prevenção primária, possibilitando o controle dos fatores de riscos que contribuem como agentes causais das cardiopatias, destacando-se entre eles o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a angina. Já a aterosclerose consiste no principal fator de risco, sendo caracterizada pelo depósito de gordura na parede das artérias, dificultando e/ ou impedindo a fluidez do fluxo sanguíneo.

A aterosclerose é um processo inflamatório sistêmico lento, com grande fase silenciosa antes de o indivíduo apresentar as manifestações clínicas. Acontece por aumento de pressão nos vasos, juntamente com partículas sólidas de sangue, causando lesão no vaso, possibilitando a entrada de LDL nele. A união das células de defesa com o LDL forma uma placa, diminuindo a circulação sanguínea e a oxigenação, como consequência pode haver o infarto agudo do miocárdio ou obstrução de um vaso cerebral, causando o acidente vascular encefálico (SILVA *et al.*, 2013).

A angina é outro grupo de doenças do coração, podendo ser estável e instável. A estável é causada por fluxo sanguíneo diminuído para o miocárdio, podendo ser por esforço ou estresse emocional, provocando dor torácica. A intensidade da dor pode ser leve ou intensa, o desconforto aumenta gradativamente, causando dormência e fraqueza dos membros superiores, seguido de alguns sintomas como sudorese, taquicardia, náuseas, dispneia e aumento da pressão arterial. Geralmente a dor é maior do lado esquerdo, na porção superior do esterno, podendo durar de dois a quinze minutos (NETTINA, 2007).

A autora diz que a angina instável muitas vezes é confundida com o infarto, ela ocorre em repouso, por insuficiência do fluxo sanguíneo, e pode acontecer em função de aterosclerose, hemorragia, úlcera por lesão ou ainda espasmo de artéria coronária. A duração da dor é maior que dez minutos.

Conforme Nettina (2007), a insuficiência cardíaca congestiva resulta do processo de remodelamento cardíaco, quando forças mecânicas e bioquímicas alteram o tamanho, o formato e a capacidade do ventrículo de bombear sangue oxigenado suficiente para atender as demandas corpóreas, provocando aumento na frequência cardíaca, vasoconstrição e aumento do coração, fenômenos que são mecanismos compensatórios, para ajudar o coração insuficiente. A doença pode se manifestar nas duas

câmaras cardíacas (direita e esquerda), tendo sintomas distintos. Conforme Ruggeri (2013), a insuficiência cardíaca representa 25% dos óbitos por doenças cardiovasculares.

Quando se trata de insuficiência cardíaca direita, os sinais e sintomas são: edema em membros inferiores, dor abdominal, oligúria, hepatomegalia, refluxo hepatojugular, ascite, náuseas e anorexia. Os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca esquerda se apresentam como: dispneia ao esforço ou paroxística noturna, taquipneia, batimentos de galope, ruídos pulmonares crepitantes, edema pulmonar e hemoptise (NETTINA, 2007).

Daí a importância da prevenção para evitar que agravos dessa magnitude ocorram com tanta frequência, muitas vezes por causas evitáveis, sendo a orientação uma aliada para que as pessoas sejam científicas das formas de prevenção e passem a adotar hábitos de vida saudáveis. Ademais, o diagnóstico precoce é também um aliado por intervir na doença em seu estágio inicial, promovendo um tratamento oportuno e ensejando uma sobrevida com mais qualidade.

10.2 AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NOS FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um programa que busca incessantemente contribuir com a saúde dos brasileiros e para isso ele se adequa conforme o surgimento de agravos, não sendo, portanto, estático. Para tanto, é necessário o conhecimento da população adstrita, bem como das condições de morbidade que afetam essa população.

Os dados gerados permitem a atuação do profissional enfermeiro de forma mais efetiva por conhecer as condições de saúde da população, bem como dos fatores condicionantes e determinantes de saúde/doença na comunidade, e favorecem a delimitação de estratégias que tenham impactos e contribuam para a prevenção dos agravos, a manutenção e a restauração da saúde.

A partir daí, surge a necessidade de se instituir atividades educativas, a fim de alterar realidades e contribuir com práticas de saúde mais efetivas para que as doenças cardiovasculares não continuem a ocorrer e alterar a vida das pessoas com o poder incapacitante que advém delas.

O indivíduo portador de doença cardiocirculatória necessita da intervenção de uma equipe multiprofissional, composta por médico, educador físico, nutricionista, enfermeiro e profissional da área de psicologia.

Entretanto, esta não é a realidade da maioria da população brasileira, especialmente aquelas que não dispõe de assistência à saúde suplementar e que são assistidas na própria comunidade através do SUS. Muitas vezes, após passar pela consulta médica, seu maior contato é com os enfermeiros das unidades básicas e dos programas de saúde da família. Pela maior proximidade com a comunidade, estrategicamente esses profissionais podem fazer a diferença na vida dessas pessoas.

Neste sentido, a atuação do profissional para prevenção pode se dar em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, sendo a prevenção primária aquela de menor custo e maior impacto, em função das medidas ocorrerem na população que ainda não desenvolveu a doença, mas tem fatores que predispõem o desencadear dela.

Na consulta de enfermagem, as orientações são voltadas para a prevenção, quando o profissional incentiva a mudança no estilo de vida, com incorporação de hábitos saudáveis quanto à dieta, atividade física, abstenção de tabaco e álcool, redução de ingestão de sal, embutidos e enlatados, bem como redução do peso corporal, conforme a necessidade.

Magalhães *et al.* (2010) advertem que as modificações de estilo de vida estão definitivamente comprovadas como eficazes e devem ser estimuladas para a população em geral e para os grupos de maior risco. Afirma Pday (1990), *apud* Magalhães *et al.*, (2010) que deve ser considerado, também, o controle do estresse em indivíduos selecionados por meio de intervenções cognitivas e comportamentais, técnicas de relaxamento e religiosidade.

Na prevenção secundária, embora o indivíduo já tenha a doença, busca-se evitar que ela seja agravada, também através de mudança no estilo de vida, além das orientações quanto à manutenção das medidas terapêuticas medicamentosas, conforme a prescrição de um profissional habilitado.

Já a prevenção terciária é empregada nos portadores de cardiopatias, de modo a prevenir novas complicações, contribuir para estabilizar a doença e melhorar a qualidade de vida do portador.

Alguns dos fatores que contribuem para o aparecimento das doenças cardiovasculares são modificáveis, entre os quais Carvalho (1998) destaca: dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade, uso do tabaco e de bebidas alcoólicas, bem como os fatores psicológicos e embólicos. Os que não podem se modificar consistem em idade, sexo e antecedentes familiares.

A atuação preventiva na dislipidemia se dá através de medidas para diminuição do colesterol e a quebra de lipoproteína de baixa densidade

(LDL), o que pode ocorrer através de orientação sobre alimentação adequada, quando a atuação do nutricionista é imprescindível, ou de forma terapêutica (GUS, 1998). Além da prática de atividade física regular, essas medidas são coadjuvantes para reduzir os níveis séricos de colesterol.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, caracterizada pela alteração dos níveis pressóricos, em que pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (BRASIL, 2019). Nesta condição, o coração fará um esforço maior de bombeamento para que o sangue vença o gradiente de pressão da parede das artérias e consiga ser conduzido para nutrir os órgãos e sistemas do corpo. A doença tem alta prevalência e responde por inúmeras internações. Conforme o Ministério da Saúde (2019), morrem por dia no Brasil 388 pessoas em decorrência de HAS.

Um dos problemas enfrentados pela população hipertensa é que a doença geralmente não apresenta sintomatologia, sendo denominada entre os profissionais de saúde como “matador silencioso”. Porém, quando passam a fazer uso das drogas para controlar os níveis pressóricos, estas promovem reações adversas desagradáveis no organismo, o que contribui para a não adesão ao tratamento. Neste aspecto, o enfermeiro pode orientar este grupo de clientes, de modo que eles saibam dessa particularidade e percebam que, embora o tratamento traga efeitos indesejáveis, é preferível em virtude dos problemas que a doença pode provocar.

Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina (SBEM, 2007). Conforme Gross *et al.* (2002), é frequente na população adulta e está associada a um aumento da mortalidade por doença cardiovascular e complicações microvasculares. Carvalho (1998) elucida que as medidas preventivas para controlar o diabetes só têm efetividade quando empregadas em conjunto com aquelas que controlam a HAS, sendo que a atividade física diminui a resistência vascular periférica, a frequência cardíaca, o peso, induzindo à redução da pressão arterial e dos níveis de glicemia sanguínea.

Em relação ao fumo, não existem fatores que o apontem exclusivamente como causador de doenças cardiovasculares, no entanto estudos mostram que há diminuição do risco de desenvolver cardiopatia após a interrupção do hábito de fumar. O abandono do tabagismo diminui em 50% o risco de um infarto agudo do miocárdio (GUS, 1998). Assim, faz-se pertinente o enfermeiro abordar sobre este assunto, porque, como a prática do tabagismo geralmente ocorre na adolescência, os efeitos da

nicotina, de curto ou de longo tempo de exposição, são deletérios no organismo; além de ser considerado carcinogênico, o tabagismo promove o envelhecimento precoce das artérias, o que contribuirá para a instalação de problemas no sistema cardiocirculatório.

A obesidade está associada a várias patologias. A SBC (2017) adverte que ela atingiu proporções pandêmicas. No Brasil, mais da metade da população tem excesso de peso. Não apenas o peso está relacionado ao maior risco de complicações, mas também a distribuição da massa adiposa. Sua distribuição de forma centripetal (tronco e abdome) é associada à síndrome metabólica e distúrbios do sono.

A alimentação representa uma forma de manutenção da saúde por suprir as demandas energéticas necessárias ao processo homeostático. Mas, quando ocorrem excessos, constituem-se fator de risco para desencadear patologias, a exemplo da HAS e DM, podendo inclusive contribuir para o óbito. Neste sentido, o enfermeiro pode auxiliar, encaminhando o indivíduo para um profissional de nutrição, sendo este mais habilitado para uma efetiva orientação quanto à importância de uma dieta saudável, conforme a avaliação preliminar de cada caso. Gus (1998) afirma que a redução de peso é uma importante medida preventiva para cardiopatias.

Por outro lado, a vida em sociedade tem contribuído para elevar os níveis de estresse na população, o trânsito com seus engarrafamentos quilométricos, a pressão a que os indivíduos se submetem em busca de reconhecimento e valorização, além das cobranças de ordem interna, tendem a agravar o quadro e contribuem para a instalação das doenças, sejam elas de ordem física, sejam de ordem psicológica. Assim, na atualidade é pertinente incorporar-se estratégias para prevenir os efeitos deletérios que o estresse provoca no organismo, que inclusive contribuir para a instalação de HAS e outras doenças no indivíduo.

Com relação aos fatores de riscos não modificáveis, o enfermeiro precisa atentar para aquele relacionado aos antecedentes familiares, em função de maiores possibilidades desse grupo desenvolver cardiopatia em relação à população em geral. Desse modo, Ruggieri *et al.* (2013) advertem que as medidas preventivas devem ser instituídas precocemente, de modo a minimizar os riscos para as doenças cardíacas.

Portanto, a atuação desse profissional pode contribuir com os indivíduos, para alertar e orientar evitando os riscos relacionados ao desenvolvimento das cardiopatias e incentivando hábitos de vida que venham a contribuir com a manutenção da saúde, a prevenção de doenças e o tratamento oportuno das enfermidades, quando presentes, de modo que não comprometam a qualidade de vida das pessoas.

10.3 CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A enfermagem tem uma ampla atuação nas instituições de saúde, sendo inúmeras as atribuições do enfermeiro, que perpassam por ações de cunho curativo, administrativo, pesquisa, ensino, bem como aquelas que contribuem para a prevenção de doenças e redução de agravos. Segundo Abreu *et al.* (2011), a importância da atuação deste profissional nas ações preventivas é imensurável, e ele pode utilizar recursos de prática de prevenção universal, coletiva ou de cunho individual, especialmente para as pessoas mais vulneráveis.

As instituições de saúde oferecem um vasto campo para a atuação desse profissional, e um ambiente favorável para as intervenções é primordial. Neste sentido, as unidades básicas oferecem condições para que as ações preventivas sejam enfatizadas de forma mais veemente. Contudo, para que elas tenham efetividade, é necessário haver um planejamento, de modo a definir as variáveis importantes, prever as possíveis dificuldades, bem como as estratégias para superá-las.

Desse modo, o processo de enfermagem se configura em uma importante ferramenta de planejamento para o enfermeiro, ele impele o profissional a pensar de forma a atender pessoas doentes e saudáveis, respeitando a cultura e a individualidade, é centrado no cliente, onde sua participação é imprescindível para a eficácia das ações. Esta ferramenta não atende apenas necessidades individual da clientela, mais também aquelas direcionadas a grupo de pessoas na comunidade, promovendo desse modo abrangência e efetividade das ações do profissional.

O conhecimento do enfermeiro em relação ao perfil de saúde da população, das necessidades individuais e de grupos é importante para não se restringir apenas aos aspectos comportamentais, mas se voltar também para características econômicas, crenças e valores. A concepção ampliada é essencial para garantir um planejamento com estratégias adequadas, cujas metas sejam alcançadas (PALMEIRA, PEREIRA E MELO, 2010).

Embora ele atue também nos cuidados quando a doença já está instalada, deve direcionar seu foco de atuação para as ações primárias, controlando os fatores de risco e procurando reintroduzir na população assistida comportamentos saudáveis por meio de educação em saúde (Grimario *et al.*, 2010).

Conforme Bashshur *et al.* (2016), *apud* SBC (2019), em se tratando de cardiologia, as ações de promoção da saúde e prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares representam significativa redução de custos pela diminuição de consultas ao especialista, internações por complicações clínicas e entradas nas unidades de urgência.

Portanto, considerando os conhecimentos incorporado ao longo da graduação e das experiências profissionais, ele pode envolver uma abordagem multidisciplinar, com assistência individualizada e em grupo, de modo a melhorar a adesão aos programas governamentais de prevenção e atenção à saúde direcionada à comunidade, a exemplo do Hiper Dia, do combate ao tabagismo, do controle de estresse e da obesidade, entre outros necessários e oportunos que buscam promover hábitos mais saudáveis para os indivíduos.

Na consulta de enfermagem, o enfoque não deve ser apenas direcionado para a coleta de dados relacionada à queixa atual, mas também oportunidade para o cliente se expressar, obtendo-se assim informações sobre outros aspectos de sua vida, necessárias para um efetivo planejamento das ações, de modo a não buscar apenas a doença física, mas fatores psicológicos prejudiciais à saúde do corpo e da mente (PALMEIRA, PEREIRA E MELO, 2010). Nestas oportunidades, o enfermeiro pode direcionar seu olhar para a prevenção, através de estratégias que possibilitem o aprendizado individual e coletivo, com o uso de técnicas participativas que valorizem o conhecimento dos indivíduos e desmistifiquem os conteúdos equivocados, de modo a comprometê-los com a manutenção e/ou a restauração da saúde com a incorporação do autocuidado.

Coadunamos com Palmeira, Pereira e Melo (2010) ao afirmarem que a abordagem deve ser de forma atrativa, que o profissional atue como facilitador de novos hábitos, englobando temas sobre alimentação, atividade física, os danos provocados pelo tabagismo, estresse e consumo de álcool.

Pela característica do trabalho do enfermeiro, ele tem uma proximidade maior com os indivíduos e comunidade, o que predispõe o compartilhamento das vivências do cliente, quando muitas vezes são expostas, além das questões físicas, aquelas de ordem social, econômica e emocional, ensejando que a atenção seja expandida e mais bem direcionada para atender as necessidades dos indivíduos, sendo a participação da clientela proporcional ao acolhimento recebido pelo enfermeiro.

Diante dessa perspectiva, relatam Capozzolo *et al.* (2005) que o enfermeiro deve desenvolver estratégias em que o processo saúde/doença não fique só no biológico, mas busque outras dimensões, não deixando

passar despercebida a vida enfrentada pelo usuário, como os conflitos familiares, as tensões sociais, para que o atendimento não fique apenas no papel, prescrições e exames, mas sim consiga estabelecer uma relação de confiança com o cliente.

10.4 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A prevalência das doenças cardiovasculares atinge predominantemente a população adulta, economicamente ativa, muitas vezes sendo as vítimas arrimos de família. Como a enfermidade é crônica e com evolução progressiva das limitações, interfere na vida produtiva do indivíduo, afastando-o das atividades laborativas. Os custos com o tratamento são altos, o que impacta na sociedade, no doente e na família, interferindo, conseqüentemente, nas condições de subsistência.

Deste modo, essas doenças representam custos econômicos e sociais por onerarem o Sistema Único de Saúde, a Saúde Suplementar, bem como a estrutura familiar, além de afetar negativamente o psicológico do indivíduo, que passa da condição de autonomia para dependente sem perspectiva de cura, apenas de controle dos sinais e sintomas da enfermidade.

Como são patologias desencadeadas, em sua grande maioria, por fatores de risco passíveis de prevenção, urge que os profissionais de saúde identifiquem os grupos suscetíveis e atuem preventivamente, de modo a comprometer a comunidade com alterações no estilo de vida, que é o maior vilão, quando inadequado, em se tratando dessas enfermidades.

Para tratar as doenças ora abordadas, é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional altamente capacitada, além de recursos tecnológicos de alto custo, terapêutica medicamentosa de uso contínuo, assim como procedimentos invasivos dolorosos para o paciente e sucessivas internações em função da gravidade da doença.

Assim, a prevenção se faz crucial, em virtude da possibilidade de minorar gastos e promover uma vida saudável para as pessoas. Neste aspecto, o profissional enfermeiro poderá ser um elemento estratégico, pela sua capacidade de envolvimento com a comunidade e seu tino para educador. Esse profissional poderá promover atividades educativas individuais ou coletivas com a população assistida e impelir nesta a necessidade de alterar posturas e práticas que comprometam a integridade da saúde.

Entretanto, para que as intervenções tenham o impacto desejado, são necessários investimentos das autoridades no setor de saúde, além

do comprometimento e da seriedade da máquina pública no cumprimento dos deveres para com os cidadãos, bem como proporcionar condições dignas de trabalho para a categoria de enfermagem, para permitir que ela consiga promover uma assistência de qualidade, que enfoque não apenas nas intervenções curativas, mas sobretudo naquelas que evitam o adoecer da população.

Mesmo estando submetidos a condições precárias e limitações de recursos humanos, materiais e estruturais relacionados à saúde pública, estes profissionais não se abatem e seguem acreditando no potencial transformador que a educação em saúde é capaz de promover – principalmente em se tratando das doenças cardiovasculares, cujas alterações no estilo de vida se constituem um divisor de águas –, de modo a impedir o surgimento dessas enfermidades e minorar as complicações naqueles que já se encontram adoecidos.

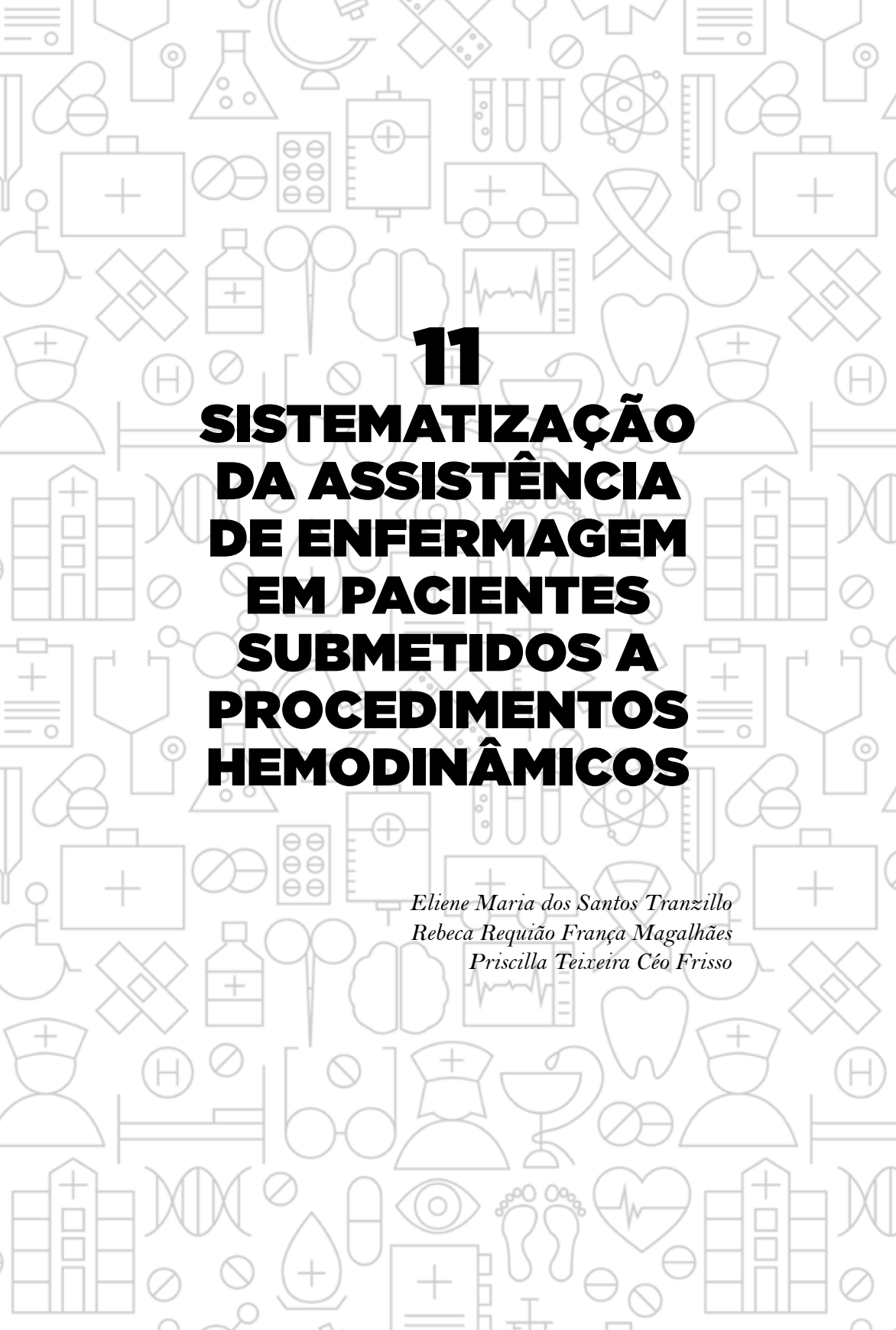
Faz-se necessário ainda que o enfermeiro acredite em sua capacidade de promover mudanças e busque atualizações contínuas, para que sua assistência seja o reflexo de suas buscas e contribua efetivamente com a população assistida, de modo a incorporar hábitos que favoreçam a manutenção da saúde, a prevenção dos agravos, bem como a minimização dos efeitos deletérios das enfermidades quando instaladas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. M. M. *et al.* Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Volume 13. Brasil, abr./jun., 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10502>. Acesso em: 17 maio 2020.
- BRASIL. **Doenças cardiovasculares**. Ministério da Saúde, abr., 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 17 maio 2020.
- BRASIL. **Hipertensão/pressão alta: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>. Acesso em: 17 maio 2020.
- CAPOZZOLO, M. E. *et al.* **O modo hegemônico de produção de cuidado**. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Texto 1, p. 5160. Rio de Janeiro, 2005.

- CARVALHO, J.J.M. **Aspectos preventivos em cardiologia**. Brasil, 1998. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisar-tigos/Pdfs/1988/V50N1/50010013.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.
- DIAS, R. dos S. **Médicos reduzem limite aceitável de colesterol “ruim” no sangue**. Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, out., 2013. Disponível em: <http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/medicos-reduzem-limite-aceitavel-de-colesterol-ruim-no-sangue.aspx>.
- GRIMARIO, N. de O. *et al.* Como Implementar Programas de Prevenção Cardiovascular: Aspectos Práticos. **Revista da Sociedade de cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**. n. 20, Brasil, set./out.; nov./dez., 2010. Disponível em: http://www.socergs.org.br/medico/images/stories/pdf_revista_20/Dr_Iseu_Gus.pdf. Acesso em: 17 maio 2020.
- GROSS, J. L. *et al.* Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 46, n. 1. São Paulo, fev., 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000100004. Acesso em: 17 maio 2020.
- GUS, I. Prevenção da Cardiopatia Isquêmica. O Investimento na Saúde. **Arquivos Brasileiros de cardiologia**, v. 70, n. 5. São Paulo, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998000500009. Acesso em: 17 maio 2020.
- MAGALHÃES, M. E. C. *et al.* Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev. Bras. Hipertens.** v. 17(2):93-97, 2010.
- NETTINA, S. M. **Brunner** – prática de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.
- PALMEIRA, S. C.; PEREIRA A.; MELO C. Prática de enfermagem na prevenção das doenças cardiovasculares. **Revista Baiana de Enfermagem**, América do Norte, v. 19/20, n. 1, 2, 3, mar. 2010. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3893/2856>. Acesso em: 17 maio 2020.
- RUGGERI, C. *et al.* Enfermagem em Cardiologia. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v. 26. RJ, abr. 2013. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Revista-Brasileira-de-Cardiologia-Suplemento-A-Temas-Livres-2013-Edi%C3%A7%C3%A3o-Completa.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** 2017; 109 (3 Supl. 1):1-104. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n3s1/pt_0066-782X-abc-109-03-s1-0001.pdf. Acesso em: 17 maio 2020.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz sobre Telemedicina na Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** 2019; 113(5):1006-1056. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v113n5/pt_0066-782X-abc-113-05-1006.pdf.
- SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **O que é diabetes?** 2007. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>. Acesso em: 17 maio 2020.
- SILVA, M. *et al.* Aterotrombose e Antiagregantes Plaquetários. **Revista Brasileira de Cardiologia.** v. 26.3, RJ, mai./jun., 2013. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/RBC-03-2013.-105.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.
- SOGIMIG. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia – SOGIMIG.** Belo Horizonte: Coopmed, 2012.



11

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS HEMODINÂMICOS

*Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Rebeca Requião França Magalhães
Priscilla Teixeira Céó Frisso*

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método que organiza e sistematiza os cuidados prestados ao paciente de maneira legalizada nas unidades de saúde. A cardiologia intervencionista é uma especialidade médica caracterizada por exames ou procedimentos de cateterismo, em que são utilizados cateteres possibilitando testes, diagnósticos e intervenções para tratamento de doenças coronárias.

Seu campo de atuação tem crescido de forma significativa através de meios cada vez mais sofisticados. Dentro do cenário da cardiologia intervencionista, a enfermagem exerce um papel fundamental em relação aos procedimentos do implante de *stents* coronarianos nos períodos pré, trans e pós-implante.

Compete ao profissional de enfermagem se responsabilizar pelo acompanhamento do paciente durante a permanência no ambiente hospitalar. Além disso, é imprescindível que o enfermeiro transmita as informações necessárias ao paciente, dando sequência aos cuidados pertinentes, influenciando assim na eficácia do procedimento. A assistência desse profissional deve ser planejada de modo a tornar as intervenções efetivas, e a SAE, além de ser um método científico, cuja finalidade consiste em oferecer uma assistência holística e individualizada, deve ser empregada por possibilitar a solução de problemas relacionados à assistência do enfermeiro.

O processo de enfermagem consiste em uma metodologia que sistematiza e organiza os cuidados de enfermagem, considerando o indivíduo em sua singularidade, enfocando as respostas humanas de uma pessoa ou grupos a problemas de saúde reais ou potenciais.

De acordo com Jesus (2002), o processo de enfermagem possibilita uma estrutura para todas as tomadas de decisões durante a assistência, fazendo com que ela se torne mais científica. Esse processo pode ser conceituado como uma atividade premeditada através da prática de enfermagem, que é dirigida de modo sistemático.

É um instrumento profissional com o qual o enfermeiro é capaz de nortear sua prática, dá-lhe autonomia profissional e segurança para realizar seu trabalho, além de oferecer-lhe mais possibilidades de atuação, para promover, manter ou restaurar o estado de saúde do paciente. Por ser documentado, possibilita ao enfermeiro uma avaliação mais consistente da assistência prestada (PEIXOTO *et al.*, 1996).

Entretanto, apesar da relevância dessa ferramenta, ela ainda é pouco utilizada, o que pode se configurar em falta de organização dos cuida-

dos prestados, quando não são realizados de modo empírico, tornando-se pouco efetivos. As razões são inúmeras, entre elas podemos encontrar: a rejeição dos profissionais às mudanças instituídas, a falta de comprometimento e valorização profissional, a sobrecarga de trabalho, além da falta de qualificação profissional, sendo esta última talvez a que mais influencie, pois o conhecimento tende a libertar e contribuir para que as buscas sejam mais consistentes.

Portanto, faz-se necessária a busca por qualificação desse segmento profissional, de modo que sua assistência tenha efetividade e contribua para a recuperação dos indivíduos sob seus cuidados.

11.1 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A sistematização da assistência de enfermagem surgiu com Florence Nightingale, embasada em uma prática de conhecimento científico. A partir da década de 1960, essa sistematização foi desenvolvendo-se, a fim de organizar a assistência de enfermagem, proporcionando subsídios para o trabalho e a realização do próprio processo de enfermagem (KLE-TEMBERG, 2004).

Avançada para a sua época, mas ao mesmo tempo conservadora, Florence Nightingale popularizou o exercício da enfermagem, permitindo o estabelecimento de uma nova profissão para a mulher. Bem-formada e culta, recorreu aos seus conhecimentos e estatuto social para influenciar a política de saúde e educação da época. Prestou cuidados de enfermagem aos doentes durante a Guerra da Crimeia com mais 38 mulheres (1854-1856), afirmando a profissão de enfermagem e dando início à sua caminhada para o estatuto de ícone e lenda (LOPES; SANTOS, 2010). Além disso, ela conseguiu reduzir a mortalidade dos soldados feridos na guerra de 40% para 2% com medidas simples de técnicas assépticas (BARROS e LOPES, 2010).

O nome Nightingale se torna importante para a área de enfermagem através da sistematização de um campo de conhecimento, em que é necessária a educação formal construída sobre bases científicas (OLIVEIRA *et al.*, 2007). Assim, nas atividades de assistência ao paciente, quando o profissional emprega a metodologia da SAE, suas ações são mais efetivas e seu cuidado é mais qualificado. Para tanto, requer habilidade do profissional, de modo a haver praticidade na utilização dessa ferramenta.

Segundo Taylor e Sparks (2007), a SAE é a melhor ferramenta para o desempenho da qualidade da assistência e a consolidação da enferma-

gem como profissão. Para ele, esta ferramenta tem alguns propósitos, como permitir utilizar o conhecimento e habilidade de forma organizada e orientada; viabilizar a comunicação entre a equipe de enfermagem e colegas de outras especialidades; em relação aos problemas enfrentados no cotidiano do cuidado, ela é essencial para prover um cuidado mais abrangente e de qualidade para o paciente.

Portanto, procedimentos teoricamente organizados e sistematizados a partir de uma gama de conhecimentos, sendo reformulados conforme a necessidade, são uma base segura para a ação profissional eficiente, além da possibilidade de alcançar autonomia profissional (ANDRADE, 2007).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) determina que o planejamento da assistência é uma imposição legal com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, que no art. 11 diz que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Além disso, a resolução 272/2002 desse órgão, em seu art. 2º, afirma que a implantação da sistematização da assistência de enfermagem deve ocorrer em toda instituição da saúde, seja ela pública, seja privada (ANDRADE, 2007).

Uma assistência efetiva do enfermeiro perpassa pela SAE, que, a partir de um planejamento consistente, possibilita intervenções de modo a atender o paciente e a família como uma assistência integral e individualizada, permitindo a implementação de intervenções necessárias e oportunas as reais necessidades do cliente, a fim de minimizar a ansiedade e riscos inerentes aos procedimentos (GALVÃO, SAWADA e ROSSI, 2002).

Portanto, é imprescindível que a assistência do enfermeiro aos indivíduos, família e comunidade esteja respaldada nessa ferramenta, em especial para os pacientes que são submetidos a procedimentos hemodinâmicos, em função da complexidade do tratamento e dos riscos a que são submetidos. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2009) adverte que a decisão de um cuidado sistematizado em pacientes no serviço de hemodinâmica surgiu através dos índices epidemiológicos preocupantes das doenças cardiovasculares, principal causa de mortalidade e morbidade do país.

Para atender à crescente demanda, o número de unidades em hemodinâmica no Brasil tem aumentado significativamente e com ela mais possibilidades de inserção do enfermeiro neste crescente mercado de cuidados altamente especializado (SEHNEM; ALITI, 2009). Para tanto, é

imprescindível que esse profissional venha a refinar suas habilidades e competências através do conhecimento, a fim de acompanhar os constantes avanços tecnológicos e científicos destas unidades, as quais requerem um processo de trabalho mais complexo.

O enfermeiro que atua em unidades de hemodinâmica precisa ter conhecimento científico aprofundado, desde a execução de atividades simples, às mais complexas, como as que impõem uma ciência específica e associada à experiência, especializações e constância em atualizar-se, bem como desenvolver habilidades específicas para uma atuação efetiva (LINCH, 2009).

Entre as habilidades necessárias para atuar numa unidade de hemodinâmica, destacam-se atitude, dinamismo, agilidade na tomada de decisões, interação entre cliente e profissional, bem como atenção direcionada e observação criteriosa aos pacientes. É necessário ainda o direcionamento do seu olhar para prevenir e intervir nas possíveis intercorrências e complicações que possam advir dos períodos pré, intra e pós-procedimentos.

A SAE aplicada na unidade de Hemodinâmica possibilita ao enfermeiro identificar alterações que venham a prejudicar o cliente, pois as atividades do profissional não se restringem apenas a procedimentos técnicos, mas também em atentar às necessidades do paciente (SCARSI e BROCARDI, 2010).

Os setores de hemodinâmica buscaram ainda somar especialidades além da cardiologia, como a neurologia e a vascular, que permitem realizar diagnósticos terapêuticos e procedimentos menos invasivos, mudando então o panorama de gravidade dos pacientes quanto à sua recuperação.

Para Zamberlan e Siqueira (2005), a unidade de hemodinâmica se preocupa com o estado normal e patológico do sistema cardiovascular, podendo intervir de acordo com a necessidade através de procedimentos complexos e de alto custo, além de equipamentos sofisticados e condutas específicas, como cateterismo, angioplastias coronarianas, implantes de *stents* e balão intra-aórtico. Tais procedimentos exigem conhecimento científico e técnicas especializadas daqueles que executam esses tratamentos, além de efetivos cuidados de enfermagem que garantam segurança e minimizem complicações.

Entre as atividades assistenciais do enfermeiro, destaca-se a orientação quanto aos procedimentos a serem efetuados de modo a preparar o paciente. É necessário que o profissional seja claro e objetivo ao passar as informações sobre o procedimento que será realizado e possíveis compli-

cações, a fim de minorar a ansiedade, angústia e medo de algo que ainda é desconhecido para o cliente.

Esse momento de diálogo permite uma proximidade e predisposição uma relação de confiança, sendo uma excelente oportunidade para se estabelecer o vínculo entre o enfermeiro e o paciente, de modo que o cliente se sinta motivado a estabelecer diálogo e sanar as dúvidas, e o profissional direciona sua atenção para atender as necessidades individuais de cada um.

Compete a esse profissional a busca pelo histórico de vida e familiar do paciente para identificar: possíveis doenças genéticas e coronarianas, alergias, hipersensibilidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus ou outras comorbidades. Este momento se configura em uma excelente oportunidade, na qual se pode aplicar todas as fases do processo de enfermagem, que vão desde uma rigorosa investigação, através do histórico de enfermagem, anamnese, a exame físico e verificação dos sinais vitais, o que possibilitará a detecção dos diagnósticos reais e potenciais, o planejamento das ações requeridas conforme os achados, a implementação dos cuidados, bem como a avaliação para verificar se as ações executadas foram efetivas ou se serão necessárias novas intervenções.

A investigação é a primeira fase do processo de enfermagem, e reúne dados de maneira sistemática e organizada, coletados através de instrumentos específicos, que demandam o saber da enfermagem. Tais dados são utilizados para identificar problemas de saúde, tanto para as fases de diagnóstico e planejamento, como para avaliação dos cuidados, o que permite ao enfermeiro desenvolver resultados e facilita a implementação de intervenções de enfermagem.

Nessa fase, o profissional coleta, valida, organiza e registra os dados, tornando o processo contínuo a partir da história (entrevista) do cliente, ou seja, todas as suas necessidades básicas e biológicas, hábitos, padrões de vida diária, história familiar, psicossocial e ambiental, e a história da doença atual.

Além da entrevista (dados subjetivos), há também os dados objetivos, caracterizados pelo exame físico, cujo método consiste na identificação de aspectos positivos e deficiências nas habilidades funcionais do paciente, com a finalidade de esclarecer os efeitos da doença, em que todos os segmentos do corpo são analisados, de modo ordenado e sistemático. A partir das informações coletadas, é efetuado o registro no prontuário do paciente.

A seguir, tem-se a fase do diagnóstico, na qual o enfermeiro aplica suas habilidades de análise a partir da interpretação dos dados identifica-

dos no período anterior e os elabora. Eles podem ser reais ou potenciais e refletem o estado de saúde do cliente.

De posse das informações, estabelece-se um planejamento, em que os cuidados serão direcionados conforme a prioridade, embasados na teoria das necessidades humanas básicas de Abrahan Maslow, que possibilitam ao enfermeiro prescrever intervenções primárias para tratamento e prevenção dos agravos.

Na fase de planejamento são desenvolvidos os objetivos ou resultados esperados e realizadas as prescrições das intervenções. Desse modo, com a informação obtida através do cliente e família, o profissional identifica os diagnósticos de enfermagem e estabelece então o plano de cuidados, conforme as necessidades de cada paciente. As prescrições são intervenções específicas designadas ao cliente com a finalidade de alcançar os resultados ou objetivos propostos, definindo assim as atividades para eliminar os fatores que contribuem para o problema. O planejamento objetiva desenvolver estratégias designadas para prevenção, eliminação ou redução dos problemas identificados e diagnosticados. Portanto, este processo se inicia após a formulação do diagnóstico de enfermagem e termina quando o plano de cuidados é escrito, registrado e documentado.

A fase de implementação se caracteriza pela execução das atividades necessárias para alcançar os objetivos de saúde do paciente desenvolvidos no planejamento. As informações obtidas e construídas nos períodos supracitados são relevantes para essa fase, pois proporcionam uma base sólida para que as ações de enfermagem sejam implementadas para contribuir com a solução das reais demandas do cliente, assim como minorar os riscos de agravos à saúde deste.

Ao utilizar os dados obtidos durante a investigação, o enfermeiro pode prestar uma assistência individualizada, alterando as intervenções conforme as necessidades de cada indivíduo. Para tanto, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades cognitivas, interpessoais e técnicas, visando a implementar o plano de cuidados com sucesso. Esta fase será concluída após a documentação das intervenções realizadas pelo profissional e das reações do cliente no decurso dos cuidados.

Por fim, é realizada a avaliação. Nessa fase, avalia-se o progresso do paciente no que se refere ao alcance dos objetivos propostos, o que permite ao enfermeiro avaliar a eficiência de suas ações, identificar situações importantes que podem ter sido negligenciadas, analisar os dados e testar as hipóteses.

Para que este instrumento seja efetivo, é necessária a fidedignidade das informações, os dados precisam ser completos e os registros corre-

tos, e se consideram todas as variáveis, de modo a permitir ao profissional avaliar os efeitos da assistência prestada. Mesmo sendo a última fase do processo de enfermagem, não significa que tudo foi finalizado. Após a implementação do plano de cuidados, o enfermeiro pode comparar as respostas do cliente com os objetivos e ele então pode ser revisto caso não tenha sido contemplada a resposta esperada.

O processo de enfermagem é, dessa forma, uma ferramenta indispensável na prática do profissional enfermeiro, provendo uma assistência sistematizada que o orienta a atender as necessidades da clientela com a qualidade requerida, fazendo diferença na vida das pessoas ao alterar realidades instituídas.

Entretanto, o uso dessa ferramenta requer capacitação profissional, o enfermeiro precisa parar de focar nas dificuldades e vislumbrar os benefícios que uma assistência qualificada e sistematizada pode promover, que não são apenas para os clientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos, mas sobretudo para a categoria, por cumprir com eficiência a tarefa com a qual se comprometeu. Além disso, facilita a rotina dos cuidados de enfermagem, estabelece metas e permite a avaliação constante dos métodos de trabalho.

11.2 PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS HEMODINÂMICOS

Em 1973, foi realizada a primeira conferência norte-americana para discutir os diagnósticos de enfermagem na St. Louis University. Essas conferências continuaram a acontecer, quando em 1980 foram refinados e classificados os termos diagnósticos. Esse processo culminou em 1982 com a criação da classificação dos diagnósticos através da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). O termo diagnóstico de enfermagem é conceituado pela NANDA como um olhar clínico sobre a resposta de um indivíduo com relação a problemas reais e potenciais (BARROS, 2009).

Em 1970 houve a taxonomia de diagnósticos de enfermagem. As enfermeiras americanas viram a necessidade de criar uma linguagem objetiva e com clareza para nomear os diagnósticos, em que são utilizados dados referentes à situação dos pacientes, e em 1982 foi nomeada a Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). A NANDA executa eventos bienais desde então para atualizar as

taxonomias (sistema de classificação que ordena ou organiza de maneira sistemática, por categorias, os diagnósticos estabelecidos).

No ano de 2003 essa associação ficou conhecida como North American Nursing Diagnosis Association International. No Brasil, essas conferências também são executadas bienalmente, iniciadas em 1991, sendo a última realizado em 2018 na cidade de Florianópolis, XIII SINADen (Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem). Garcia e Nobrega (2019) relatam que esses simpósios têm possibilitado socialização e intercâmbio do conhecimento sobre sistematização da assistência, processo de enfermagem e terminologias de enfermagem, e têm contribuído decisivamente para a construção de um fecundo campo de conhecimento para a enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA determinam e descrevem as respostas do paciente diante de problemas de saúde ou processos vitais. Foram agrupados em nove categorias, que são padrões de respostas como: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, sentir, perceber. Cada diagnóstico possui uma definição, além da listagem de características definidoras, intervenções e fatores relacionados (NANDA, 1994).

De acordo com a North American Nursing Diagnosis Association (2001-2002), os principais diagnósticos de enfermagem relacionados a pacientes submetidos a procedimentos no serviço de hemodinâmica e cardiologia Intervencionista são: dor, risco para infecção, risco para integridade da pele prejudicada, débito cardíaco diminuído, mobilidade no leito prejudicada, perfusão tissular alterada (cardíaca e renal). Acrescenta-se também proteção ineficaz, perfusão tissular periférica alterada, perfusão tissular cerebral ineficaz e medo.

O diagnóstico de dor tem como características definidoras o relato verbal, expressão autonômica (alterações de pressão sanguínea, respiração e pulso), alteração autonômica no tônus muscular, comportamento expressivo (agitação, gemer, choro, irritabilidade e suspiro) e mudança no apetite. Os fatores que podem estar relacionados a esse diagnóstico são os agentes lesivos, como insuflação de balão na angioplastia e compressão para hemostasia do acesso vascular.

O diagnóstico de risco para infecção tem como fator de risco os procedimentos invasivos, e para o diagnóstico risco para integridade da pele prejudicada são fatores mecânicos (adesivos), imobilização física (tempo de repouso), radiação (radiodermite) e estado nutricional alterado (obesidade e emagrecimento).

Para o débito cardíaco diminuído as características definidoras são arritmia, mudança de eletrocardiograma, fração de ejeção diminuída, variações na pressão sanguínea, frequência cardíaca aumentada, dispneia, diaforese (transpiração excessiva), enzimas cardíacas aumentadas, algia torácica, agitação e ansiedade. Os fatores que se relacionam a esse diagnóstico incluem volume de ejeção alterado, pré e pós-carga alteradas e contratilidade também alterada.

Além disso, a NANDA traz como características para o diagnóstico mobilidade no leito prejudicada, a capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro, mover-se da posição supina para posição sentada, e vice-versa, sair ou reposicionar-se na cama, e como fator relacionado a restrição de movimento.

Já a perfusão tissular alterada (cardíaca) tem como características definidoras precordialgia, sensação de morte iminente, dispneia e arritmias, fatores de interrupção do fluxo arterial coronário e redução mecânica do fluxo sanguíneo arterial. Somando aos já citados, o diagnóstico perfusão tissular alterada (renal) tem definido elevação nas taxas de ureia e creatinina sanguíneas, relacionada ao fator de transporte prejudicado de oxigênio através da membrana capilar.

Para a proteção ineficaz, as definições são descritas como coagulação alterada, prurido, tosse, dispneia, fraqueza e calafrios. Vale ressaltar que os fatores relacionados são perfis sanguíneos anormais (coagulação), terapias com medicamentos (anticoagulantes/antiagregantes, plaquetários/fibrinolíticos) e o próprio tratamento.

Ainda de acordo com a NANDA, as características que definem o diagnóstico de perfusão tissular alterado (periférica) são pulsos fracos ou ausentes, descoloração e mudança na temperatura da pele, sensações alteradas, e os fatores relacionados são: interrupção do fluxo arterial e redução mecânica do fluxo arterial.

Em relação às características do diagnóstico de perfusão tissular ineficaz (cerebral) temos: anormalidade da fala, mudanças nas reações pupilares, fraqueza ou paralisia de extremidades, mudança na resposta motora e de comportamento. E o fator determinante é a interrupção do fluxo arterial, tanto por trombos como por êmbolos.

Além disso, o diagnóstico de enfermagem para medo revela suas definições como: apreensão, tensão aumentada, excitação, nervosismo, verbalização do momento, pulso aumentado, náuseas, vômitos, diarreia, contração muscular, frequência cardíaca aumentada, respiração curta, palidez, alteração de pressão arterial e boca seca. Seus fatores estão re-

lacionados à separação do sistema de apoio (familiar) em situação muito estressante (procedimento invasivo) e falta de experiência prévia.

Portanto, o conhecimento científico aprofundado, teórico e prático, sobre os diagnósticos identificados em relação aos procedimentos hemodinâmicos são imprescindíveis para uma efetiva assistência de enfermagem, em que o enfermeiro pode se antecipar e buscar através da identificação dos primeiros sinais, intervir precocemente e contribuir com o processo de recuperação dos clientes internados nas unidades de hemodinâmica e cardiologia intervencionista.

Assim, é importante salientar que esse conhecimento também possibilita direcionar as intervenções e prescrições de enfermagem, a fim de aperfeiçoar a área de enfermagem em cardiologia, bem como o processo de adaptação do paciente e sua recuperação, contribuindo para a avaliação dos resultados e para uma assistência qualificada.

11.3 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA OS PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS HEMODINÂMICOS

A SAE se caracteriza como um método diagnóstico e intervencionista de ações e cuidados prestados pela equipe de enfermagem, cuja finalidade é promover uma assistência qualificada e humanizada, o que possibilita melhorar o prognóstico para o cliente.

Com isso, é importante que as informações relacionadas ao paciente sejam claras e objetivas; desde sua admissão até a alta, elas devem compor a execução do processo de trabalho do enfermeiro no setor de hemodinâmica, de modo a promover efetividade das ações propostas no plano de cuidados.

Assim, para o diagnóstico de dor, a prescrição consiste em adequar a escala para controle dela nesta unidade, de modo a avaliar o local, intensidade e duração da dor, administrar os analgésicos conforme prescrição médica e avaliar a resposta dela para a terapêutica empregada no que concerne à anestesia local, orientar o paciente quanto ao tempo de duração, bem como sobre punção arterial, além de orientar sobre possível dor durante insuflação do balão na angioplastia.

Em relação às intervenções do diagnóstico de risco para infecção, realizar degermação e antisepsia no sítio da punção, preparar o campo com técnicas assépticas, verificar temperatura axilar pré e pós-procedimento, além de manipular o local com luvas estéreis, obedecendo à técnica de antisepsia e mantendo o curativo no local por 12 a 24 horas.

Para as prescrições de risco para integridade da pele prejudicada, manter o conforto do paciente no leito (cabeceira elevada a 30°), orientar exercícios passivos ou ativos com as extremidades e flexão de membro não caracterizado de acesso femoral. Não menos importante é proteger as proeminências ósseas com coxins, realizar mudança de decúbito sem prejudicar o local do procedimento, utilizar colchão piramidal em pacientes obesos e emagrecidos. Avaliar presença de manchas hiper ou hipocrômicas após exposição à radiação ionizante, certificar-se de alergias a produtos tópicos e adesivos antes de qualquer procedimento e manter o adesivo para curativo por no máximo 24 horas.

No que diz respeito ao diagnóstico de débito cardíaco diminuído e perfusão tissular alterada (cardíaca), as intervenções a serem realizadas são: monitorar o paciente através do monitor multiparamétrico e controlar rigorosamente a pressão arterial e frequência cardíaca, prevenindo assim um choque cardiogênico; avaliar dor precordial, resultados de enzimas cardíacas anormais, realizar ausculta pulmonar e cardíaca, instalar oxigenoterapia e monitorar sua eficácia, administrar medicamentos para aliviar/prevenir dor e isquemia e, por fim, monitorar eficácia da medicação.

Além destas, controlar sinais vitais a cada 30 ou 60 minutos na fase aguda, realizar balanço hídrico, obter eletrocardiograma com 12 derivações, monitorar níveis séricos de eletrólitos (sódio e potássio), identificar precocemente parada cardiorrespiratória primária e secundária, e integrar a equipe para a reanimação cardiopulmonar. Avaliar sangramento e hematoma no sítio de punção, realizar compressão manual para contenção de sangramento no sítio de punção, identificar sinais de sangramento retroperitoneal (dor abdominal, palidez, diaforese, hipotensão), a fim de reduzir sangramentos, assim como manter console de balão intra-aórtico sempre com bateria carregada, certificar volume do gás hélio e preparar soluções heparinizadas para instalação do balão intra-aórtico.

As intervenções para o diagnóstico de mobilidade no leito prejudicada consistem em: manter decúbito até 30°, promover conforto com auxílio de coxins, proteger proeminências ósseas, oferecer comadre ou urinol, auxiliar na ingesta hídrica, na alimentação e na colocação de vestimenta após o procedimento. Manter grades de camas ou macas elevadas com pés travados, orientar saída do leito após término do repouso apenas com auxílio da enfermagem, prevenindo assim que as lipotimias culminem em quedas.

Para a perfusão tissular alterada (renal) é imprescindível realizar o balanço hídrico, incentivar hidratação via oral, dentro do permitido,

administrar hidratação endovenosa conforme prescrição médica e controlar níveis de ureia e creatinina, monitorizando o índice de marcadores renais.

Com relação à proteção ineficaz, deve-se avaliar o local de acesso vascular, realizar compressão manual no local do acesso vascular se há sangramento/hematoma, manter repouso no leito com imobilização do membro cateterizado, conforme protocolo do serviço, delimitar hematomas com auxílio de caneta dermatológica, investigar história de alergias pré-procedimento, avaliar presença de maculopápulas, tremores, tosse e dispnéia.

Já para o diagnóstico de enfermagem de perfusão tissular alterada (periférica), as prescrições buscam avaliar a presença de parestesia em membro cateterizado, enchimento de pulsos e perfusão periférica, conforme rotina do serviço, avaliar presença de gradiente térmico e atentar para a presença de cianose de extremidade em membro cateterizado.

Para perfusão tissular ineficaz (cerebral), é salutar manter tempo de coagulação ativado (TCA) acima de 250 segundos durante procedimentos terapêuticos e avaliar nível de consciência, bem como alterações neurológicas. Quanto às prescrições para o diagnóstico de medo, deve-se manter o horário de procedimento conforme preestabelecido, promover envolvimento familiar, além do acompanhamento deles até o momento do preparo para o exame. Orientar o paciente e a família sobre o pré, pós e intraprocedimento e promover um ambiente tranquilo, reduzindo ruídos e estressores.

Fornecer essas orientações de modo preciso para o cliente e família exige conhecimento do profissional. E para atuar nesta unidade são necessárias habilidades cognitivas técnicas e interpessoais, de modo a evitar iatrogenias e contribuir com os demais membros da equipe multiprofissional, para que as intervenções da equipe de enfermagem sejam direcionadas pelo enfermeiro conforme as prescrições preestabelecidas, objetivando contribuir com um prognóstico favorável e com uma assistência de qualidade.

11.4 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A sistematização de assistência de enfermagem é uma ferramenta de cuidado e, quando esta for verdadeiramente descoberta e incorporada nas ações do enfermeiro, sua atuação dará um salto qualitativo, pois ela se fundamenta em princípios e métodos que contribuem para que o profissional tenha a capacidade de enxergar adiante e a partir daí criar

estratégias para fundamentar sua atuação, possibilitando uma assistência individualizada, equânime, qualificada e resolutive.

Apesar da SAE ser uma ferramenta científica de prestação de cuidados e norteada conforme estabelece a legislação profissional, sua implementação ainda é incipiente, tendo um longo caminho a percorrer e desafios a superar. Sendo assim, faz-se pertinente que o enfermeiro primeiro queira fundamentar sua assistência nesta ferramenta, para a partir daí identificar os fatores que impedem a consolidação dela, sobretudo nos setores de hemodinâmica e cardiologia intervencionista, a fim de buscar soluções para proporcionar uma assistência qualificada e direcionada às demandas reais e potenciais do paciente, contribuindo dessa forma com os demais integrantes da equipe para um prognóstico favorável para o indivíduo que sofre de cardiopatia.

Por outro lado, o setor de hemodinâmica está em constante evolução, o que requer uma equipe multiprofissional engajada nos processos de mudanças, tão necessários para a formação do profissional e construção do conhecimento, que são dinâmicos, de modo que a assistência desses profissionais reflita a qualidade e complexidade requerida neste setor. Sendo o enfermeiro um integrante dessa equipe, não deve se furtar a tal processo, a fim de que suas habilidades e competências contribuam para um gerenciamento efetivo da unidade e da equipe, composta pelos técnicos de enfermagem, objetivando que o setor tenha qualidade no funcionamento e a equipe tenha um direcionamento seguro e efetivo.

Assim, o enfermeiro que trabalha na unidade de hemodinâmica atua no gerenciamento dos recursos materiais e da equipe de enfermagem; promove atividades educativas para a formação da equipe, orientação de pacientes e familiares; atua em pesquisa, promovendo a disseminação de conhecimento, e contribui para alterar práticas, além das atividades assistenciais, que é o foco deste trabalho, sendo o processo de enfermagem um método capaz de contribuir para uma efetiva integralidade da assistência e fazer valer a então denominação de ser o enfermeiro “o profissional do cuidado”.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 1, Brasília, jan./feb., 2007.

- BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: Nanda-NIC. **Acta Paul Enferm.** 22 (Esp. 70 anos): 864-7, 2009
- BARROS, A. L. B. L. de; LOPES, J. de L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, 1(2):63-65, 2010.
- BRASIL. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise da situação de saúde. Brasília (DF); 2009. Disponível em:
- GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, set./out., 2002; 10(5): 690-5. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1706/1751>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem: construindo um campo de conhecimento para a Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, n. 3, Brasília, mai./jun., 2019, Epub June 07, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0916>. Acesso em: 23 abr. 2020. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.
- JESUS, C. A. C de. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução histórica e situação atual. *In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM*, 3, 2002 Uberlândia. **Anais “Sistematizar o Cuidar”**. Uberlândia: UFU, p. 14-20. 2002. http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/.../DOCorona_MBEF.pdf. Acesso em:
- KLETEMBERG, D. F. **A Metodologia da Assistência de Enfermagem no Brasil: Uma Visão Histórica.** Curitiba, 2004. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oKletemberg.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- LINCH, G. F. da C. **Estresse de Enfermeiros em Unidade de Hemodinâmica.** Santa Maria, RS, 2009. Disponível em: http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissert_2009/Dissert_Graciele_Linch.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.
- LOPES, L. M. M; SANTOS, dos S. M. M. Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série - n. 2, dez., 2010.

- NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA)-**Nursing diagnoses: definitions & classification**. St Louis, NANDA, 1994.
- NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação-** 2001/2002. Trad. Michel JRM. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- OLIVEIRA, M. *et al.* Evolução Histórica da Assistência de Enfermagem. **ConScientiae Saúde**. São Paulo, 2007, v. 6 n. 1, p. 127-136. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92960115.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- PEIXOTO, M. S. P. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem em um pronto-socorro: relato de experiência. **Revista Soc. Cardiol.** Estado São Paulo, 1996.
- SCARSI, T; BROCARD, D. Sistematização da Assistência de Enfermagem aplicada ao cliente submetido a procedimentos intervencionistas e a seus familiares, fundamentada na teoria de Callista Roy. Universidade Comunitária da Região de Chapecó. SC, jul., 2010. **Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem**. Trabalho 62 1/5. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/0062.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- SEHNEM, E. F.; ALITI, G. **Perfil do Enfermeiro de unidade de Hemodinâmica: Habilidades e competências**, 2009. Disponível em: <http://www.cardiolages.com.br/relatosCaso/monografiaEliana.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A.M.P. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- TAYLOR, C.; SPARKS, S. R. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.
- ZAMBERLAM, C.; SIQUEIRA, H. C. H. A terceirização nos serviços e consequências no cuidar em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, 2005, nov./dez., 58(6):727-30. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a19v58n6.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.



**Parte V:
EXERCÍCIO
DA GESTÃO
DE COMPRAS,
AUDITORIA E
LIDERANÇA
DE SERVIÇOS
DE SAÚDE**

Recordo-me, com riqueza de detalhes, de como foram tão engrandecedores o meu tempo de convivência com a amiga e professora Eliene Tranzillo. Com a leveza que lhe é peculiar, o seu jeito fraterno dava amparo ao discente de graduação de enfermagem, ao mesmo tempo em que aproveitava a oportunidade para gerar conhecimento e aprendizagem.

Sempre respeitosa e ética, compreendia a potencialidade de todos os alunos que por ela passavam. Observava que muitos deles deixavam pontuais fraquezas suplantar todas as potencialidades e habilidades que intrinsecamente já possuíam, e que só precisavam de um empurrão e um incentivo para fazer desabrochar.

E ela estava lá, pronta para cumprir o seu papel. E, um a um, dedicando tempo e compartilhando conhecimentos, ia moldando futuros profissionais qualificados, sem que ao menos percebessem.

Também vanguardista, desde cedo apoiava e se dedicava a instâncias do saber que ainda eram um pouco distantes da realidade à época da formação do enfermeiro, tais como auditoria, liderança e gestão. Perseverante, seguiu insistindo na evolução desses saberes, aglutinando conhecimentos de áreas diversas e despertando o interesse de muitos pelo ingresso nessas novas áreas de conhecimento.

A convivência fazia suscitar interessantes questionamentos: você acredita na pluralidade e versatilidade do enfermeiro? Acredita ainda que o enfermeiro não reúne, em sua formação, qualidades de gestão, análise e liderança de serviços? Se não, provavelmente não teve a oportunidade de se aprofundar nesse tema e perceber o quão vastas são as possibilidades formativas e de atuação do enfermeiro nesses espaços.

A academia tem papel relevante na formação técnica dos profissionais de enfermagem. No entanto, é na relação professor-aluno e na experimentação do fazer que habilidades são desenvolvidas, despertando os sujeitos para qualificação desses talentos e desenvolvimento profissional e do ser humano.

A partir dessa concepção de atuação em segmentos distintos dos assistenciais pelo enfermeiro, e por meio da experiência, generosidade e dos constantes estímulos da profa. Eliene Tranzillo, ela associa seus saberes aos de seus orientandos, possibilitando construir e produzir este trabalho, fruto de discussões, estudos e crescimento intelectual.

Eliene e seus colaboradores nos mostram que é possível liderar com amor e respeito, que é fundamental planejar para executar, que é possível que o enfermeiro tenha envolvimento diretos com custos, despesas e compras, otimizando os recursos de uma instituição. Tudo devidamente fundamentado, sustentado em importante arcabouço teórico, dando o toque de arrojo desta produção.

Mais importante ainda: ela atribui valor ao trabalho desenvolvido pelos alunos na academia. Demonstra, com muita sutileza, que não deve haver menosprezo das produções criadas por esses discentes no universo acadêmico e que basta uma pequena lapidação para que surjam trabalhos grandiosos e academicamente ricos.

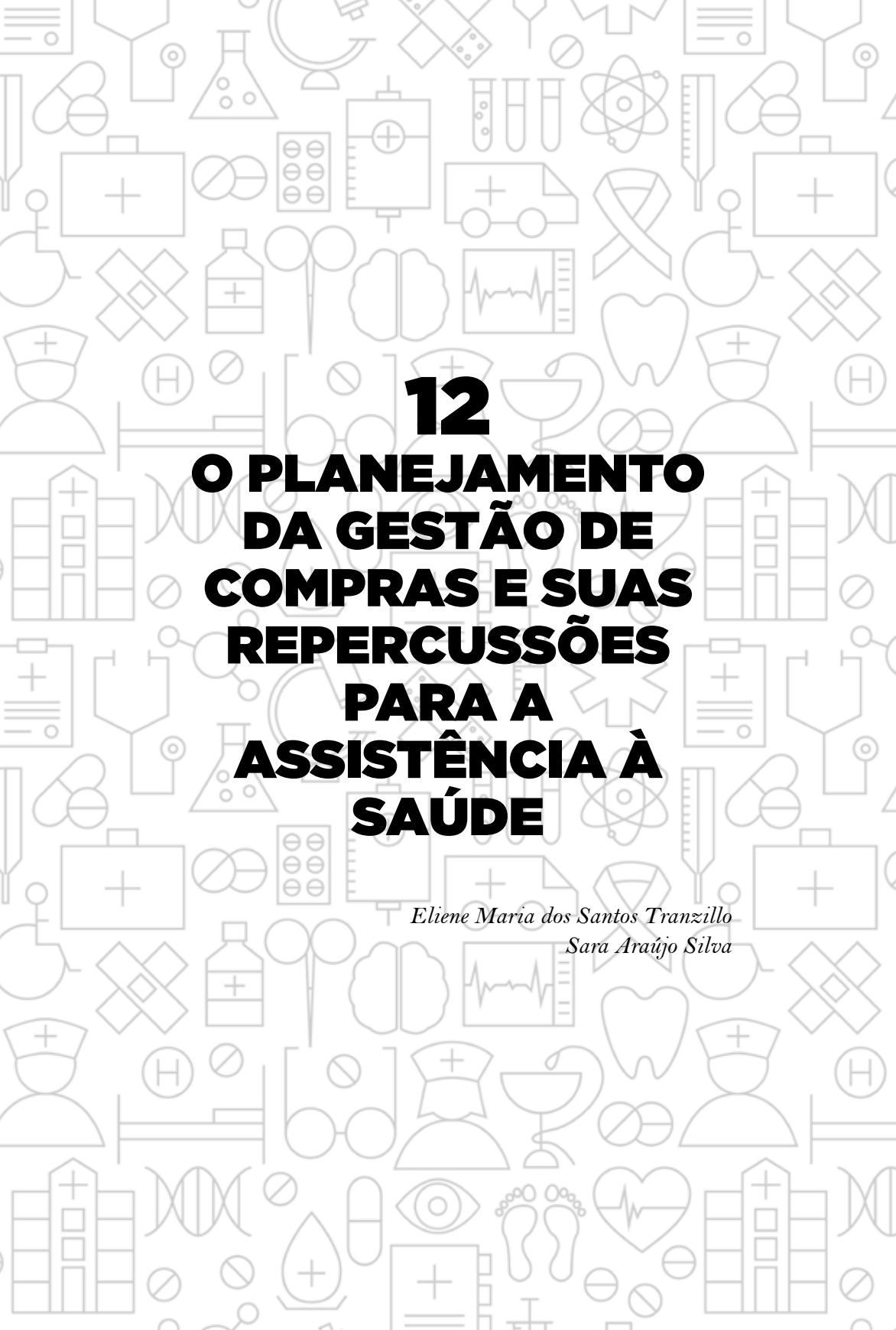
Você, leitor, está prestes a ser envolvido por assuntos de grandíssima relevância, sob uma escrita leve, direta e de compreensão fácil, traços marcantes de Eliene, configurando, este, em um material de leitura obrigatória para os aspirantes e simpatizantes da área de gestão, auditoria, administração de serviços de saúde de forma geral.

Sou grato por ter bebido dessa fonte, por ter sido possível a convivência enriquecedora com Eliene Tranzillo. Como foram importantes nossos momentos de diálogo e de apoio aos discentes. Cresci profissionalmente e melhorei como ser humano.

Espero que possam também encontrar esses sentimentos positivos nas linhas que se seguem, que possam crescer e apreender novos conhecimentos.

Concluo tomando por empréstimo a declaração de John Quincy Adams, quando afirmou: “Se suas ações inspiram os outros a sonhar mais, a aprender mais, a fazer mais e a ser mais, você é um líder”. Ou seja, você é uma, Eliene Tranzillo!

Wagner Santos Sousa Alves
(Enfermeiro auditor)



12

O PLANEJAMENTO DA GESTÃO DE COMPRAS E SUAS REPERCUSSÕES PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

*Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Sara Araújo Silva*

O planejamento faz parte do cotidiano das pessoas e, embora muitas vezes não seja percebido, quando ele é consciente e direcionado de forma sistemática, os objetivos são alcançados mais facilmente. No meio corporativo, ele é crucial por possibilitar aos gestores ampliar o olhar e vislumbrar as metas a serem alcançadas, bem como estabelecer os parâmetros para concretizá-las; permite, ainda, contornar os obstáculos e seguir adiante, pois aquele que planeja sabe aonde quer chegar e busca incessantemente os meios para atingir seus objetivos.

Maximiano (2004, p. 131) enfatiza que planejamento é o processo de tomar decisões que procuram influenciar de alguma forma o futuro, ou que serão colocadas em prática no futuro. Já Ciampone e Melleiro (2011, p. 36) definem planejamento como “a arte de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudanças”. Portanto, o ato de planejar tipifica as ações de modo a facilitar sua concretude.

Planejar ações na esfera privada difere da pública. Conforme Aguiar (1997 *apud* Ciampone e Melleiro (2011), enquanto a privada é orientada pelo lucro, em que a qualidade do bem ou do serviço precisa oferecer competitividade no mercado, na pública a ideologia determinante é a política, em que o valor da produção é relativo por não ser ele que financia e mantém a sobrevivência da instituição. Assim, Ciampone e Melleiro (2011, p. 38) elucidam que o planejamento nos serviços de saúde, além de imprescindível, abarca tanto a lógica econômica quanto a política, pois a aquisição dos insumos engloba custos e representa uma fração considerável de recursos, além de possibilitar a manutenção das ações de saúde para a população assistida.

Sendo assim, faz-se imprescindível o planejamento nos serviços públicos, principalmente no que diz respeito à aquisição de bens e serviços que ocorre através de processos licitatórios, sendo determinada a obrigatoriedade pela Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos, Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, ainda em vigor no país (BRASIL, 1993), a fim de assegurar igualdade de condições a todos aqueles que queiram vender ou prestar serviços ao Poder Público (BRASIL, 1988).

Considerando-se a obrigatoriedade do cumprimento dessa lei, urge que um planejamento efetivo seja estabelecido, de modo que a aquisição de bens não sofra solução de continuidade, sendo importante a previsão

dos recursos que atendam a demanda, evitando o desserviço e possibilitando um efetivo funcionamento. Porém, quando ele é negligenciado, gera problemas de grande magnitude nas esferas administrativo-operacional e assistencial, pois os serviços deixam de receber periodicamente a quantidade de insumos médico-hospitalares necessários para atender as unidades, repercutindo diretamente na manutenção da assistência, porque procedimentos básicos deixam de ser realizados por falta de material, além de afetar a distribuição de medicamentos, impossibilitando um funcionamento efetivo dos programas de atenção à saúde, o que repercute diretamente nos usuários que dependem desses serviços.

Cada município é autônomo na formatação da sua estrutura administrativa para atender as especificidades da legislação vigente. Geralmente eles realizam as aquisições de materiais e insumos para os serviços de saúde através de setores de compras, sendo estes responsáveis pela formalização dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços, sob supervisão do gestor de materiais, o qual tem a responsabilidade de planejar, definir e assegurar a livre concorrência nos certames e garantir que a prestação dos serviços de saúde não seja comprometida.

A motivação para o desenvolvimento deste trabalho está atrelada ao objetivo de demonstrar que este pode ser mais um campo para atuação do profissional enfermeiro, pois que ele, além de assumir o gerenciamento das unidades de atendimento e coordenar as atividades assistenciais, conhece os materiais em termos qualitativos e quantitativos para uma assistência efetiva. Conforme Castilho e Gonçalves (2011), a atuação do enfermeiro na administração de recursos materiais constitui conquista nas esferas da tomada de decisão, destacando o importante papel desse profissional na esfera técnico-administrativa, e não apenas uma atividade que não agrega valor à profissão e ao cuidado.

Contudo, independentemente do profissional que esteja gerindo o serviço, é imprescindível um efetivo planejamento de compras por possibilitar melhorias nos procedimentos, eliminar ou minimizar os números de certames revogados, “retrabalhos” quanto à caracterização do objeto, morosidade na formalização da fase interna de licitação, dispêndio de recursos, além de desgastes com usuários dos serviços de saúde. Coadunamos com Castilho e Gonçalves (2014), *apud* Bahia (2019), no que se refere à importância de se ressaltar que as funções do enfermeiro em relação a essa prática devem ser realizadas tendo como objetivo a melhoria ou o aprimoramento das condições de assistência aos usuários e do

trabalho da equipe multiprofissional, e não como uma atividade apenas burocrática, tendo como meta a preservação dos interesses econômicos das instituições.

Embora os municípios tenham características específicas, podem adotar metodologias de gestão que permitam auxiliar na tomada de decisão e promover melhorias em seus procedimentos internos, em que uma provisão semestral ou anual de insumos, pautada em um planejamento, favorece para que os processos sejam concluídos sem morosidade, oferecendo atendimento pontual, na quantidade e qualidade requisitada, de modo a contribuir com a continuidade e efetividade dos serviços disponibilizados.

12.1 O DESABASTECIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REALIDADE A SER SUPERADA

É perceptível que as unidades de saúde vêm enfrentando problemas com a falta ou insuficiência de abastecimento de medicamentos, insumos e equipamentos, o que se configura em problema de grande dimensão para os gestores, cujo resultado imediato e de maior visibilidade consiste no comprometimento das ações que são oferecidas à comunidade, a exemplo da não realização de curativos e exames preventivos e da descontinuidade na dispensação de medicamentos. Esses acontecimentos contribuem de modo significativo para a desassistência da população, causando prejuízos, redução do acesso e interrupção dos serviços disponibilizados; comprometem também a autonomia do profissional de saúde, gerando insatisfações, desgastes e improvisações, dificultam o desempenho para planejar e atingir metas, interrompem a oferta de ações e impossibilitam a realização de práticas com qualidade, além de favorecerem a instalação de conflitos com os usuários, culminando na perda da credibilidade da população pelo serviço oferecido e conseqüentemente pelo gestor municipal.

Tais aspectos “comprometem a qualidade do serviço ofertado, impossibilita a execução de ações de forma resolutiva e desgasta o profissional, pelas constantes cobranças de respostas às solicitações de manutenção e reposição” (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011, p. 9). Os autores relatam ainda que a forma como os profissionais desenvolvem suas práticas laborais é influenciada pela infraestrutura do local de trabalho, bem como pela disponibilidade de insumos, cuja insuficiência causa limitações

e improvisações, podendo inclusive comprometer o trabalho das equipes e seus resultados.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) salienta que, para a efetividade das práticas de saúde, são necessárias, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, disponibilidade de equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, além de materiais e insumos suficientes (BRASIL, 2013). Isso denota que a organização dos serviços de saúde precisa de condições sociopolíticas, humanas e materiais para viabilizar um trabalho de qualidade, tanto para quem executa quanto para quem busca a assistência.

Portanto, para garantir a integralidade do cuidado é necessário ampliar e adequar o acesso da população aos medicamentos e insumos de saúde, disponibilizar profissionais capacitados e em quantidade suficiente para atender a demanda, além de infraestrutura adequada e compatível com os serviços disponibilizados (BRASIL, 2013). Tais objetivos requerem a adoção de uma gestão efetiva para superar os obstáculos e ampliar as respostas das unidades básicas de saúde (UBS) para atender as necessidades de saúde da população.

Para o enfrentamento do problema, de forma resolutiva, na cadeia de abastecimento de suprimentos e insumos de saúde, urge que o ente público promova uma efetiva organização do setor de compras, para manter os produtos necessários e possibilitar que os serviços de saúde funcionem de maneira efetiva e garantam a continuidade e qualidade da assistência prestada aos usuários.

Estão atrelados à aquisição de insumos no serviço público os processos licitatórios, que nem sempre são rápidos, principalmente em se tratando de muitos itens e tendo como agravante as inadimplências e os atrasos nos processos de compra, que ocorrem frequentemente, gerando consequências desfavoráveis para um efetivo funcionamento dos serviços de saúde. De acordo com Melo (2012), a maior deficiência enfrentada pela unidade é desenvolver uma metodologia de compras capaz de atender os prazos institucionais e as exigências legais, em função da técnica de previsão ser incipiente e carecer de uma metodologia mais científica.

Como o processo de compras é extenso e envolve várias atividades que influenciam o sucesso dessa ação, deve ser planejado pelo próprio setor de compras, para suprir com efetividade a função de prover recursos e insumos. Entretanto, em muitos momentos nos deparamos com o despreparo ou o desconhecimento do gestor sobre o processo de finan-

ciamento e compras nos serviços públicos, o que influencia diretamente no modo de operacionalização das estratégias e dinâmicas de funcionamento das unidades de saúde, acarretando muitas vezes em desabastecimento de itens necessários ao funcionamento efetivo do serviço.

Isso demonstra a necessidade de um planejamento para atender as demandas de suprimentos requeridas pelas UBSs, de modo a garantir a continuidade da assistência e evitar desgastes dos profissionais, porquanto, como eles estão na linha de frente com a população, ouvem suas reclamações e insatisfações quanto à insuficiência e ou ausência de recursos para atender as demandas dos usuários, o que compromete a credibilidade do profissional e também da unidade de saúde. É necessário que o gestor tenha conhecimento e busque a melhoria dos processos internos de compras para não comprometer a efetividade dos serviços, além de definir e implantar um modelo de gestão capaz de otimizar os processos e procedimentos relacionados esses processos, de forma que os tornem mais transparentes e de fácil verificação pelos agentes envolvidos.

O pregão tem apresentado resultados expressivos no processo de gestão de compras e deve ser utilizado nos procedimentos de licitação, em virtude de suas vantagens, que são: diminuição de prazos de conclusão das licitações; economia de recursos; credibilidade no âmbito interno e externo; transparência e celeridade. Porém, o gestor público precisa ter agilidade, segurança e principalmente transparência no tratamento das contratações de bens e serviços, sem perder de vista os princípios constitucionais (POZZI, 2011).

Ao estruturar o processo de compras de uma prefeitura, Caproni (2013) constatou a importância de cada servidor visualizar-se na execução de uma rotina de fluxo, além de identificar potenciais gargalos e pontos de melhorias do *lead time* do departamento de compras. A consistência de um fluxo de trabalho eficiente está na identificação dos pontos críticos de cada atividade, tanto por meio do detalhamento e entendimento dos enlaces das atividades, como no apoio mútuo entre os agentes envolvidos para a execução da rotina, o que impacta na qualidade do serviço final oferecido à população, além de gerar ganhos internos no clima organizacional.

Outro aspecto que deve ser considerado se refere ao uso racional dos insumos, e o enfermeiro deve orientar através de atividades educativas e reflexivas a equipe sob sua responsabilidade acerca da necessidade do uso consciente dos materiais, de modo a possibilitar uma assistência

contínua e efetiva, e favorecer a credibilidade da população nos serviços disponibilizados.

12.2 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: UMA FERRAMENTA QUE VIABILIZA UM EFETIVO ABASTECIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O planejamento estratégico situacional (PES) é uma ferramenta de gestão que permite olhar o problema de forma a compartimentá-lo, estabelecendo-se os objetivos que se pretende alcançar; para isso é necessário adentrar nas causas do problema, nas consequências que ele provoca, estabelecer as estratégias para sanar essas causas, elencar as dificuldades e viabilidade para o alcance das metas, além de estabelecer os atores que serão responsabilizados para concretizar as ações pretendidas. Para que o indivíduo se familiarize com esta metodologia, é necessário que ele participe de oficinas práticas de modo a habilitá-lo, e a presença de um facilitador contribuirá para o aprendizado e possibilitará a utilização do PES com efetividade.

Melhores decisões são tomadas quando se percorre, de modo sistemático, todas as fases do processo decisório, e a análise do problema qualifica as ações dos profissionais de saúde e gestores para a obtenção de melhores resultados, sendo necessários o envolvimento e a participação daqueles que estejam de algum modo vinculados à situação ou problema (CIAMPONE; MELLEIRO, 2011).

O planejamento é basilar, pois permite que as ações organizacionais sejam efetivamente concretizadas, devendo ser atrelado aos objetivos futuros da organização. Kotler (2000) define planejamento estratégico como o processo gerencial de desenvolver e manter uma adequação razoável entre os objetivos e recursos da empresa, com as mudanças e oportunidades de mercado. Conforme Oliveira (2010), é uma atividade complexa em decorrência de sua própria natureza, um processo contínuo de pensamento sobre o que se deseja no futuro, bem como as alternativas para o alcance do alvo almejado, cujo processo decisório é permanente, ocorrendo em um contexto ambiental não controlável, independente e mutável.

Esta ferramenta é atrelada aos aspectos de tomada de decisão nos vários níveis existentes na organização e permite maior interação com o ambiente, contribuindo para que o gestor estabeleça uma direção a ser

seguida. Essa direção é norteadada por um conjunto de ações preestabelecidas e requer que os membros da organização sejam envolvidos com o propósito a ser conquistado.

O administrador precisa estabelecer uma estratégia na organização para que os interesses institucionais sejam alcançados, precisa entender que planejamento é uma função administrativa e, mais do que planejar o futuro da organização, ele tem que estabelecer metas e determinar a forma como pretende alcançá-las, acompanhar o processo, avaliá-lo e promover ações corretivas, mas para isso necessita estar capacitado ou buscar habilitar-se para o exercício efetivo da função.

O administrador não é o que faz, mas o que faz fazer (CHIAVENATO, 2004, p. 86). Entretanto, para que ele delegue e saiba avaliar as intervenções executadas, precisa entender o que está delegando, sendo necessário, portanto, que ele tenha conhecimentos técnicos e habilidades para direcionar sua equipe. O planejamento é desafiador em qualquer organização, pois implica mudanças, e estas nem sempre são bem recebidas pelos colaboradores da empresa, o que requer envolver a equipe em todo o processo, de modo que ela perceba a necessidade das transformações e seja motivada a concretizá-las por saber que vai gerar benefícios para a instituição e para os trabalhadores com os conhecimentos advindos em função dos treinamentos requeridos. Neste sentido, Chiavenato (2004) relata que a preocupação é desenvolver talentos e direcioná-los de para se obter retorno.

A Administração Pública passa por um processo de evolução acelerado, sendo requeridas ações planejadas e transparentes que previnam riscos capazes de afetar as contas públicas e o andamento das atividades da organização. O PES é uma ferramenta que possibilita à gestão de compras estabelecer função estratégica no ente público, de modo a garantir a otimização de resultados e a conquista de vantagens competitivas para a organização.

O planejamento governamental apresenta três dimensões: o objetivo, que se refere as intenções da instituição; os recursos financeiros e orçamentários; e a estrutura organizacional, que consiste na estrutura formal da instituição, com seus recursos humanos e materiais (SALDANHA, 2006). Assim, o planejamento pode contribuir para estabelecer o equilíbrio entre os objetivos, os recursos financeiros e a estrutura organizacional, de forma que os objetivos se tornem viáveis, os recursos suficientes e a estrutura adequada e flexível.

Para garantir uma provisão adequada a suprir as demandas requeridas, são necessários o orçamento de compras e a gestão de estoques. Borges e Campos (2010) afirmam que esses requisitos são de grande importância no ambiente empresarial, em função de serem os investimentos parte substancial do orçamento operacional de uma organização, podendo inclusive impactar as finanças da instituição. O autor diz ainda que um bom gerenciamento de estoques ajuda na redução dos valores monetários envolvidos, de forma a mantê-los dentro dos limites aceitáveis para atender as demandas.

Um planejamento estratégico elaborado otimizará o funcionamento das UBS e minimizará grandes problemas de cunho administrativo-operacional e assistencial, pois que, quando isto ocorre, os serviços de saúde deixam de receber periodicamente a quantidade de insumos médico-hospitalares para assistir à população. Vale ressaltar que o objetivo do planejamento é propiciar uma visão clara do processo como um todo, avaliando metas e restrições, além da distribuição num horizonte de tempo predeterminado (BERTAGLIA, 2008).

É importante salientar que a aquisição de material ou contratação de serviço é de responsabilidade do setor de materiais, sendo necessários profissionais habilitados para que as atividades sejam conduzidas conforme os objetivos da organização. Assim, Castilho e Gonçalves (2011) elucidam que, como outros profissionais, os enfermeiros têm integrado as comissões de licitação, nas entidades públicas, bem como nos grupos de assessoria de compras. Esses profissionais se destacam em função dos conhecimentos técnico-administrativos inerentes aos processos de cuidar e gerenciar.

Os profissionais que trabalham nesta área precisam estar informados e atualizados, além de necessitar de habilidades interpessoais, como poder de negociação, facilidade de trabalhar em equipe, boa comunicação e capacidade de gestão de conflitos (MORAES, 2005). Para Bogo *et al.* (2015), o enfermeiro no desempenho dessa atividade favorece o gerenciamento participativo, contribui para a organização, o planejamento, e a sistematização do processo de abastecimento, conferindo maior credibilidade ao trabalho para os profissionais que fazem uso dos materiais e fornecedores.

O setor de compras não é isolado numa organização, ele está intimamente relacionado com outros setores e contribui diretamente para a tomada de decisão. Martins e Alt (2001) ratificam que a área de compras

interage intensamente com as demais, recebendo e processando informações, como também alimentando outros departamentos, ampliando e possibilitando a tomada de decisão.

A função de compras é obter mercadorias e serviços na quantidade e qualidade necessárias, com um menor custo; garantir o melhor serviço e pronta entrega por parte do fornecedor; desenvolver e manter boas relações com os fornecedores, bem como desenvolver fornecedores potenciais (ARNOLD, 1999, *apud* VIANA, 2006). Para o êxito desta função, é preciso que o profissional determine as especificações dos produtos: qualidade, quantidade e entrega certa (tempo e lugar); selecione fornecedor (fonte certa); negocie os termos e condições de compras, e emita e administre os pedidos da aquisição.

Esse setor requer profissionais que tenham responsabilidade, comprometimento e dedicação, que estejam familiarizados com os processos de aquisição de material. Tais requisitos são ingredientes básicos para que se compre o produto certo, na quantidade certa, com qualidade e no prazo demandado pela organização, para que as atividades não sejam comprometidas em virtude de problemas nas negociações. Ademais, é necessário conhecer a legislação específica que rege os processos de compra, para que esta tenha lisura e ocorra sem morosidade. Conforme Costa (2007), o profissional de compras precisa ser capacitado para exercer esta função, pois as compras públicas é um processo formal e administrativo que possui documentos e informações que são anexados constantemente, de forma cronológica, durante a vida útil do processo e precisa atender a lei que regulamenta a aquisição de bens e contratação de serviços públicos.

Gerir serviços envolve muito mais do que conhecer apenas uma parte do trabalho, mas o processo como um todo. É preciso que haja uma visão abrangente da gestão e suas diversas finalidades (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006). Neste sentido, o PES é uma ferramenta importante por permitir maior conhecimento das situações e dos processos de trabalho envolvidos. Hoffmann (2011) relata que o planejamento permite maior controle das situações, principalmente na área de compras, e possibilita maior confiabilidade às decisões dos diversos departamentos, com vistas a orientar as ações da organização. E para Lima e Câmara (2016), ele é uma ferramenta capaz de sanar problemas relacionados a má gestão, bem como de identificar falhas no funcionamento da organização.

Devido à relevância do planejamento de compras para a gestão estratégica de suprimentos, é primordial um amplo processo de sensibilização e convencimento dos gestores envolvidos diretamente com as categorias estratégicas, pois as compras e contratações públicas impactam diretamente a atividade econômica, por conta do movimento significativo do volume de recursos, além de prover bens e serviços necessários às atividades estatais (RAPOSO *et al.*, 2016).

Portanto, uma gestão de compras eficaz possibilita o alcance dos objetivos organizacionais, além de contribuir com o gestor na superação das dificuldades de abastecimento de materiais, de modo a suprir as demandas das unidades de saúde e ensinar, além de um funcionamento efetivo, a qualidade e continuidade dos serviços assistenciais.

12.3 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A falta de insumos acarreta inúmeros problemas para os serviços de saúde, profissionais e população, pois que, além de inviabilizar a efetividade e a continuidade da assistência, fragiliza a credibilidade profissional e dos serviços, e predispõe a instalação de conflitos entre a técnica e a ética, assim como nas relações instituídas entre profissional e comunidade; compromete, ainda, a qualidade e a confiabilidade dos serviços dispensados para a coletividade.

Como o planejamento é uma ferramenta capaz de contribuir com a gestão por possibilitar a previsão e provisão de insumos adequados para atender as demandas e permitir a continuidade de um efetivo funcionamento dos serviços de saúde, deve ser priorizado pelos gestores públicos, principalmente os responsáveis pela gestão de compras e suprimentos, devendo estabelecer e cumprir as metas, aperfeiçoar os processos administrativos, eliminar os ruídos e fluxos desnecessários, a fim de permitir aquisição de bens e/ou serviços de forma efetiva.

O gestor desse serviço deve conhecer o sistema de gerenciamento de materiais implantado, além de entender as especificidades da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos, que baliza a aquisição de bens e serviços na esfera pública. É pertinente que os envolvidos com os processos de compra estabeleçam parâmetros predefinidos, a fim de nortear e promover transparência e celeridade na aquisição dos suprimentos.

Os insumos disponibilizados para os serviços de saúde fazem parte da rotina dos enfermeiros. Eles conhecem as especificidades e a quali-

dade dos produtos, por utilizá-los em sua prática, o que os incentiva a buscar constantemente informações acerca das inovações de produtos lançados no mercado para possibilitar o emprego destes na assistência que desempenham. Quando ele integra a equipe estratégica do departamento de compras, pode contribuir com conquistas na esfera da tomada de decisão por empregar os conhecimentos albergados.

A capacitação profissional deve preponderar naqueles que integram esses serviços, bem como a necessidade de adquirirem habilidades de inter-relacionar-se, resolver conflitos e promover negociações, de estabelecer prioridades, de modo que os recursos sejam suficientes, o que contribuirá indiretamente para que os profissionais dos serviços de saúde mantenham suas atividades de forma efetiva e contribua com outros processos tão necessários e oportunos, como a motivação da equipe, a credibilidade profissional e institucional e a liderança, que possibilitam e impulsionam o alcance dos objetivos.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, M. T. R. **Gerenciamento de recursos materiais em enfermagem**. Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Enfermagem, 2019. Disponível em: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2019/02/Aula-14-Gerenciamento-de-Recursos-Materiais.pdf>. Acesso em: 7 maio 2020.
- BERTAGLIA, P. R. **Logística e gerenciamento da cadeia de abastecimento**. 2. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BOGO, P. C. *et al.* O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2015; 49(4):632-639 Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0632.pdf. Acesso em: 7 maio 2020.
- BORGES, T. C.; CAMPOS, M. S.; BORGES, E. C. Implantação de um sistema para o controle de estoques em uma gráfica/editora de uma universidade. **Revista Eletrônica Produção & Engenharia**, v. 3, n. 1, p. 237-247, jan./jul. 2010. Disponível em: http://www.revistaproducaoengenharia.org/arearestrita/arquivos_internos/artigos/03_Formatacao_COD_205.pdf. Acesso em: 7 maio 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Bra-

sília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 maio 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.666 de 21 de junho de 1993**. Regulamenta na Constituição Federal, sobre as normas para licitações e contratos da Administração Pública. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm. Acesso em: 7 maio 2020.

BRASIL. **Material de apoio a autoavaliação para as equipes de atenção básica** (saúde da família, AB parametrizada e saúde bucal). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília (DF), 2013.

CAPRONI, T. V. **Proposta de Remodelação do Processo de Compras Públicas Municipais**. XXXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. A Gestão dos Processos de Produção e as Parcerias Globais para o Desenvolvimento Sustentável dos Sistemas Produtivos. Salvador, 2013. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_TN_STO_187_060_21963.pdf. Acesso em: 7 maio 2020.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de Recursos Materiais. *In*: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2011.

CHIAVENATO, I. **Administração – teoria, processo e prática**. 7. ed. Ed. Campus, 2004.

CIAMPONE M. H. T; MELLEIRO, M. M. Planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. *In*: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2011.

COSTA, E. A. da. **Gestão estratégica da empresa que temos para a empresa que queremos**. 2. ed. Saraiva: São Paulo, 2007.

Dicionário da educação profissional em saúde. 2, 320-8, 2006.

HOFFMANN, D. de L. **Planejamento de Compras em uma Universidade Pública da Região Norte**. Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia – Rio Grande do Sul. (Relatório de Estágio). Curso Superior de Tecnologia em Logística. Bento Gonçalves, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1128254-Planejamento->

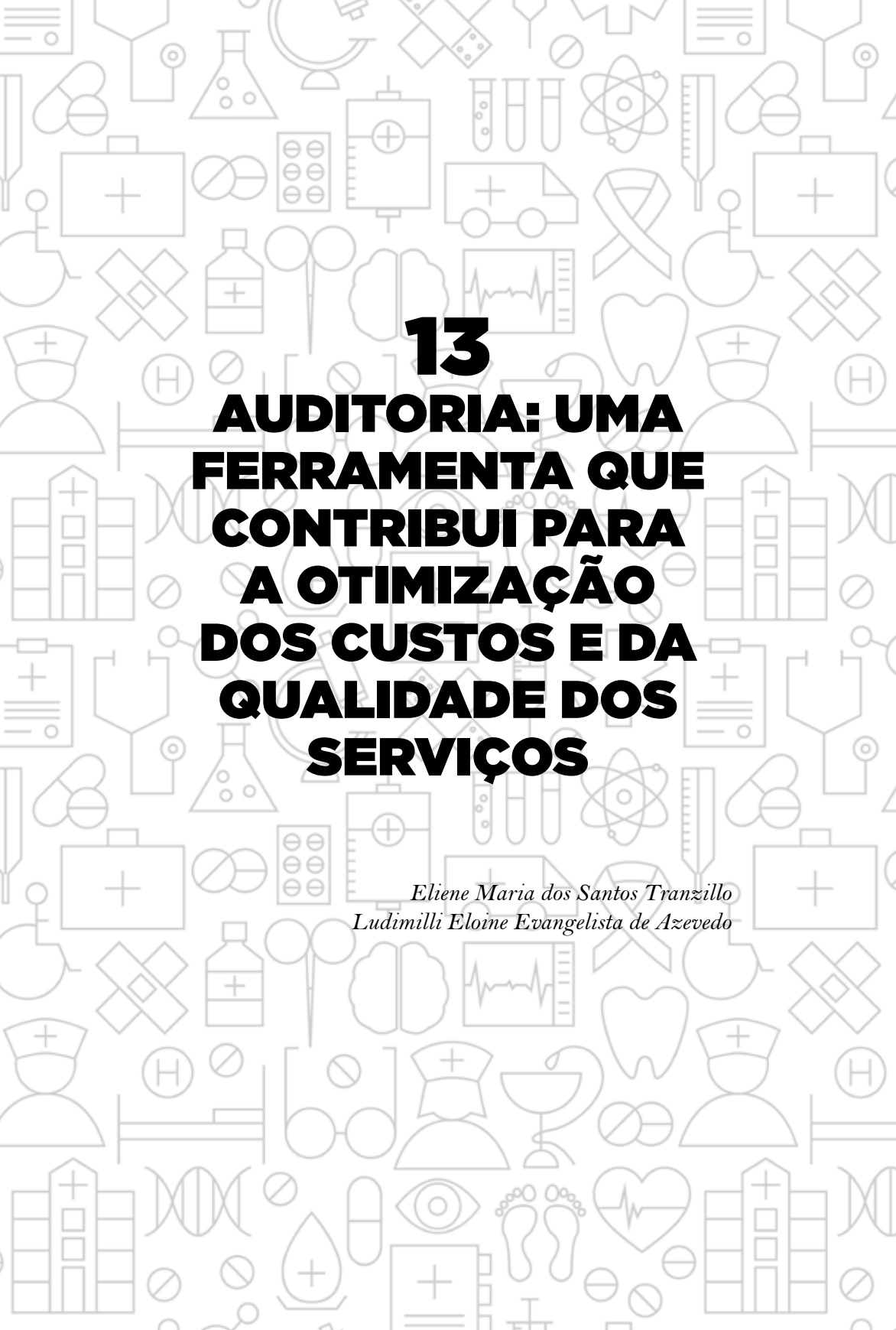
- de-compras-em-uma-universidade-publica-da-regiao-norte.html.
Acesso em: 7 maio 2020.
- KOTLER, Philip. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 2. ed. Editora Atlas: São Paulo, 2000.
- LIMA, R. F.; CÂMARA, T. F. M. Desafios com o desabastecimento na cadeia de suprimentos em um hospital público: relato de caso. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, vol. 5, n. 1, jan./jun., 2016. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/218/181>. Acesso em: 7 maio 2020.
- MARTINS, P. G.; ALT, P. R. C. **Administração de materiais e recursos patrimoniais**. Editora Saraiva, 2001.
- MAXIMIANO, A.A. **Introdução à administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- MELO, A. S. **Gestão de compras pública**: um estudo de caso na UNICAMP – Campos Dom Pedrito. (Monografia) Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Especialização em Gestão Pública, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/71346/000870856.pdf>. Acesso em: 7 maio 2020.
- MORAES, A. **Gestão de compras**. Apostila do Curso de Administração Industrial. CEFDET. Rio de Janeiro, 2005.
- OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologia e práticas. Atlas: São Paulo, 2010.
- PEDROSA, I. de C. F.; CORRÊA, A. C. de P.; MANDÚ, E. N.T. Influências da Infraestrutura de Centros de Saúde nas Práticas Profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciênc. Cuid. Saúde**, 2011, jan./mar., 10(1):058-065. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288/pdf>. Acesso em: 7 maio 2020.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde
- POZZI, A. S. **Processos de Compras na Administração Pública**. (Monografia) Programa de Pós-Graduação Lato Sensu da Universidade Campos Mendes. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k217385.pdf. Acesso em: 7 maio 2020.
- RAPOSO, M. H. *et al.* A importância do planejamento de compras para a gestão estratégica de suprimentos. **Anais do IX Congresso CONSAD de Gestão Pública**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://con>

sad.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Painel-44-03.pdf. Acesso em: 7 maio 2020.

SALDANHA, C. **Introdução à gestão pública**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A Qualidade e a Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2011.

VIANA, J. J. **Administração de materiais**: um enfoque prático. 6^a reimpressão. Atlas: São Paulo, 2006.

The background of the entire page is a repeating pattern of white line-art icons on a light gray background. These icons represent various medical and healthcare concepts, including a microscope, a syringe, a pill, a bandage, a nurse's cap, a hospital building, a DNA helix, a heart with an ECG line, a tooth, a microscope, a pair of scissors, a brain, a pair of glasses, a foot, a water drop, a hand, a microscope, a pill, a bandage, a nurse's cap, a hospital building, a DNA helix, a heart with an ECG line, a tooth, a microscope, a pair of scissors, a brain, a pair of glasses, a foot, a water drop, a hand, a microscope, a pill, a bandage, a nurse's cap, a hospital building, a DNA helix, a heart with an ECG line, a tooth, a microscope, a pair of scissors, a brain, a pair of glasses, a foot, a water drop, a hand.

13

AUDITORIA: UMA FERRAMENTA QUE CONTRIBUI PARA A OTIMIZAÇÃO DOS CUSTOS E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

*Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Ludimilli Eloine Evangelista de Azevedo*

Os desafios enfrentados pelas empresas levam-nas a buscar instrumentos de gestão que possibilitem sua manutenção em um mercado que tem se tornado cada vez mais competitivo, em que produzir com qualidade deve ser a meta, a diretriz de toda instituição que busca oferecer um produto ou serviço que atenda de modo efetivo aos interesses da clientela. Assim, uma assistência contínua e de alto padrão tem sido considerada um elemento essencial, principalmente nas instituições de saúde. Conforme Silva (1996), a qualidade deve ser enfatizada, pois o produto/serviço é consumido durante a sua produção, o que o torna diverso da produção de bens, em que é possível separar o produto com defeito, sem maiores consequências, exceto a perda de matéria-prima e de trabalho.

Deste modo, o trabalho qualitativo na área da saúde caracteriza o grau de seriedade, responsabilidade e comprometimento de todos aqueles que de alguma maneira estão envolvidos na prestação desses serviços, pois a busca por assistência visa à resolução de problemas e, quando ela é negligenciada, pode agravar a doença, sendo muitas vezes as iatrogenias consideradas desastrosas, podendo inclusive comprometer a continuidade da vida dos indivíduos. Alguns casos são noticiados pela mídia, a exemplo de cirurgias realizadas em órgãos e/ou compartimentos saudáveis, outros ocorrem sem o conhecimento do cliente, como as “cirurgias brancas”, nas quais o diagnóstico foi equivocado, ou ainda em erros grosseiros relacionados à administração de medicamentos, quanto à dosagem ou a via de aplicação.

A gestão de qualidade se refere ao processo ativo de determinar e orientar o caminho a ser seguido para atingir-se os objetivos (GARAY, 1997, *apud* KURCGANT *et al.*, 2011). E o planejamento é um aliado, pois através dele é possível “olhar além” e determinar aonde se quer chegar, mas para isso é necessário estabelecer metas, definir prioridades e trabalhar de modo a concretizá-las, obter o êxito daquilo que se pretende conquistar.

A auditoria tem sido utilizada para auxiliar as organizações a concretizarem suas metas, principalmente no que tange à otimização de custos e melhoria dos serviços disponibilizados. Conforme Souza, Dyniewicz e Kalinowski (2010, p. 1), ela “deriva do latim *audire*, que significa ouvir. Inicialmente foi traduzido pelos ingleses como *auditing*, para designar termos técnicos para a revisão dos registros contábeis”. Atualmente, há

uma visão mais ampla no que diz respeito à auditoria, ela é uma ferramenta que tem sido utilizada nos hospitais, na atenção suplementar e no Sistema Único de Saúde (SUS) para coibir inadequações, otimizar a redução de custos, o uso racional dos insumos e contribuir com uma assistência que atenda aos anseios daqueles que deveriam ser o maior patrimônio das instituições, que são seus clientes, pois são eles que permitem a expansão e a manutenção das organizações no mercado.

A assistência prestada ao cliente no decorrer de uma hospitalização gera um custo que será cobrado pelo prestador do serviço à operadora de saúde, seja esta pública, aqui representada pelo SUS, seja privada, constituída pelas operadoras do Sistema de Saúde Suplementar, os denominados planos de saúde (TRANZILLO; TRINDADE, 2019). As autoras referem ainda que, entre a soma final de uma conta exibida pelo hospital e a quantia paga pelo plano de saúde, existe um processo legítimo denominado glosa, que permite à operadora de saúde discordar dos valores cobrados.

Desse modo, a auditoria em saúde tem sido adotada no setor público como uma ferramenta essencial para o controle e regulação da utilização dos serviços de saúde, e na área privada como um instrumento de controle dos custos da assistência prestada ao paciente (PINTO; MELO, 2010). Portanto, ela contribui para coibir práticas fraudulentas, para a utilização de forma racional dos insumos, além de alertar as chefias quanto às inadequações encontradas.

A profissão de enfermeiro auditor é relativamente nova, sendo regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) em 2001. Cabe a este profissional organizar, dirigir, coordenar, avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer técnico sobre os serviços de enfermagem (BRASIL, 2001). A ferramenta de trabalho dos enfermeiros auditores consiste nas anotações de enfermagem, contidas nos prontuários, e através da análise delas é possível identificar a ocorrência de registros feitos de forma indevida, que **vão** desde a omissão de procedimentos à falta de registros dos insumos utilizados na assistência, ou mesmo a inexistência de checagem de procedimentos e administração de medicamentos prescritos, o que certamente implicará glosas, que podem ser parciais ou totais, gerando prejuízo, podendo inclusive comprometer o orçamento da instituição e sua viabilidade em permanecer em um mercado que exige transparência e solidez para continuar atuando.

Desse modo, a auditoria em enfermagem desempenha um importante papel nas instituições hospitalares, pois que é através dela que se identificam as deficiências do setor relacionadas à prestação dos cuidados; além disso, ela fornece dados para a melhoria da qualidade dos serviços, e o enfermeiro auditor pode incentivar na busca por aprimoramentos para o serviço de enfermagem, além de sugerir e contribuir com as atividades educativas para viabilizar um registro fidedigno e uma assistência qualificada.

Para exercer esta função de forma efetiva, o profissional precisa buscar conhecer os contratos firmados entre as operadoras de saúde suplementar e a instituição prestadora da assistência; as tabelas praticadas por cada operadora, sejam da saúde suplementar, sejam do SUS; ter experiência no serviço que irá efetuar a auditoria; entender sobre compatibilidade para utilização de órtese, próteses e material especial (OPME), que são aqueles designados de alto custo; orientar os cirurgiões no manuseio do sistema de gerenciamento da tabela unificada de procedimentos (SIGTAP), utilizada para precificar os procedimentos do SUS; exigência de valores éticos e morais, de modo a atuar em conformidade com esses preceitos; por fim, senso de responsabilidade com a profissão e com os clientes que buscam por serviços para suprir suas demandas de saúde de forma efetiva.

13.1 AUDITORIA EM ENFERMAGEM

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a auditoria é conceituada como o processo de exame independente de determinadas situações, objetivando a emissão de juízos sobre a conformidade com padrões que são denominados de critérios de auditoria (BRASIL, 2017, p. 8). Através desses requisitos o profissional auditor tem subsídios para efetuar a auditoria e validar se os processos de trabalho condizem com as normas que foram previamente estabelecidas.

No Brasil, a auditoria em saúde só surgiu na década de 1970 e, ainda que de modo incipiente, era voltada à avaliação dos aspectos qualitativos da assistência ao paciente; na atualidade, ela é utilizada também para controlar custos da assistência à saúde (CLAUDINO *et al.*, 2013). No SUS, a implantação do processo de auditoria, conforme Melo e Vaitsman (2008), procura resguardar usuário, união, estados e municípios quanto à

qualidade dos serviços profissionais e institucionais, além de preservar o uso adequado do dinheiro público.

A aplicação de recursos do Ministério da Saúde (MS) a entidades públicas, filantrópicas e privadas, firmada através de contratos para prestação de serviços, execução de obras e fornecimento de materiais é realizada conforme parâmetros para cobertura assistencial estabelecida pelo SUS e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo determinadas normas e regras institucionais que devem ser cumpridas pelos prestadores. Conforme o Ministério da Saúde (2016), o prestador deve assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS, além de submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA), apresentando toda documentação necessária quando solicitado.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) atuará no acompanhamento e aplicação dos recursos repassados a estados, municípios, Distrito Federal e na verificação da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico, verificação *in loco* e pericial (BRASIL, 2004). Desse modo, a auditoria é uma forma de resguardar a legalidade nos processos orçamentários dos entes públicos, além de analisar os atos técnicos dos profissionais e administrativos de pessoa jurídica, visando a assegurar a destinação dos recursos e a qualidade assistencial.

Na auditoria em enfermagem é realizada uma análise crítica e sistemática da atuação dos profissionais de enfermagem, através de suas anotações em prontuários, de modo a comparar o atendimento prestado com os padrões estabelecidos pela instituição, bem como avaliar a utilização racional dos recursos compatíveis com o procedimento. Quando o profissional atende a esses requisitos, além de uma predisposição em transformar a assistência em um padrão superior ao que está sendo praticado, diz-se que a atuação dele é efetiva e qualificada.

Uma das finalidades da auditoria em enfermagem é identificar as áreas deficientes desse serviço e contribuir com os processos de mudança, podendo ser realizada por várias metodologias, conforme a intenção a que se destina, quais sejam: auditoria de processos, estrutura, prospectiva, operacional e retrospectiva, sendo conceituadas por Santana e Silva (2009) como:

- *Auditoria de processo* se refere à procura da qualidade do conjunto de atividades desenvolvidas, pela equipe de enfermagem, voltadas para o atendimento das expectativas dos clientes.
- A *auditoria de estrutura* monitora o local onde ocorre o cuidado ao paciente. Inclui a aplicação de recursos, como o ambiente em que é prestado o atendimento, além dos elementos existentes entre o cliente e o profissional de saúde antes da interação.
- Já a *auditoria prospectiva* representa a avaliação e/ou emissão de opinião sobre processos ou resultados exercidos na produção de serviços no horizonte temporal presente/futuro.
- Sendo que a *auditoria operacional* representa a avaliação e/ou emissão de opinião sobre processos ou resultados exercidos na produção de serviços no horizonte temporal presente/futuro.
- A *auditoria retrospectiva* é aquela realizada após a alta hospitalar, ou após a realização da assistência ambulatorial, ocorre por meio dos registros em prontuários, não possibilita a reversão de benefícios diretos para o paciente, mas contribui para a melhoria da assistência de maneira global e futura.

Para a obtenção desses dados e contribuir com o processo de mudança, é primordial que o auditor tenha autonomia para identificar carências, dificuldades e inconformidades, traçando o perfil da unidade hospitalar e sugerindo as alterações necessárias na fase de planejamento ou de execução das atividades assistenciais, de modo que a qualidade e credibilidade dos serviços sejam viabilizados, preservando-se de influências tendenciosas que possam afetar os resultados da auditoria.

Quanto à forma de intervenção, ela pode ser interna e externa. A auditoria interna é realizada pelo enfermeiro que compõe o quadro de profissionais da instituição; a externa é aquela realizada por profissionais que não fazem parte do quadro institucional. Independentemente da forma de intervenção, o enfermeiro que busque essa área de atuação precisa ser íntegro, respeitável e capaz de promover mudanças no sentido de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, a utilização racional dos recursos disponibilizados na instituição e evitar as perdas através das glosas.

13.2 O PRONTUÁRIO: UMA FERRAMENTA DA AUDITORIA EM ENFERMAGEM

As anotações em prontuário consistem em uma forma de comunicação escrita, com informações pertinentes ao cliente e aos cuidados realizados pela equipe multiprofissional. Quando as anotações são feitas adequadamente, possibilitam estabelecer efetiva comunicação entre as equipes, embasa a elaboração do plano assistencial, permite acompanhar a evolução do paciente, fornece subsídios para a avaliação da assistência prestada, predispõe a qualidade no atendimento e favorece um respaldo legal para os processos de auditoria.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), o prontuário consiste em um documento de caráter legal, sigiloso e científico, que contém um conjunto de informações geradas a partir dos acontecimentos sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada (BRASIL, 2002). Nele, os registros da equipe multidisciplinar sustentam as ações realizadas e devem ser feitos de forma fidedigna; por ser um instrumento legal, ampara os profissionais e serve como prova de que o paciente recebeu a assistência devida.

No que tange à equipe de enfermagem, o registro profissional deve conter informações completas referente aos cuidados prestados e às respostas orgânicas dos clientes em decorrência da assistência; elas devem ser claras, concisas, objetivas, sem emitir juízo de valor, com letra legível e sem rasuras, e qualquer erro precisa ser corrigido de acordo com as normas da instituição. Os registros são de ordem pessoal e intransferível, e necessitam conter a assinatura do executante e o número do registro profissional, em função de serem facilitadores e determinantes em casos de processos judiciais.

O preenchimento incorreto desse documento e a falta de periodicidade dos registros são fatores que impossibilitam, de forma irreversível, qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores e até mesmo sindicâncias e perícias que possam inclusive amparar juridicamente o profissional e a instituição (FRANCO; AKEMI; D'INOCENTO, 2012). Portanto, uma efetiva anotação resguarda o profissional e a instituição, e possibilita que a auditoria exerça seu papel de indicar alternativas preventivas e corretivas, contribuindo com os processos educativos, pois ela não procura os responsáveis, mas questiona o porquê dos resultados adversos e orienta a revisão dos processos.

O prontuário é um instrumento imprescindível à auditoria (CLAUDINHO *et al.*, 2013), no qual as informações registradas possibilitam a continuidade da assistência, a avaliação dos custos, através da conferência e cruzamento de informações contidas nele. Assim, os gastos relacionados aos procedimentos realizados, às visitas e avaliações médicas que foram faturados e enviados aos planos de saúde são comparados àqueles que efetivamente foram pagos por essas operadoras.

13.3 GLOSAS: EMPECILHOS PARA OTIMIZAÇÃO DAS RECEITAS HOSPITALARES

A equipe de enfermagem exerce um importante papel no acompanhamento do cliente. Ela é a única categoria profissional que assiste o paciente nas 24 horas, sendo o enfermeiro o líder dessa equipe, portanto ele é **habilitado para atuar na auditoria de enfermagem, por conhecer os processos de trabalhos e possuir capacitação técnica para avaliar sistematicamente as anotações de enfermagem e possibilitar uma** ação preventiva para evitar as inconformidades e otimizar as receitas contidas nas faturas das contas hospitalares.

Para tanto, a conduta profissional deve ser ílibada, a fim de que a cobrança seja justa, conforme os procedimentos realizados e os insumos utilizados para permitir o cuidado. Desse modo, a auditoria de custos confere e controla o faturamento, confrontando as informações recebidas com aquelas contidas nos prontuários, de modo a garantir um pagamento justo das contas hospitalares. O prontuário é o elemento essencial para viabilizar esse processo, e os registros dos profissionais – da equipe médica, de enfermagem ou de outros profissionais de saúde – são utilizados como ferramenta legal, respaldam a análise e previnem “o cancelamento parcial ou total do orçamento, por serem considerados ilegais ou indevidos pelos auditores” (COSTA, PAZ, SOUZA, 2010).

Entretanto, em muitos momentos o auditor se depara com inadequações e/ou ausência de informações quanto aos procedimentos e tratamentos realizados, bem como dos insumos utilizados nos procedimentos. Neste sentido, Oliveira, Costa, Arndt (2012, p. 4) relatam que, “nas auditorias hospitalares, grande parte do pagamento de materiais, medicamentos e procedimentos estão vinculados aos registros de enfermagem”, quando as anotações são inconsistentes, ilegíveis ou subjetivas, ocorrem

as glosas desses itens no faturamento das contas, o que pode comprometer, de modo significativo, o orçamento das instituições.

A glosa é o cancelamento parcial ou total do orçamento por ser considerado ilegal ou indevido. A invalidação do pagamento se refere aos itens que o auditor do plano de saúde não considera cabíveis (FERREIRA *et al.*, 2009). As glosas são aplicadas também em situações que possam causar dúvidas em relação aos contratos previamente firmados e a prática da instituição de saúde, o que denota a importância da lisura de uma cobrança, além de conhecimento das normas contratuais para evitar-se inadequações, prejuízos financeiros e quebra de confiança entre as parcerias.

O DENASUS elucida que glosa é a rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS, utilizados pelos estados, Distrito Federal e municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços, causando danos aos cofres públicos (BRASIL, 2004). As glosas podem ser administrativas ou técnicas: as administrativas decorrem de falhas operacionais no momento da cobrança, e as técnicas estão vinculadas à falta de anotações de enfermagem e médica no prontuário que justifiquem os medicamentos usados e os procedimentos realizados (CLAUDINO *et al.*, 2013).

A glosa total de uma conta apenas deve ser executada nas situações em que a equipe de auditoria já esgotou todas as providências para comprovar a realização do procedimento, podendo se utilizar da análise de outros comprovantes, como os livros do centro cirúrgico, de ocorrências da enfermagem, de registro de admissão dos pacientes, além das anotações de enfermagem, folha de gasto de sala cirúrgica, ou até mesmo entrevistar o paciente e familiares.

O MS ressalta que a responsabilidade dos técnicos do SNA consiste em verificar os pontos de estrangulamento, detecção de desperdícios e correção de procedimentos errôneos que prejudicam o desempenho das ações e serviços de saúde sob a ótica da economicidade, voltada para a melhoria da qualidade de saúde da população (BRASIL, 2004). Assim, a assistência à saúde dos pacientes em instituições hospitalares tem exigido da enfermagem uma atuação complexa, o que evoca a necessidade de capacitação contínua e comprometimento profissional, de modo a atingir um padrão de eficiência nos cuidados dispensados.

Portanto, para garantir uma assistência livre de danos, evitar as inadequações e otimizar o faturamento das contas é necessário que os

profissionais conheçam a instituição em que atuam, sua estrutura, cobertura assistencial, grau de conformidade dos serviços, documentação específica de cada procedimento. Além disso, é importante a qualificação deles na área de atuação, o uso racional dos materiais e medicamentos e os registros fidedignos dos procedimentos realizados.

13.4 A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A preocupação com a qualidade de serviços e bens não é recente. O sistema de qualidade vem sendo pensado há mais de sete décadas, nos Estados Unidos e no Japão. Conforme Maximiano (2011, p. 55), “no início do século XX, quando a produção em massa se tornou comum, qualidade significava uniformidade ou ausência de variação”. Somente a partir da década de 1950 surge a preocupação com a gestão pela qualidade, que buscava desenvolver e aplicar conceitos adequados à realidade (LIMA, 2013, p. 26). A fase seguinte foi designada como gestão da qualidade total (GQT), tornando-se uma opção para reorganizar a gerência das organizações, e tinha como preâmbulo aspectos básicos, como foco no cliente, decisões baseadas em fatos e dados, solução de problemas e redução de erros.

Os parâmetros para definir e mensurar a qualidade têm sido impulsionados pelos clientes na proporção que exigem produtos e serviços capazes de atender os anseios da sociedade. Neste sentido, Damázio e Gonçalves (2012) relatam que Donadabian, em 1980, contribuiu de modo significativo ao apresentar as novas bases para definição de qualidade e seus componentes. Na década de 1990, o estudioso amplia sua própria definição e passa a considerar os conceitos de eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e segurança para designar a qualidade em saúde, os quais denominou de sete pilares, sendo descritos conforme Donadabian (1992) como:

Eficácia: consiste em buscar contribuir para a melhoria das condições de saúde e do bem-estar dos indivíduos, o cuidado deve acontecer em sua forma mais perfeita. Onde a arte e a ciência da saúde procuram o melhor que se pode fazer, nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente.

A eficiência se refere a medida do custo com o qual uma melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é aquela de menor custo.

Efetividade: alude ao quadro de melhorias possíveis de serem alcançadas, mediante um cuidado, conforme a condição do indivíduo.

Otimização: sua utilização é relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições”, embora úteis, perdem a razão de ser.

A aceitabilidade é sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.

A legitimidade se refere a aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.

A equidade é o princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Quando os serviços de saúde buscarem incluir esses princípios em sua assistência, certamente conseguirão atender as demandas daqueles que têm buscado por alto padrão de excelência. Nesta perspectiva, o Inmetro (2011) relata que, na atualidade, a conceituação de qualidade está relacionada à adequação ao uso, e o produto e/ou serviço devem atender aos desejos e aspirações dos consumidores, incluindo os aspectos econômicos, de segurança e desempenho, sendo portanto escolhido o mais apropriado, e não o melhor ou o mais caro.

13.5 A CONTRIBUIÇÃO DA AUDITORIA PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O Institute of Medicine (1994 apud MARQUIS; HUSTON, 2010, p. 558) define qualidade no atendimento de saúde como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados coerentes com os modernos conhecimentos profissionais”. Entretanto, considera-se que nesse conceito a qualidade está para um resultado desejável do estado de saúde, o que nem sempre é possível, em função da condição e patologia dos pa-

cientes, e isso **não invalida que os profissionais busquem se esmerar para promover cuidados que contribuam para ampliar a qualidade de vida das pessoas.**

Na área da saúde, mais especificamente da enfermagem, desde o “século XIX, a enfermeira inglesa, Florence Nightingale, pioneira no desenvolvimento da organização dos hospitais, deixou uma grande contribuição tanto teórica quanto prática em relação à melhoria do atendimento” (LIMA, 2013, p. 26). Ela conseguiu reduzir os índices de infecção dos soldados feridos em campo de batalha de forma exponencial, com medidas de cuidados higiênicos. O autor relata ainda que, após este olhar crítico e apurado de Florence, surgiram diversos estudos voltados à avaliação do cuidado prestado ao paciente e qualidade envolvida nesse cuidado.

As práticas de enfermagem, sejam elas assistenciais, administrativas, sejam educativas, devem ser executadas de forma sistematizada. A estruturação da assistência representa um método científico que direciona, desenvolve e organiza a execução do processo de trabalho, tendo em vista a qualidade da assistência de seus envolvidos: paciente, hospital e operadoras de saúde. Isso justifica as constantes mudanças e remodelamentos das ações e atendimentos do setor saúde, ficando cada vez mais evidente o quão importante é a qualificação da assistência. Santana e Silva (2009, p. 112) destacam que “o processo de auditoria de enfermagem [...] propicia ao enfermeiro mais uma oportunidade no mercado de trabalho, sobretudo em relação à avaliação da qualidade dos serviços, documentos e processos”.

Neste sentido, o enfermeiro auditor tem entre suas funções realizar o levantamento de fatores e erradicar as inconformidades que interferem na qualidade dos serviços, mas para isso ele precisa ter experiência profissional, conhecimento técnico e dos contratos firmados entre a operadora e a instituição, habilidade de negociação e perfil, principalmente para orientar e fornecer uma educação continuada para a equipe de enfermagem, objetivando alterar práticas equivocadas e elevar o padrão de atendimento.

É importante ressaltar que a auditoria em enfermagem faz uma avaliação da qualidade da assistência através das anotações contidas nos prontuários, a fim de apontar inadequações existentes nas instituições com relação aos serviços prestados (CAMELO *et al.*, 2009). Por meio dos registros de enfermagem podem ser identificados os principais pro-

blemas que influenciam diretamente na qualidade assistencial e são eles que norteiam e subsidiam informações para análises críticas da eficácia e cumprimento dos objetivos dos serviços.

Alguns dos fatores que comprometem a qualidade dos serviços são as inconformidades das anotações de enfermagem, falta de checagem na prescrição médica e de enfermagem e inexistência de registros de procedimentos realizados, como curativo ou aplicação de medicação. A partir dessas inadequações, a auditoria pode contribuir com o gerenciamento da assistência, sendo muitas vezes necessário realizar uma revisão na rotina de trabalho da equipe de enfermagem, implantar planos de ações permeados com a conscientização e treinamento dela, a fim de que os membros sejam informados de que modo esses detalhes interferem na capacidade de oferecer serviços diferenciados.

Quando se discute a importância da qualidade dos serviços e das anotações, deve-se levar em consideração a escassez de pessoal de enfermagem, que infelizmente é uma realidade de muitos hospitais, principalmente no Brasil, além do ritmo de trabalho destes, pois o enfermeiro, em muitas instituições hospitalares, responde por vários setores em um turno de trabalho e/ou atua em mais de um emprego, em função da remuneração ser insuficiente. Neste sentido, Silva (1996) alerta que desconhecer a importância do fator humano ou trabalhá-lo de forma inadequada compromete a viabilidade dos programas de qualidade.

A Resolução nº 429, art. 1º do Cofen adverte que é dever do profissional de enfermagem registrar, no prontuário manuscrito ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (BRASIL, 2012), sendo obrigação das instituições oferecer meios para que os profissionais tenham condição de exercer suas funções de forma inequívoca. Dessa forma, nota-se que o conselho de classe deve exercer o papel que lhe compete de órgão fiscalizador não apenas no que tange ao pagamento de anuidade, mais também de se engajar na busca de condições dignas de trabalho da categoria que representa.

Conforme a Resolução nº 266 do Cofen, o enfermeiro auditor, no exercício de sua função, tem o direito de solicitar esclarecimento sobre fato que interfira na clareza e objetividade dos registros, a fim de coibir interpretação equivocada que possa gerar glosas (BRASIL, 2001). Contudo, coadunamos com Chiavenato (1985), *apud* Santana e Silva (2009),

ao elucidar que, para ocorrer o processo de execução da auditoria, de modo efetivo, é necessário que haja envolvimento da equipe, principalmente no que tange à maturidade para identificar, aceitar e implantar estratégias que garantam um resultado positivo para a instituição, assim como as disposições para mudanças de hábitos dos profissionais. Segundo Silva *et al.*, (2009, p. 22), “a educação continuada para enfermeiros assistenciais é apontada como mecanismo pelo qual pode se alcançar a mudança de comportamento”.

Desse modo, “[...] envolver os recursos humanos da instituição é essencial, devendo-se criar espírito de grupo e proporcionar estratégias que conduzam as pessoas a trabalharem com maior entusiasmo, criatividade e motivação” (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2011, p. 81). As autoras relatam que é imprescindível considerar o elevado potencial das pessoas e investir em capacitação, uma vez que a gestão de qualidade pressupõe um estilo gerencial participativo, sendo necessário valorizar as pessoas, sua autonomia em decidir, a descentralização do poder, a socialização do saber, de modo a predispor uma reorganização no processo de trabalho.

A auditoria em enfermagem consiste, portanto, em uma atividade dedicada à eficácia de serviços na esfera pública, filantrópica ou privada. O profissional auditor utiliza o controle e a análise dos instrumentos disponíveis, e a qualidade das anotações dos profissionais sobre as instruções e/ou orientações realizadas com os clientes e os materiais utilizados ou a falta de recursos para a execução de procedimentos se configura na diretriz, tanto para garantir a legalidade como para comprovar e assegurar a execução de ações da assistência à saúde e fomentar meios para a resolutividade e efetividade dos cuidados.

13.6 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A auditoria é um instrumento que se alicerça nos pilares descritos pela qualidade, influência de modo favorável à otimização das receitas e qualidade da assistência de enfermagem, e contribui com a lisura nos registros dos profissionais quanto aos procedimentos, utilização de materiais e medicamentos, dando credibilidade profissional e institucional, impulsionando o crescimento, o que na atualidade tem sido imprescindível em função da crescente exigência dos clientes por serviços que atendam suas demandas.

Esta área é mais uma oportunidade de atuação do profissional enfermeiro, agregando nessa função o corpo de conhecimentos que ele possui, sendo necessário para aqueles que desejam atuar na auditoria comprometimento, senso de responsabilidade com a profissão e clientes, olhar criterioso e minucioso dos registros, conduta ílibada, para que a cobrança das contas represente o montante que faz jus aos procedimentos realizados e insumos utilizados, conhecimento e experiência profissional na área que pretende auditar; o candidato deve ainda possuir habilidade interpessoal para interagir de modo harmônico e respeitoso com os demais membros da equipe de enfermagem diante das inadequações que por ventura forem encontradas, bem como predisposição para contribuir com os processos de mudanças quando necessário.

Nesse aspecto, o prontuário é uma importante ferramenta, por conter informações sobre o diagnóstico, evolução do quadro clínico, avaliações e parecer técnico de especialista sobre o estado de saúde dos indivíduos, além das anotações sobre os tratamentos dispensados, os cuidados realizados e utilização de materiais e medicamentos necessários a assistência. Os registros nesse documento devem ser fidedignos, contínuos e abarcar a evolução do cliente referente ao período de sua hospitalização, pois assim possibilitará que a auditoria execute seu trabalho de forma efetiva, contribuindo com as contínuas melhorias que os serviços requerem.

Entretanto, o enfermeiro auditor se depara com inúmeras inadequações no que tange aos registros dos profissionais de enfermagem, encontrando, em muitos momentos, rasuras, falta de checagem de medicamentos prescritos, de cuidados realizados, de elegibilidade nas anotações; listagem de material que não condiz com o cuidado exposto ou ausência de anotações de insumos referentes à assistência descrita. Essas falhas evidenciam a vulnerabilidade do setor em relação aos registros e demonstra a inabilidade da assistência prestada, além de afetar a eficácia da auditoria no sentido de evitar as glosas hospitalares, o que compromete o orçamento institucional e sua capacidade de manter-se atuante no mercado.

Diante desses aspectos, a auditoria contribui com os processos de mudanças, através de sugestões às chefias quanto à necessidade de se trabalhar os elementos humanos, de modo a promover uma revisão nas rotinas da equipe de enfermagem, identificando as inconformidades e implantando planos de ações permeados com a conscientização e treina-

mento da equipe, a fim de que cada trabalhador perceba a importância da ação que desempenha e vislumbre seu potencial de colaborador da qualidade do serviço que representa.

Por fim, deve-se levar em consideração que a qualidade é um fator inerente a interpretações, tanto internamente quanto para os clientes que utilizam os serviços. Desta forma, falar em oferecer um serviço de qualidade transcende o que foi expresso neste capítulo, visto que este fator não depende somente da auditoria em enfermagem, mas sim de um conjunto de ações dos colaboradores que representam a instituição, para que a partir daí se busque um padrão de excelência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.638/2002** (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5). Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.
- BRASIL. **Legislação e código de ética. Guia Básico para o Exercício da Enfermagem**. Conselho Federal de Enfermagem do Rio Grande do Sul. 2012. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- BRASIL. **Manual de glosas do Sistema Nacional de Auditoria**. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DANASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.567**, de 25 de novembro de 2016. Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2567_25_11_2016.html. Acesso em: 25 abr. 2020.
- BRASIL. **O Movimento da Qualidade no Brasil**. Instituto Nacional de Metrologia (Inmetro). São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.inmetro.gov.br/barreirastecnicas/pdf/livro_qualidade.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.
- BRASIL. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível

- em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.
- BRASIL. **Resolução nº 266/2001**. Dispõe sobre a atividade do enfermeiro auditor, 2001. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2662001_4303.html. Acesso em: 25 abr. 2020.
- CAMELO, S. H. H. *et al.* Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Ribeirão Preto – São Paulo. 2009; 11(4):1018-25. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a28.htm>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- CLAUDINO, H. G; *et al.* Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2013, jul./set.; 21(3):397-402. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a20.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- COSTA, S. P., PAZ, A. A., SOUZA, E. N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Ver. Gaúcha Enferm.** 2010; 31(1):62-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100009. Acesso em: 25 abr. 2020.
- DAMÁZIO, L. F.; GONÇALVES, C. A. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**: caminhos e perspectivas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- DONABEDIAN, A. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. *In*: WHITE, K. L. *et al.* **Investigaciones sobre servicios de Salud**: una antología. Washington: OPS, 1992.
- FERREIRA, T. S. *et al.* Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, v. 9 n. 1, Bogotá, jan./jun., 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100004. Acesso em: 25 abr. 2020.
- FRANCO, M. T. G.; AKEMI, E. N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta paul. enferm.** vol.25 no.2 São Paulo 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002. Acesso em: 25 abr. 2020.
- KURCGANT, Paulina *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011.

- LIMA, R. M. S. **A atuação do enfermeiro gestor na aplicação do planejamento estratégico para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.** Trabalho de conclusão de Curso. Bahia: Faculdade de Ilhéus. 2013. 55 p.
- MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação.** 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.
- MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração.** 8ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- MELO, M. B.; VAITSMAN, J. **Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde.** São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 152-64, jan./jun., 2008.
- OLIVEIRA, A. D.; COSTA, C. R. de; ARNDT, A. B. M. Glosas de materiais e medicamentos em um hospital privado na cidade de Brasília, Distrito Federal. **Acta de Ciências e Saúde.** n. 1, v. 2, 2012. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.
- PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2010; 44:671-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/17.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- SANTANA, R. S. M. SILVA, V. G. da. **Auditoria em enfermagem: uma proposta metodológica.** Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Ilhéus: Editus, 2009. Disponível em: http://www.uesc.br/editora/livrosdigitais2/auditoria_em_enfermagem.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.
- SILVA VEF. **Qualidade nas instituições de saúde e a prática da enfermagem.** São Paulo: Departamento de Orientação Profissional/ Escola de Enfermagem, USP, 1996. [Apostila].
- SILVA, C. M. C. *et al.* Diagnósticos de enfermería como instrumentos em laformación del enfermero: una revisión de la literatura. **Enferm. Glob.** 2009;(17):1-12. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300020&script=sci_arttext. Acesso em: 25 abr. 2020.
- SOUZA, L. A. A.; DYNIEWICZ, A. M.; KALINOWSKI, L. C. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. **Rev. Adm. Saúde,** v. 12, n. 47, p. 71-78, abr./jun., 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&ba>

se=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=612318&indexSearch=ID. Acesso em: 25 abr. 2020.

- TRANZILLO, E. M. dos S.; TRINDADE, T. O. **Auditoria como ferramenta de gestão para minimizar glosas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Trabalho de conclusão de Curso. Bahia: Faculdade de Ilhéus. 2019.
- TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A Qualidade e a Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. *In*: KURCGANT, Paulina *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011.

A liderança é possivelmente uma das principais buscas da sociedade. Por motivos óbvios, o êxito de uma estrutura é proporcionalmente relacionado à capacidade do indivíduo que está à frente da organização, a começar pela direção da mais simples a mais complexa. Ela está presente, portanto, no direcionamento da família, passando por instituições, cidades, estados e nações. Na atualidade, a informação é fundamental para o êxito de uma organização, bem como a maneira que o indivíduo se relaciona com ela, de modo a despertar e libertar seus liderados. A essência da liderança contemporânea é a de pessoas abraçarem uma causa e serem capazes de mobilizar outros de maneira a concretizarem metas e atingirem objetivos.

Ainda hoje, a sociedade busca definição única para o termo liderança, porém trata-se de uma difícil tarefa, pois existem diversos conceitos sobre ela. A busca por essa habilidade é contínua em decorrência das exigências do mercado de trabalho, e gradativamente as pessoas tendem a ocupar cargos que exigem delas capacidade para liderar. Isso tem impulsionado o desenvolvimento de estudos, ao longo dos anos, para entendê-la em prol do treinamento de futuros líderes.

Mostrar o quanto a percepção de liderança evoluiu, adaptando consigo o perfil do líder eficaz, requer, por sua vez, entender sua trajetória ao longo dos tempos. O líder tradicional ou líder antigo era conhecido pelo seu perfil autocrático que impunha respeito ou temor. O protótipo de líder eficaz estava relacionado aos resultados que ele gerava, e não à qualidade da produção como o esperado.

Na atualidade, o líder é aquele sujeito que consegue obter seguidores não em função do mando ou do temor que exerce, mas pela força do caráter e sabedoria que tem. Assim, gradativamente ele transforma os ambientes de trabalho, por ser exemplo para os demais colegas e pelo treinamento dos liderados, pois as aptidões são desenvolvidas, as pessoas são valorizadas e todos se sentem motivados para o alcance das metas e objetivos.

O Instituto Brasileiro de Coaching – IBC (2019) diz que, através das lideranças existentes nas organizações, é possível desenvolver o potencial de cada colaborador para que eles se sintam estimulados a explorar seus talentos e contribuir para o alcance das metas. Para tanto, é essencial o desenvolvimento de pessoas dentro de uma empresa, a começar

pelos líderes, de modo que eles sejam constantemente preparados e motivados a inspirar e incentivar os colaboradores a irem além, gerando resultados positivos individuais e institucionais.

Enquadrar-se no perfil de líder contemporâneo vai além de apenas entender o conceito de liderança, o indivíduo deve conquistar sua equipe, estabelecer suas próprias prioridades de trabalho, estar aberto e preparado para aprender com as experiências. Apesar de tantos estigmas e protótipos criados de líderes eficazes, até então não se inventou fórmula única para se tornar líder. É algo complexo e de amplo sentido. Nesse caso, é quase impossível compor um indivíduo que usufrua das tantas habilidades e atributos exigidos pelo perfil de líder eficaz, ou seja, na atualidade, nenhum líder é um modelo inabalável ou perfeito.

Ao direcionar esse atributo para a realidade do enfermeiro, é possível observar a magnitude atrelada à questão; pressupõe-se que a competência de liderar é demasiadamente importante e carece ser trabalhada nessa área. Lanzoni e Meirelles (2011) dizem que as funções dos líderes combinam habilidades técnicas, humanas e conceituais, que aplicam em diferentes graus e em diversos níveis institucionais, o que coaduna com as funções desempenhadas por este profissional, que desenvolve ações voltadas para o gerenciamento, a assistência, a pesquisa, além das atividades educativas da equipe subordinada a ele, e dos clientes e seus familiares. Assim ele emerge historicamente como líder da equipe, articulando saberes e ações necessários para uma assistência criativa e de qualidade, sendo um elemento diferencial para a equipe, clientela e instituição que representa.

O mercado de trabalho exige do enfermeiro uma qualificação apurada, que ele seja capaz de articular saberes e práticas para agir com autonomia e iniciativa. As instituições buscam profissionais que não apenas percebam problemas, mas os solucione, tendo na ferramenta do diagnóstico situacional uma estratégia para olhar além, alterar paradigmas, desenvolver a criatividade, a inovação e motivar a excelência dos resultados. Para tanto, o resgate do cuidado deve se constituir na meta primordial, visto que ele é o foco central da profissão, fundamentando-a e justificando as ações da equipe de enfermagem.

O primeiro requisito para o enfermeiro efetivamente exercer a liderança consiste na busca pelo autoconhecimento, de modo a não projetar na equipe suas limitações. Deve perceber também que cada integrante da equipe é um ser individual, dotado de capacidades e limitações, sendo

importante reconhecer as qualidades e trabalhar de modo que cada indivíduo se sinta motivado a superar as dificuldades. Desse modo, conhecer também as necessidades e expectativas pessoais e profissionais do grupo de enfermagem é outro aspecto fundamental para somar metas e unificá-las, a fim do exercício de uma efetiva liderança.

Embora as transformações impostas pelo ambiente macroeconômico, pelo avanço tecnológico da informação e pela própria concorrência, ainda nos deparamos com inúmeras dificuldades no que tange ao delegar e exercer a liderança de modo efetivo. Muitos enfermeiros em cargos de chefia não estão habilitados para conduzir uma equipe, aderem a uma ideia errônea de que ser chefe é o mesmo que ser líder, o que não é verdade, pois liderar não é chefiar. Esse achado culmina em consequências desastrosas para o enfermeiro e para a equipe, e certamente trará repercussões negativas também para o cliente, pois a assistência poderá ser comprometida.

Isso requer que os enfermeiros despertem para a importância do tema, de modo que eles percebam que, estando sua atuação alicerçada na liderança, seu trabalho será mais efetivo e terá maior visibilidade dentro da organização. A liderança, embora seja uma habilidade antiga, é pouco discutida; muitas vezes o assunto é ignorado principalmente entre os enfermeiros. Embora ela exija responsabilidades e dedicação para o seu aprimoramento, contribui para o desempenho institucional, profissional do enfermeiro e da equipe de trabalho, e certamente refletirá em uma assistência de melhor qualidade para os usuários.

14.1 A LIDERANÇA: AS PRINCIPAIS TEORIAS E OS ESTILOS

Existem vários conceitos formais de liderança geralmente atrelados aos atributos do líder. Liderar diz respeito à capacidade individual de obter seguidores e direcionar suas ações para alcançar um propósito e atingir os objetivos almejados, sendo a confiança um elemento primordial para que os elos sejam estabelecidos e haja concordância entre as pessoas. Ela é definida por Trevizan *et al.* (2001, p. 22) como um processo cujo desenvolvimento integra competências, habilidades e talentos passíveis de serem aprendidos e incorporados.

Em estudo que analisou a percepção de egressos de enfermagem acerca das competências profissionais para atuar no cenário hospitalar, verificou-se que a liderança é aprendida no desenvolvimento das funções

dos enfermeiros (LEAL *et al.*, 2018). Desse modo, pessoas treinadas nos comportamentos de liderança de forma adequada podem habilitar-se a liderar de forma eficiente, mas para isso a confiança é fundamental, tanto do indivíduo, para incorporar as habilidades que o exercício da liderança requer, quanto dos liderados, por saberem que podem contar com a representatividade do seu líder.

Muitas vezes o líder surge na equipe à medida que são solicitadas atitudes importantes de intervenção e representatividade. Dada à frequência com que o conjunto será requisitado para execução de atividades que exijam complexidade, chegará um momento em que instintivamente os componentes deste conjunto passarão a escolher entre si aquele que representará a maioria, ocasionando assim o nascimento de um líder. Penteado (1986), *apud* Castelani e Vitarelli (2008, p. 3), considera líder “aquele que se destaca em um ambiente diante dos demais, influenciando as pessoas ao redor de alguma forma. O autor trata a influência como a essência do processo de liderança”.

O líder precisa estar preparado para as demandas que a função requer para com a instituição, a equipe multiprofissional – principalmente no que tange à representatividade da equipe ao qual ele representa – e os pacientes. A finalidade consiste na qualidade dos serviços oferecidos, em condições de trabalho para a equipe, bem como no bem-estar da comunidade. Para tanto, são necessários compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisão, comunicação assertiva e gerenciamento participativo.

Há estudos que conceituam a liderança como uma facilidade de influenciar o outro; decerto, para liderar é necessária a habilidade da comunicação, que apenas será satisfatória se culminar na resolução do problema vivenciado pelo grupo. No sentido nato da palavra, liderar significa dirigir, logo, liderar nada mais é do que dirigir um grupo de pessoas, influenciando suas ações e comportamentos a fim de atingir um objetivo de interesse comum (LACOMBE; HEILBORN, 2003, *apud* CASTELANI; VITARELLI, 2008).

Partindo do pressuposto que um grupo é composto de indivíduos com suas idiossincrasias, dotados de ideias e pensamentos, que muitas vezes divergem entre si, aí reside o potencial do líder em conciliar os diferentes posicionamentos e direcionar o olhar dos liderados para as metas preestabelecidas. Ele transforma dados e inverte situações desfavoráveis para gerar resultados positivos, o que requer a habilidade

de inter-relacionar-se com os integrantes do grupo para solucionar os conflitos. Com base nisso, Lanzoni e Meirelles (2011) dissertam que a liderança é baseada em relações orientadas para comportamentos que incluem o apoio, aprimoramento de competências pessoais e adaptações para o trabalho, bem como o reconhecimento do outro e suas aptidões.

O interesse do ser humano pela natureza da liderança não é algo novo, o que justifica as inúmeras teorias acerca do tema, sendo mais discutidas, conforme Gil (2007), as seguintes abordagens: dos traços, que veem a liderança como uma combinação de características pessoais; a situacional, a qual pressupõe que as condições que determinam a eficácia da liderança variam de acordo com a situação, e a comportamental, que enfatiza o comportamento adotado pelo líder. Para fins de discussão, vamos adotar, além das supramencionadas, a neocarismática, para o embasamento do tema, pois juntas favorecem e complementam o entendimento da evolução conceitual de líder, embora a tendência atual seja a ênfase no papel estratégico que o líder tem na organização a qual integra.

Na teoria dos traços está impresso que a liderança é uma característica inerente ao indivíduo, neste caso a pessoa já nasce líder. Isso passa a ser evidente à medida que esta pessoa se relaciona socialmente, ou seja, trata-se de um momento em que são evidenciadas no comportamento e personalidade do indivíduo as habilidades exigidas para compor o perfil de líder.

Ela baseia-se na ideia de que o líder é aquele que possui alguns traços específicos de personalidade que os distingue dos demais indivíduos, isso é um dom nato. Assim, o líder apresenta características de personalidade através das quais pode influenciar o comportamento das pessoas (SAMPAIO, 2004), e a autoridade seria tida como fruto da interação e depende de aceitação, compreensão, consistência organizacional e capacidade individual. Os estudos destinaram-se a procurar traços sociais, físicos, intelectuais ou de personalidade capazes de diferenciar líderes de não líderes, privilegiando fatores como inteligência e dominação (BENEVIDES, 2010).

Neste sentido, buscam-se qualidades superiores como idade, altura, saúde, energia, beleza, inteligência, instrução, julgamento, originalidade, adaptabilidade, ambição, iniciativa, integridade, confiança em si e senso de humor (AUBERT, 1991, *apud* BENEVIDES, 2010, p. 22), o que denota uma ideia preconceituosa, na qual o indivíduo é julgado conforme sua apresentação estética, dentro de padrões preestabelecidos e capacidade

de dominação. Isso não coaduna com os princípios da liderança, pois dominar é bem diferente de liderar. O líder considera as particularidades de cada indivíduo no grupo e trabalha de modo a utilizar cada potencialidade para o alcance das metas; ele promove autonomia, de modo que os liderados tenham autoconfiança para a tomada de decisão. Portanto, a maior característica do líder é “libertar pessoas”.

A teoria contingencial ou situacional associa a liderança a três importantes fatores: perfil do líder, maturidade da equipe e a tarefa a ser executada. Esse modelo propõe a eficácia do desempenho do grupo conforme a adequação entre o estilo do líder e o grau de controle que a situação lhe proporciona. Ela inclui a liderança no contexto ambiental em que ela ocorre, levando em conta a relação entre líder e liderados, a atividade a ser desenvolvida e o contexto de ocorrência da situação, o que requer do líder ampla capacidade de adaptação (BENTO, 2008).

Tais aspectos são cruciais para um desempenho efetivo das ações, e o perfil do indivíduo que se encontra na função de liderança, a maturidade do grupo e a compreensão do contexto organizacional são importantes e podem ditar o mérito ou demérito para o alcance das metas. Além disso, é necessário também uma comunicação assertiva, bem como um efetivo relacionamento interpessoal entre líder de equipe e líder-organização.

Essa teoria centra-se na premissa de que não existe um único estilo de liderança apropriado para toda e qualquer situação (BALSANELLI; CUNHA; WHITAKER, 2009, p. 2). Portanto, ela relaciona os fatores de personalidade do líder, comportamentos dos liderados e condições ambientais como influentes para a efetividade dos resultados.

A teoria neocarismática também pode ser chamada de teoria da nova liderança. É uma teoria voltada ao apelo emocional e ao simbolismo, ou seja, os líderes agem de forma simbólica, mostrando para os liderados como eles podem agir, quais decisões devem tomar e/ou que caminho seguir.

Nessa teoria o líder irá contar com o envolvimento e empenho da equipe, usando o seu carisma para isso. Na separação do termo neocarismática é possível identificar a existência de duas palavras, “novo” e “carisma”. Segundo a Acioly (2007, p. 33): “Carisma é uma palavra grega que significa dom de inspiração divina, tal como habilidade de realizar milagres ou predizer acontecimentos”. Já o significado do “neo” refere-se a novo. Portanto, nesse novo estilo de liderança, o líder precisa ter carisma para conquistar os liderados e, conseqüentemente, fazê-los trabalhar em prol de propósitos comuns.

De acordo com Caldas e Sales Jr. (2011, p. 7): “A liderança carismática é aquela em que o liderado vê no seu líder as características heroicas de seu comportamento e atribui ao líder [...] capacidades extraordinárias de desempenho”. A teoria propõe uma interação harmoniosa entre o líder e o liderado, que, por sua vez, culmina em entusiasmo nas realizações das funções, fazendo com que este indivíduo passe a ser motivado a realizar sempre um esforço extra em seu ofício.

Ela é de cunho ideológico, pois nem sempre se deseja atingir altos níveis de desempenho com seus subordinados. O tipo de relação entre líder e liderado está basicamente ligado ao idealismo e admiração da figura que este líder representa para o indivíduo e/ou equipe, o que irá servir de inspiração para que o sigam. O líder desperta nos liderados seus respectivos potenciais, para que pelo caminho da emoção e estímulo eles possam fazer seu trabalho. Tal teoria é quase sempre utilizada na política, na religião e em tempos de guerra.

Nas teorias comportamentais, o foco passa a ser o comportamento dos líderes. Este tipo de teoria procurou enfatizar não o que os líderes eram ou o que tinham por essência, mas sim os seus feitos, pretendendo com isso isolar as peculiaridades comportamentais dos líderes eficazes. De acordo com Gruber (2001, p. 1), “a abordagem comportamental teve início no pós-guerra, quando os pesquisadores fizeram uma tentativa de definir o líder eficaz, não pelo que ele é [...], e sim pelo que ele faz”.

Procuramos direcionar nosso estudo para a teoria comportamental por fundamentar de forma compreensiva e objetiva os comportamentos apresentados pelos líderes durante sua atuação, de modo a auxiliar os indivíduos a se autoperceber e promover as mudanças necessárias ao exercício de uma liderança que favoreça a saúde do capital organizacional e dos recursos humanos, e ensejar o crescimento e a libertação dos envolvidos.

Esta teoria propõe que o líder possui um comportamento tal que o diferencia dos demais. Diferentemente da teoria dos traços em que tais características seriam natas, o comportamento chave para liderança poderia ser desenvolvido e assim se conseguiria formar líderes. (CALDAS; SALES JR., 2011, p. 3-4).

Em 1958, os pesquisadores Tannenbaum e Warren H. Schmidt buscaram se deter no comportamento dos líderes eficazes, o que faziam, como motivavam os liderados, comunicavam-se e realizavam as tare-

fas (VERA; AÉCIO, 2008). De posse desses dados, percebeu-se que era passível de aprendizado, mas para tanto o indivíduo precisava querer e buscar desenvolver a habilidade. Conforme os referidos autores, os pesquisadores constataram que não seria possível distinguir líderes de não líderes a partir de traços de personalidade, uma vez que isso era relativo a cada indivíduo, e não tinha como lançar um estereótipo exato para classificar quem se habilitava como líder ou não, o que os motivou a buscar estes traços no comportamento dos líderes.

A teoria comportamental tratou das atividades dos líderes e dos estilos de liderança. “Os pesquisadores descobriram que tanto as funções relativas às tarefas quanto as funções de manutenção do grupo devem ser realizadas por um ou vários membros do grupo, para que este funcione bem” (GRUBER, 2001, p. 15).

Portanto, a partir da análise do comportamento e atuação de alguns líderes em campo, foram classificados os estilos de liderança adotados. Esses estilos estavam relacionados à forma com que o líder se posicionava diante de si e da equipe, bem como a capacidade de resolver problemas, nível de autoridade, autonomia, persuasão e motivação do grupo. Maximiano (2000) relatou que estilo de liderança é a forma como o líder se relaciona com os integrantes da equipe, seja em interações grupais, seja pessoa a pessoa, podendo ser autocrático, democrático ou liberal, dependendo de o líder centralizar ou compartilhar a autoridade com seus liderados. Ele elucida ainda que, no exercício da liderança, o comportamento autocrático abrange prerrogativas da gerência, como as decisões que independem de participação ou aceitação.

Silva (2004, p. 29) nos diz que o “estilo de comportamento do líder no exercício de funções de chefia, os seus comportamentos diretos e relacionais devem possibilitar manter um bom ambiente de trabalho dos subordinados”. Neste caso, pode-se compreender que o responsável pelo trabalho efetivo, com respostas positivas e alcance de resultados é o modo como o líder se posiciona diante de seus liderados na execução da tarefa, o que designa o estilo de liderança adotado para nortear a ação. Este é um elemento importante para a harmonia ou desarmonia dos elementos humanos, líder e liderados, que compõem a organização.

Para o exercício efetivo da liderança é necessário que o líder conheça cada integrante de sua convivência no meio laboral, suas especificidades, aspectos positivos e limitações, de modo a procurar desenvolver cada integrante e incentivá-los a autossuperação, o que permitirá ao líder flexi-

bilizar e promover autonomia nos liderados para o exercício das tarefas, mostrando a importância de cada indivíduo no contexto organizacional; tal comportamento também possibilita maior aceitação do líder pelo grupo.

Ao debruçar-se no estudo dos estilos de liderança, é possível observar duas vertentes implícitas: uma é voltada para o produto, resultados e tarefas – segue a linha autoritária; a outra se centra no produtor, enfatizando os recursos humanos – segue a linha democrática ou participativa.

Assim, uma estrutura é autoritária ou de iniciação, sendo orientada para a tarefa, visando à direção e a produção. A outra é democrática ou participativa, centrada no empregado, dando apoio às necessidades deste e às necessidades de manutenção do grupo (ACIOLY, 2007). Isso nos leva a perceber que nenhuma liderança é trabalhada de forma isolada, sempre haverá as duas vertentes atuantes no processo; obviamente o líder busca resultados na sua produção e para obter êxito precisa motivar de forma democrática e participativa seus liderados.

O líder pode assumir um comportamento autoritário ou autocrático, no qual a supervisão é cerrada, a chefia escolhe os membros, elogiando ou criticando, não se envolve pessoalmente com os indivíduos. Neste caso, os indivíduos mostraram-se frustrados, tensos e conseqüentemente agressivos (BONOME, 2008). Este tipo de liderança é centrada no líder, ele tem autoridade máxima: o que for determinado deve ser executado sem questionamento e não é permitida a participação dos liderados; além do distanciamento com estes, é pouco amigável e impessoal.

Infelizmente, o estilo autocrático pode degenerar e tornar-se patológico, transformando-se no autoritarismo, arbitrariedade, despotismo e tirania, que representam violências contra os liderados (MAXIMIANO, 2000, p. 344). Assim, o líder é convertido em agente de tortura para a equipe, estes indivíduos não detêm o senso de humanidade, são extremamente materialistas e visam apenas ao crescimento da produção. Ribeiro, Santos e Meira (2006, p. 111) nos dizem que “a liderança autocrática se constitui num processo em que o líder detém todo o poder, agindo de forma autoritária, sendo a execução da tarefa o seu foco principal”.

Prevalece, portanto, o desejo do líder, enquanto os liderados não têm nenhum poder de decisão, tampouco “voz” na organização. Neste tipo de liderança as metas são alcançadas de forma objetiva. Entretanto, a insatisfação dos liderados é tamanha, em função da opressão, que eles se sentem desprezíveis e diminuídos a ponto de não terem mais motiva-

ção para o trabalho, o que pode desencadear inúmeras patologias para o líder e sobretudo para os liderados.

No estilo de liderança democrática há participação efetiva dos indivíduos. O processo de trabalho, as normas e deveres da organização são discutidas em grupo, fazem parte deste time o líder e os liderados. O líder é solicitado quando existe necessidade de aconselhamento técnico, neste caso ele democraticamente sugere alternativas que o grupo, em consenso, irá escolher. Nesse estilo os problemas são abordados em uma sequência pelos próprios integrantes, o líder atuará como estimulador, ouvinte e facilitador para o alcance de soluções das questões levantadas. Conforme Damazzini e Ferreira (2006), o líder procura ser um membro do grupo, sem encarregar-se muito das tarefas. É objetivo e limita-se aos fatos em seus elogios e críticas. É atuante, consultivo e orientador. Nas atividades, o trabalho mostra um ritmo suave e seguro, sem alterações, mesmo quando o líder se ausenta.

Neste modelo de liderança as características dominantes são o diálogo, a participação e o envolvimento de líder e liderados. Ainda de acordo com Damazzini e Ferreira (2006, p. 638), “há formação de grupos de amizade e de relacionamentos cordiais. Líder e liderados desenvolvem comunicações espontâneas, francas e cordiais”.

O grau de democracia impresso nesse estilo de liderança é avaliado pela quantidade e qualidade da tomada de decisão dos integrantes do grupo, os quais têm autonomia para intervir na resolução dos problemas. O estilo apresenta vantagens em relação ao andamento do processo de trabalho, pois os liderados se sentem importantes e motivados para o cumprimento das metas. Desse modo, Maximiano (2000, p. 344) relata que, “quanto mais as decisões forem influenciadas pelos integrantes do grupo, mais democrático é o comportamento do líder”.

O autor diz ainda que os comportamentos democráticos envolvem alguma espécie de influência ou participação dos liderados no processo decisório ou de uso da autoridade por parte do dirigente. Entretanto, embora a participação dos elementos do grupo seja importante, a autoridade do líder não pode ser subestimada, havendo momentos em que a decisão final caberá a ele.

Alguns líderes são extremistas e seguem apenas uma das vertentes, mas este comportamento não coaduna com o desenvolvimento de uma liderança efetiva; é preciso que o indivíduo encontre o equilíbrio entre os extremos, de modo a centrar na produção e alcançar os resultados, para

tanto é oportuna e necessária a valorização dos que trabalham na equipe, incentivando-os ao alcance das metas, sendo o mérito compartilhado por todos.

O estilo liberal é também denominado de *laissez-faire*, “do francês para o português significa deixa-fazer, é o chamado – deixa como está, para ver como é que fica” (ANDRADE, 2003, p. 40). Neste modelo de liderança, há liberdade total para os liderados tomarem as decisões que bem entenderem, sejam elas individuais, sejam em grupo, e o líder só atua quando solicitado.

Os indivíduos que assumem esse tipo de liderança costumam ser ausentes, relapsos, que não organizam, planejam e muito menos acompanham a equipe, são “líderes” às vezes pela “comodidade” oferecida pelo cargo ou simplesmente por estarem hierarquicamente acima dos demais integrantes do grupo em função da profissão. Esses indivíduos não promovem a interação da equipe, ensejando divergências e desunião no contexto de trabalho. Há completo abandono dos trabalhadores, e sua presença não acrescenta nada ao grupo. Conforme Bonome (2008), não há crítica, elogio ou orientação ao grupo. Os indivíduos mostram-se confusos, porém com muita atividade, embora sem interferência do líder. O respeito dá lugar a atitudes agressivas.

O estilo liberal dá abertura exagerada para o grupo, de modo que os componentes ficam totalmente à deriva. Conforme Maximiano (2000, p. 344), “o líder transfere sua autoridade para os liderados, conferindo-lhes o poder de tomar decisões”. Ainda segundo esse autor, “quanto mais o líder delegar decisões para os liderados, mais liberal é seu comportamento”. Esse abandono faz com que ocorra o nascimento de novos líderes dentro do próprio grupo, surgindo assim um líder informal. O surgimento do novo líder tem por finalidade nortear os demais componentes da equipe, que até então estavam perdidos, afinal, todo grupo, organização ou instituição precisa de um líder para sua construção, organização e desenvolvimento.

O estilo liberal não oferece oportunidade para crescimento dos integrantes, os trabalhadores não têm um direcionamento, fazem o que desejam, da forma que julgam correta, na hora que convém. As metas não são alcançadas de forma efetiva, uma vez que os indivíduos, componentes da equipe, ficam desnorteados e estafados diante do trabalho. O método de trabalho e as técnicas empregadas não são homogêneos. Esse comportamento, que infelizmente é adotado por alguns indivíduos em

cargos de liderança, contraria o exemplo de líder eficaz, não se tratando, portanto, de um estilo que deva ser adotado.

14.2 UM BREVE RELATO SOBRE A ESSÊNCIA DA LIDERANÇA NA PERSPECTIVA DE JAMES HUNTER

No livro *o Monge e o executivo*, o autor James C. Hunter demonstra a influência do comportamento adotado pelo líder nas relações pessoais e profissionais. John Daily é o personagem de um executivo bem-sucedido que ocupa um cargo importante na empresa em que trabalha e se considera um chefe de família respeitado. Entretanto, começa a perceber que seu relacionamento com esposa e filhos está entrando em colapso, a família estava insatisfeita, embora não faltassem as comodidades que os recursos financeiros podem proporcionar.

No lado profissional também havia insatisfação, sendo colocado em xeque sua capacidade de liderança pelo gerente de recursos humanos, após uma reivindicação sindical por melhores condições de trabalho. Até na atividade voluntária que o personagem desenvolvia, com um time de uma pequena liga de *baseball*, os pais passaram a reclamar da atitude de John, pois seus filhos, apesar das conquistas empreendidas, não se mostravam felizes.

A vida de John estava entrando em decadência e foi então que aceitou o convite para participar de um retiro em um mosteiro cristão. Seduzido pela possibilidade de conhecer Leonard Hoffman, ex-executivo de uma das maiores empresas dos Estados Unidos, considerado uma lenda nos círculos empresariais por sua capacidade de motivar e liderar as pessoas. No mosteiro, Hoffman adota o nome de Simeão, ele lidera um grupo do qual John faz parte, que busca respostas de como exercer a liderança de forma eficaz.

Nas diversas atividades realizadas, o monge os instiga, e eles foram gradativamente encontrando respostas, desmistificando o poder e a autoridade, porquanto, enquanto o primeiro obriga o indivíduo a cumprir uma tarefa, mesmo contra a vontade, o outro utiliza da influência pessoal e obtém o mesmo resultado, porém os indivíduos a fazem de boa vontade. Hoffman os leva a perceber os equívocos nas condutas que costumavam adotar. Ele demonstra a necessidade de tratar o outro como cada um gostaria de ser tratado para o êxito dos empreendimentos.

Simeão lhes apresenta Jesus Cristo como o exemplo de maior liderança que a Terra já conheceu, iniciando com apenas 12 homens em uma pequena aldeia da Galileia e hoje com seguidores em todos os continentes, embora os imitadores d'Ele sejam poucos, pois muitos não entenderam a mensagem e a deturpam por ignorância e interesse pessoal. Em essência, Ele ensinou pelo exemplo, demonstrando que o líder não deve procurar ser servido, mas servir a todos aqueles que integram suas equipes.

Ao final do encontro, os participantes saem do mosteiro com uma nova concepção de liderança, na qual o embasamento espiritual é importante por proporcionar sustentáculo nos momentos de dificuldades, sendo necessário o cultivo de virtudes, como paciência, bondade, humildade, respeito, abnegação, perdão, honestidade e compromisso, cujos resultados são alcançados com sacrifícios, sendo mais fácil com o empenho de todos. Aprenderam também que o ingrediente principal consiste no amor, no que se faz e no trato com os outros, o que requer alteração de conduta para se tornarem líderes melhores, preservando a saúde das relações. A conquista dessas virtudes exige que o indivíduo queira renunciar a hábitos arraigados que enaltecem o *ego* e buscar a conquista de valores enobrecidos que o libertarão e contribuirão também para libertar outros.

Quer ser um líder eficiente? Sirva. Ame. Perdoe. Compreenda. Auxilie. Capacite-se e capacite. Busque se inspirar no maior líder que a humanidade já conheceu: Jesus Cristo, que mesmo diante das mais rudes adversidades não desistiu de acreditar e investir nas pessoas. Usou o Seu poder pessoal para incentivar e inspirar as pessoas a serem ainda melhores e conseguiu a transformação de muitos. Ele é o caminho que o conduzirá de forma segura a se transformar em um líder de excelência.

Desse modo, busque a conquista pela força do exemplo que inspira e arremata seguidores por acreditar nos ideais que foram escolhidos; não seja um crítico contumaz, aprenda a ter olhos de bondade e elogie as pessoas que compartilham contigo das experiências nos trabalhos remunerados, voluntários ou na vida privada; aprenda a ouvir, mesmo aqueles que julga não terem nada interessante a dizer, pois você poderá se surpreender, portanto não subestime o outro; não se imponha ao outro, disponibilize-se a auxiliar conforme a necessidade; não seja autoritário, exerça a autoridade pela força do seu caráter; respeite o outro como deseja ser respeitado; seja um entusiasta, compartilhe alegria, pois, como diz

Divaldo Franco, felicidade não é ausência de dor, mais a perfeita compreensão da sua finalidade. Portanto, agradeça à vida pelas oportunidades de aprendizado que ela proporciona, tenha leveza em seu viver, sendo um pacificador e contribuindo para um ambiente de trabalho harmônico, produtivo e feliz.

14.3 DIFERENÇA ENTRE CHEFE E LÍDER

Quando se fala do enfermeiro e da autonomia no seu âmbito de trabalho, é preciso lembrar que este profissional atua em diversos setores, muitas vezes exercendo o papel de chefe, e não de líder; ou seja, essa autonomia é fantasiosa, pois ele continua subordinado às diretrizes da instituição ou a alguém com mais autonomia que ele, tendo assim que restringir-se às condições impostas. O cargo de chefia é designado para o enfermeiro, em diversos casos, com o objetivo de estabelecer a ordem da assistência e da administração do setor.

Conforme Garcia (2012, p. 4), “é comum observar que muitas pessoas em cargos de chefia não estão preparadas para conduzir uma equipe. Muitas acham que ser chefe é a mesma coisa que ser líder. O que não é verdade”. Embora o líder siga diretrizes, não deve se ater à estrutura rígida e estática que lhe impeça de crescer. O enfermeiro para ser líder precisa ser arrojado, destemido, empático, organizado e responsável. Ele rompe paradigmas conforme seu proceder na organização, conquista autonomia e reconhecimento da equipe de enfermagem e multiprofissional, e busca colocar uma efetiva assistência como diretriz. Ele “veste a camisa” da organização, de modo que, em dado momento, ele é a organização, o alcance das metas é apenas uma pequena parcela de sua contribuição.

Garcia (2012) consegue estabelecer de forma sucinta e precisa a diferença entre essas duas aptidões ao elucidar que chefe é alguém que exerce o poder de mando em virtude de uma autoridade oficial ou oficiosa que lhe foi estabelecida, enquanto líder é uma pessoa que, graças à própria personalidade e não a qualquer injunção administrativa, dirige um grupo com a colaboração dos seus integrantes.

Desse modo, é possível estabelecer uma comparação entre o chefe e o líder, de modo que a diferença consiste não apenas na palavra, mas sobretudo na atitude. Entendeu-se que o chefe é alguém que recebe ordens e as dita. O cargo que ele passa a ocupar foi designado por um superior, e toma por base as normas institucionais. É a mais pura expressão de ordem social que define diferenças de *status* e, por conseguinte, de poder

e autoridade dentro do grupo. O líder, por outro lado, é o indivíduo que consegue dirigir sem limitar talentos, sem oprimir. É aquele que agrega e integra de tal modo a equipe, que há solidariedade e compartilhamento na execução das tarefas, e as metas institucionais são alcançadas. E, mesmo que seja desligado da instituição, é lembrado com carinho e saudosismo por aqueles que permanecem, os vínculos que foram constituídos perduram e se perpetuam.

14.4 CHEFE

O chefe trabalha apenas e puramente para o alcance de objetivos, sem preocupar-se, portanto, com a valorização dos recursos humanos ou coparticipação dos subordinados. Na concepção de Silva (2004, p. 30), é um técnico que se dispôs a realizar determinado trabalho por intermédio de pessoas. Na contribuição oferecida por Souza (2012, p. 31), esse indivíduo “não se empenha em ajudar seus liderados, sua principal meta é dar ordens para que o trabalho seja realizado, geralmente, fazem questão de deixar bem claro para todos quem é que manda”.

Ele estabelece, portanto, uma relação estritamente profissional e diretiva com seus subordinados, as relações interpessoais não são devidamente consideradas, o foco consiste na quantidade do trabalho a ser desenvolvido, e não na qualidade. As atividades são rotineiras, dificultando o desenvolvimento do pessoal de enfermagem, o que compromete o serviço e inibe a criatividade e a iniciativa das pessoas. Trata-se de um envolvimento mecânico, frio e impessoal. É um cumpridor de ordens e as dita para que as metas sejam alcançadas.

3.5 LÍDER

O líder é aquele sujeito que consegue transformar informações em resultados. Liderar, conforme Silva, Simões e Janesch (2010, p. 3), é o “processo de conduzir um grupo de pessoas, fazendo com que trabalhem em equipe e gerem resultados”. Para tanto, ele precisa persuadir e comunicar-se de forma assertiva. Esses talentos têm a finalidade de nortear os componentes do grupo, fazendo-os trabalhar, entusiasticamente, na busca por objetivos comuns.

O exercício da liderança, conforme Trevizan *et al.* (2001, p. 22), “é um processo cujo desenvolvimento integra competências, habilidades e

talentos passíveis de serem aprendidos e incorporados”. Assim, é necessário conhecimento, experiência profissional, humildade e atitudes que favoreçam um ambiente de trabalho harmônico, no qual os liderados antevejam no líder uma pessoa confiável, que os represente e possa ser seguido pelos exemplos de seu proceder.

Uma das principais características do líder é a capacidade de influenciar pessoas. Neste sentido, Penteadó (1986), *apud* Castelani e Vitarelli (2008, p. 3), considera um líder “[...] aquele que se destaca em um ambiente diante dos demais, influenciando as pessoas ao redor”. Contudo, é determinante que o indivíduo tenha também a habilidade de inter-relacionar-se com os demais elementos do grupo, de modo que a comunicação seja espontânea, respeitosa e contribua para fortalecer os vínculos de amizade e companheirismo no contexto organizacional.

O líder precisa ser perspicaz, pois cada indivíduo é único, com particularidades e objetivos diversos, sendo natural ocorrer divergências no ambiente de trabalho, o que requer dele capacidade para conciliar, a fim de que os objetivos sejam consensuais, mantendo a saúde da organização (líder, liderados e instituição). O papel do líder é primordial, requer saber trabalhar com as diferenças, ouvir, administrar conflitos e suprir as expectativas da equipe, habilidades que devem ser aprimoradas sempre.

As reuniões periódicas, treinamentos com profissionais de diferentes áreas, tomadas de decisão em conjunto ajudarão os líderes a integrarem suas equipes. Conforme Muniz (2004), essa diversidade possui um lado construtivo, podendo contribuir para a inovação, valorizando as competências para resguardar os pontos positivos dos conflitos.

Com isso, é lícito dizer que estimular os conflitos saudáveis revelados pelas disparidades dos indivíduos pode ser promissor para a evolução da instituição. A liderança, conforme Lanzoni e Meirelles (2011, p. 4), “está baseada em relações orientadas para comportamentos que incluem o apoio, aprimoramento de competências pessoais e adaptações para o trabalho”. Isso requer à frente desta equipe e/ou organização um líder capaz de tomar decisões assertivas para transmutar divergências em soluções criativas.

Transformar dados, inverter situações desfavoráveis para gerar resultados positivos são características imprescindíveis que designam a efetividade de um líder, e isso só será conquistado se ele conseguir integrar as pessoas, incluindo-se nesse processo. Faz-se necessário, conforme referido por Lanzoni e Meirelles (2011, p. 4), “o reconhecimento

do outro e suas aptidões, visando o compromisso de uma unidade entre funcionários e a organização”.

O compromisso de ser líder, no contexto deste trabalho, relaciona-se a estar preparado para assumir posição de liderança na equipe de enfermagem e multiprofissional de saúde, objetivando promover um ambiente de trabalho harmônico, no qual os indivíduos queiram estar e sejam motivados a promover qualidade nos serviços oferecidos. Ademais, são necessárias características como compromisso, responsabilidade, empatia e capacidade para promover um gerenciamento efetivo. Ele busca valorizar a equipe, capacitando-a e promovendo a autonomia de seus integrantes.. O alcance das metas é apenas uma consequência, cujos envolvidos buscam por saberem que é uma conquista de todos.

A liderança, portanto, é algo maior e mais complexo que a chefia. O líder é, portanto, aquele que se esmera constantemente para manter a equipe motivada, é atuante no grupo, busca aprender com as experiências, como melhorá-las e passa adiante o seu aprendizado. Ele leva em consideração os aspectos humanos e está sempre atento e preocupado com as questões motivacionais.

14.6 A LIDERANÇA COMO CONTRIBUTO PARA A AUTONOMIA DO ENFERMEIRO

O exercício da liderança requer habilidades cognitivas, comportamentais, intra e interpessoais, que devem ser buscadas por todos aqueles que representam uma equipe. Para tanto, a busca pelo conhecimento acerca da liderança deve ser uma constante para o candidato a líder, assim como o autoconhecimento, de modo que aprenda a adentrar em seu universo, procurando resolver as inseguranças, inabilidades emocionais e aprenda a se autoafirmar como indivíduo passível de equívocos, porém em busca constante de melhorias.

Ao inserir-se no mercado de trabalho, o enfermeiro se depara com algumas dificuldades, seja em função de adentrar em um grupo já formado, muitas vezes, com anos de experiência naquele serviço, com hábitos nem sempre favoráveis para uma assistência efetiva e de qualidade, seja pela inexperiência profissional daqueles recém-saídos da graduação, ou ainda pela falta de vivência no serviço ora assumido. Esse profissional precisa desenvolver aptidão para mobilizar as pessoas com suas ideias em vez de impô-las, ou seja, deve ser um inspirador para os componentes

da equipe. Isso requer gotas de sabedoria, paciência e humildade para transformar as experiências da equipe, em prol de uma assistência qualificada, reduzindo as resistências e superando as dificuldades.

Ele precisa listar prioridades e sistematizar ações para o alcance dos propósitos, e dispõe dos aparatos necessários para isso: a instituição, a equipe que está sob sua responsabilidade e a comunidade. Para tanto, o enfermeiro deve conhecer, de forma geral, a instituição que representa: missão, visão e valores, de modo que o exercício do seu trabalho tenha o amparo legal da instituição, o que tende a favorecer resultados satisfatórios para os envolvidos.

Além da busca por conhecer a instituição, é necessário incluir também o setor do qual faz parte, sendo primordial zelar pela organização, pois cada objeto deve ser direcionado para o seu devido lugar, assim, na eminência de uma premente necessidade, ele, o candidato a líder, não atrapalha a assistência, ao contrário, será a referência para os demais integrantes da equipe dos técnicos de enfermagem e o suporte para a equipe multiprofissional.

É necessário saber que, embora a equipe não seja homogênea, com diversos problemas relacionados às interações humanas, ela é a essência da instituição, e sua diversidade contribuirá, quando bem direcionada, para agregar, somar e complementar potenciais em desenvolvimento. Portanto, cada indivíduo é uma joia a ser trabalhada e tem sua importância no contexto organizacional.

De posse desse discernimento, desenvolve-se uma visão ampliada e ao mesmo tempo focal do âmbito de trabalho, e a busca em aprimorar os membros da equipe deve ser uma constante. Bons líderes sabem realizar com maestria os procedimentos que delegam, de modo que tenham condição de avaliar a efetividade das atividades executadas. Seu diferencial é a forma como delegam e como interagem com os demais elementos da equipe da qual faz parte. A sabedoria do líder consiste em unir as metas institucionais com os interesses individuais da equipe. Um enfermeiro líder encontra-se em constante construção pessoal e profissional, e a atitude de aprendiz é fundamental.

A clientela não poderá ficar à margem dessa busca, o enfermeiro precisa conhecê-la, a partir dos serviços disponibilizados pela instituição, e deve buscar capacitar-se e capacitar a equipe, conforme as demandas requeridas, para que a assistência seja o reflexo dos conhecimentos

do grupo e contribua efetivamente com serviços de qualidade e consequentemente com a restauração da saúde deles.

Além da capacidade para se colocar no lugar do outro, no exercício das funções que lhe competem, o senso de humanidade é gradativamente desenvolvido. Outro aspecto que não deve faltar consiste na humildade. O enfermeiro em muitos momentos aprenderá as rotinas do setor com os técnicos de enfermagem, além de precisar assumir, perante eles ou outro colega, que não dispõe de destreza e ou conhecimento para realizar determinadas tarefas ou manusear equipamentos, o que não o diminui, ao contrário o engrandece, pois assumir as limitações e procurar superá-las também consiste uma virtude.

A confiança é outro aspecto a ser conquistado. Ela será a consequência do comportamento que o enfermeiro adotar perante a instituição, equipe e clientela. Mas para isso é preciso, da parte dele, o cumprimento daquilo que prega aos demais colegas, ensinando pelos exemplos e, quando necessário, utilizando a palavra articulada. A flexibilidade é mais um aspecto importante, relata Hunter (2004, p. 12), pois que “você gerencia coisas e lidera pessoas”, sendo necessário o exercício de uma escuta ativa, adotando um estilo de gerência participativa, na qual os componentes da equipe possam expor as situações-problema específicas de cada setor para solucioná-las. A capacidade de solucionar conflitos no grupo é de grande valia, pois que, de posse das informações, o enfermeiro pode promover diálogo cordial com os litigantes, como um mediador, de modo a levá-los a resolver as contendas e perceber a importância de um ambiente de trabalho harmônico.

Essa habilidade é edificada gradativamente; mesmo existindo uma predisposição para liderar, ela se constrói a partir das experiências individuais. Assim, como relata Nascimento (2008, p. 70), “acentuar a liderança é um processo contínuo e interminável. Mesmo assim, nenhum líder jamais chegará ao ponto da perfeição no que diz respeito à perspicácia e à eficácia na liderança”. Pois, “líder é a expressão simbólica de uma coletividade, que carrega consigo uma saga de sucessos e fracassos” (CHOPRA, 2002, p. 3). Desse modo, liderar se faz a partir das experiências diárias, sendo construído continuamente, cujo aperfeiçoamento virá através de tentativas exitosas e frustradas, e o aprendizado deve ser a diretriz.

Portanto, o enfermeiro emerge, historicamente, como líder da equipe por possuir ou por ter desenvolvido, durante sua formação, visão amplia-

da dos sistemas “ser humano”, “cuidado” e “saúde”, para além do que é visível, articulando os saberes e ações necessários para ofertar assistência criativa e de qualidade (LANZONI; MEIRELLES, 2011). Desse modo, a instituição que dispõe de enfermeiros qualificados tende a crescer com as contribuições que esse profissional consegue agregar, pois uma equipe bem orientada e sincronizada enriquece a qualidade dos serviços, sendo que assistência e a organização do setor dependem diretamente desse sincronismo entre a equipe e o líder. Vale lembrar ainda da contribuição para reduzir a rotatividade de funcionários e o desgaste físico e emocional deles, além de fortalecer habilidades e conhecimentos sobre o papel da enfermagem.

O enfermeiro é responsável, em muitos momentos, por vários setores, o que torna ainda mais complexa a sua atuação, e o êxito auferido diz respeito ao relacionamento estabelecido com a equipe e o comportamento de cada integrante do grupo no cumprimento das funções. Apesar da sobreposição de funções, ele pode conquistar influência em uma organização, daí para a autonomia é apenas mais um passo a ser efetivado a partir da liderança exercida, gerando impactos fundamentais para a sustentabilidade do papel.

Assim, um aspecto importante consiste na observação de líderes ídolos que marcaram épocas, sendo Jesus o maior exemplo que a história já registrou, que veio ter conosco para nos ensinar o caminho a ser trilhado. Todo profissional em algum momento de sua carreira já foi um seguidor, ou seja, teve em sua trajetória alguém que o inspirou e contribuiu para que ele se transformasse no que é na atualidade. Não se trata de querer ser o outro, pois cada profissional tem suas peculiaridades, e cada equipe, suas necessidades, o que requer originalidade e manutenção da identidade, pois em essência todos nós poderemos exercer a liderança, sendo necessário querer trilhar o caminho que a ela conduz.

14.7 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Com o crescimento das instituições privadas de ensino superior no país, tem sido ampliado o número de enfermeiros que buscam o mercado de trabalho, mas nem todos conseguem lidar com as demandas. O mercado busca profissionais que tenham a capacidade de gerir um setor e liderar uma equipe, o que requer desses indivíduos um diferencial não apenas para serem inseridos, mas sobretudo para permanecerem atuantes.

tes nas organizações, sendo a capacidade para liderar um requisito essencial para o êxito da empreitada.

Para tanto, é necessário investimento do profissional em buscar continuamente conhecimentos que fundamentem sua atuação, como também capacitar a equipe para que a assistência tenha efetividade e atenda aos anseios da clientela, além de atuar em consonância com os preceitos organizacionais, de modo que sua ação tenha legitimidade.

Desse modo, procuramos colaborar abordando as teorias que contribuíram para edificar o que hoje sabemos sobre liderança, sendo pertinente extrair delas os aspectos positivos que poderão contribuir com a formação do candidato a líder. Este livro tem a finalidade de despertar nos enfermeiros a necessidade da aquisição dessa habilidade para o êxito da atuação profissional. Procuramos desmistificá-la e mostrar como poderá ser desenvolvida, mas isso requer que o indivíduo se disponibilize para tal, fazendo as mudanças necessárias, além de buscar nos demais integrantes da equipe o alicerce para uma efetiva atuação, pois o sucesso de uma gestão está nas pessoas que compõem a equipe.

Ademais, conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos indivíduos que compõem a equipe é fundamental, e o exercício da flexibilidade poderá contribuir para somar metas e unificá-las, bem como não limitar talentos, de modo que consiga articular os objetivos pessoais e institucionais em prol do seu crescimento como líder, dos liderados e da instituição.

A pretensão é de inquietar o profissional enfermeiro na conquista de sua autonomia, de modo que não se acomode quanto aos supostos cargos hierárquicos e a essência do seu fazer não seja direcionada para a quantidade de tarefa, mas sim para a qualidade que consegue agregar ao trabalho, e ele imprima sua característica por onde passar, abraçando a causa do cuidado e mobilizando outros, a fim de tornar concreto o exercício de uma liderança eficaz.

REFERÊNCIAS

- ACIOLY, A. P. L. **Análise do estilo de liderança de gerentes de agências do Banco do Brasil e sua influência na manutenção e promoção da motivação dos funcionários.** Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13934/000649699.pdf?...1>. Acesso em: 9 jun. 2020.

- ANDRADE, M. **Formação de lideranças e pedagogia da alter-nância**: um estudo do itinerário de três jovens reconhecidos como líderes. Portugal, 2003. Disponível em: http://run.unl.pt/bitstream/10362/388/1/andrade_2003.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O.; WHITAKER, I. Y. **Estilos de liderança de**
- BENEVIDES, V. L. A. **Os estilos de liderança e as principais táticas de influência utilizadas pelos líderes brasileiros**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8000/VITOR%20LUCIANO%20A.%20BENEVIDES.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- BENTO, A. V. **Liderança Contingencial**: os estilos de liderança de um grupo de professores do ensino básico e secundário. Portugal, 2008. Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/Artigos/Resumo3.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- BONOME, J. B. V. **Introdução à administração**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2008.
- CALDAS, M. A, SALES JR., F. A. **Ferramentas para o desenvolvimento da liderança**. Ponta Grossa, 2011. Disponível em: <http://www.ensino.eb.br/portaledu/conteudo/artigo8761.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- CASTELANI, D. F.; VITARELLI, C. C. **A liderança exercida por empreendedores que não passaram por uma escola de gestão**. Viçosa, 2008. Disponível em: <http://correio.fdvimg.edu.br/downloads/MostraAcad2008/Artigos/Artigo%20-%20Lideran%E7a.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- CHOPRA, D. A. Alma da Liderança. **HSM Management - Revista Bimestral**. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://etecagricoladeiguape.com.br/projetousp/Biblioteca/alma%20de%20lideran%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- DAMAZZINI, J. T., FERREIRA, J. P. **Estilos de liderança e influência exercida nos liderados**. Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2006/anaisEvento/docs/CI-057-TC.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- enfermeiros em unidade de terapia intensiva**: Associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_05.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020.

- GARCIA, D. B. **Os diferentes tipos de liderança e sua influência no clima organizacional**. Espírito Santo, 2012. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/producao-academica/os-diferentes-tipos-de-lideranca-e-sua-influencia-no-clima-organizacional/5220/>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- GIL, A. C. **Gestão de pessoas**. Enfoque nos papéis profissionais. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GRUBER, L. S. **Liderança, habilidades e características de líder numa organização bancária: um estudo de caso**. Curitiba, 2001.
- HUNTER, J. C. **O monge e o executivo: uma história sobre a essência da liderança**. 1. ed. Portugal: Sextante, 2004.
- IBC. Instituto Brasileiro de Coaching. **Entendendo o conceito de grid gerencial e seu valor no desenvolvimento de lideranças**. 2019. Disponível em: <https://www.ibccoaching.com.br/portal/entendendo-o-conceito-de-grid-gerencial-e-seu-valor-no-desenvolvimento-de-liderancas/>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. **Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura**. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000300026&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 9 jun. 2020.
- LEAL, L. A. *et al.* Competências clínicas e gerenciais para enfermeiros hospitalares: visão de egressos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2018; 71 (Supl. 4):1514-21. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1514.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020.
- MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- MUNIZ, M. B. A. **O papel do líder no gerenciamento das diferenças individuais**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=97eae91e-eaf2-4f9c-94ac-18e9d491cf14&groupId=10136. Acesso em: 9 jun. 2020.
- NASCIMENTO, E. **Comportamento organizacional**. Curitiba: IES-DE Brasil S.A., 2008.
- RIBEIRO, M.; SANTOS, S. L.; MEIRA, T. G. B. M. **Refletindo sobre liderança em enfermagem**. Rio de Janeiro, 2006. Dis-

ponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14.pdf>.

Acesso em: 9 jun. 2020.

SAMPAIO, A. **Comportamento e cultura organizacional**. Lisboa: EDIUAL, 2004.

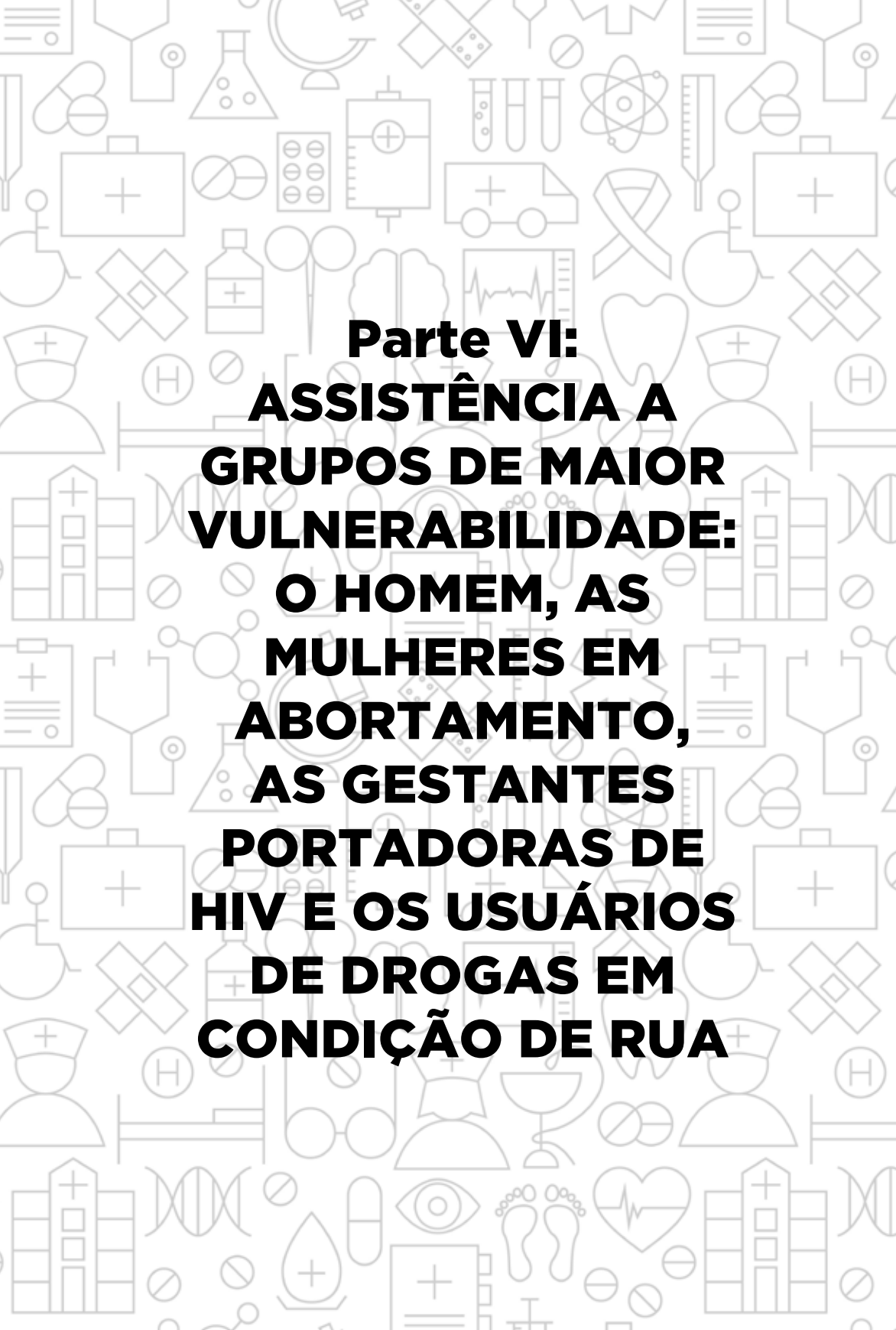
SILVA, E. R.; SIMÕES, E. R.; JANESCH, Z. M. **A importância da liderança na atualidade**. Filadélfia, 2010. Disponível em: http://br.librosintinta.in/biblioteca/pdf/HcpBDoAgDATAH7GC0YO-fIQUFmxCoCPJ9jb c5zNmabMAYQ_XMgZNYFVJqowSqV en3J-DuEnvy5fhMkTPdMJPWWDGbyc56sX-RqGQPLw,,.htx. Acesso em: 9 jun. 2020.

SILVA, M. E. B. R. **Princípios e características da gestão participativa**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/monopdf/1/MARIA%20ELIANE%20BRASIL%20ROM%C3%83O%20E%20SILVA.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.

SOUZA, S. B. **A liderança na gestão de pessoas das organizações**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/T207833.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020.

TREVIZAN, M. A. *et al.* **Análise de expectativas sobre a liderança do enfermeiro à luz das teorias Grid**. Porto Alegre, 2001.

VERA, L. da C. N.; AÉCIO, M. de M. G. **Quem são os líderes de Pernambuco: modelos teóricos e práticas locais**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/8166>. Acesso em: 9 jun. 2020.



**Parte VI:
ASSISTÊNCIA A
GRUPOS DE MAIOR
VULNERABILIDADE:
O HOMEM, AS
MULHERES EM
ABORTAMENTO,
AS GESTANTES
PORTADORAS DE
HIV E OS USUÁRIOS
DE DROGAS EM
CONDIÇÃO DE RUA**

Ao receber o convite para prefaciar esta parte da obra, senti-me lisonjeada e honrada, sobretudo pelos temas aqui abordados. A/o enfermeira/o tem papel fundamental na construção da autonomia das pessoas, na promoção de um cuidado ético, estético, pautado na integralidade e no respeito aos mais variados e diversos grupos sociais.

As autoras nos apresentam uma temática bastante relevante e reflexiva no que tange às ações da/o enfermeira/o. O trabalho vivo em ato transcende crenças, preconceitos, raça, gênero e deve ser capaz de produzir afetos, vida, e não morte.

O cuidar, nas palavras de Waldow, é o conhecimento e arte da Enfermagem. A autora assim o descreve, pois afirma que, em suas atividades, independente de qual paradigma as oriente, a Enfermagem está perfeitamente inserida. Nesse sentido, este livro mostra que a enfermeira cuida por vezes de grupos vulneráveis, vítimas de estigmas, violência e discriminação e, não raro, afastados dos serviços de saúde. Ser protagonista do cuidado de homens, de mulheres em situação de abortamento, que vivem com HIV e de pessoas em situação de rua e fazem uso de drogas requer atenção para além da terapêutica, ao considerar essas singularidades.

Assim, ao abordar o protagonismo da/o enfermeira/o em seu processo de cuidado a grupos vulneráveis, as autoras elucidam que essa atenção competente traz à cena a presença humana que acolhe, que tem competência técnica e habilidades e que, além de respeitar, também tem interesse pela dor do outro; que orienta, que se despe de preconceitos, que toca, que sabe e está pronta para oferecer uma escuta sensível.

O texto traz à cena, dentre outras reflexões, a necessidade de (re) significar a assistência ao homem, na perspectiva de incluí-lo como usuário do sistema de saúde, rompendo com uma lógica excludente e hegemônica de que a este não cabe o adoecer e o buscar cuidado. Nessa perspectiva, romper com os estereótipos de gênero, com a ideia de que a necessidade do cuidado expressa fragilidade masculina, ter sensibilidade no atendimento aos homens, são desafios impostos às/os enfermeiras/os em seu processo de trabalho cotidiano. Estes estudos permitem (re) pensar o fazer, no sentido de potencializar e instrumentalizar o serviço e profissionais para o atendimento ao homem, (re)conhecendo-os como sujeitos de direitos.

Em seu texto, há uma discussão sobre aborto e abortamento, tema cercado de tabus e preconceitos e que, por vezes, (in)visibilizam a autonomia das mulheres e as expõe a riscos, violência e (des)cuidado. No decorrer da história da humanidade, as discussões sobre o aborto/abortamento foram e são carregadas por julgamentos e criminalização, chamando a atenção também para o fato de que a mulher precisa de atenção baseada no respeito, na humanização, que interrompa discursos hegemônicos que resultam em índices ainda preocupantes de morbimortalidade. Cabe à mulher o direito de fazer as suas escolhas e essa atitude não deve ser motivo de uma assistência violenta, opressora, preconceituosa e excludente. É mostrado aos leitores que as mulheres em situação de abortamento não podem ter, em seu processo de cuidado, suas vulnerabilidades potencializadas.

A leitura desta seção também nos apresenta o quanto é necessário que a/o enfermeira/o esteja qualificada/o, capacitada/o e livre de preconceitos para exercer o cuidado que, nas palavras de Boff, remonta à aquele que cuida, ocupa-se, preocupa-se, responsabiliza-se e se envolve com o outro. Traz-se à tona a importância da prevenção da transmissão vertical do HIV, tema também carregado por muita discriminação e que, ao longo dos últimos 40 anos, permaneceu envolto por estigmas e discriminação. Por esse ângulo, ao prestar atendimento às mulheres vivendo com HIV/AIDS, cumpre-se exercer uma responsabilidade social e política, com ética e respeito à dignidade e autonomia humana.

Para finalizar, é feita a imersão em uma temática ainda pouco debatida, mas que requer um olhar criterioso quando se pensa em cuidar de grupos específicos e vulneráveis. A situação de rua e a problemática das drogas, por si só, gera distanciamento social, exclusão e adoecimentos nos variados âmbitos de vida, física, psicológica e emocional. Atuar na perspectiva da redução de danos é ter a compreensão de que a existência humana é complexa, requer ações ampliadas, políticas efetivas e profissionais implicados com o cuidado humanizado. É esclarecido que, caso haja adesão às orientações, é necessária a promoção de um cuidado respeitoso e que facilite o acesso aos serviços da rede de cuidado.

Cuidar requer sensibilidade, zelo e fortalecimento de vínculos, pois dessa maneira é possível lidar com o medo, a insegurança e a tensão que permeia a vida daqueles que adentraram o mundo da rua e ali se estabelecem.

Diante disso, a leitura desta obra permite compreender que o cuidado nos cerca cotidianamente no exercício da profissão de ser enfermeira/o e, assim, exige múltiplos olhares sobre os grupos mais vulneráveis, para que seja possível singularizá-lo, garantir a equidade e evitar (in)visibilidades. É preciso romper com o “cuidado” violento que silencia, que gera danos e que afasta as pessoas dos serviços de saúde e comprometem sua qualidade de vida.

Na construção desta seção, escrita genuinamente por mulheres, fica a certeza de que cuidar é acolher, (re)conhecer e respeitar as diferenças, singularizar, construir caminhos para uma prática libertadora, qualificada, competente, e que não seja pautada em saberes conservadores, que excluem e que não compreendem as formas com que as pessoas escolhem suas maneiras de ser/estar no mundo. Destarte, para melhor compreensão do que aqui está escrito, aceitem o convite das autoras e façam a leitura deste livro.

Ilhéus, 8 de agosto de 2020

Prof.^a Dr.^a Dejeane de Oliveira Silva
(Docente da Universidade Estadual
de Santa Cruz – UESC)

A atenção à saúde desde os primórdios considerava como prioritários os grupos e as faixas etárias vistas como mais vulneráveis às enfermidades, que se configuravam nas mulheres e nas crianças. Diversos protocolos e planos de cuidados foram criados direcionados a esses grupos, o que resultou no maior estímulo e consequente adesão aos programas de saúde preventiva.

Em sentido contrário, a procura por assistência entre os homens é desestimulada, em função das crenças estabelecidas de que o ser masculino deve ser forte e viril. Assim, a busca por assistência se configura em fragilidade, além de serem estimulados desde a infância a expressar sua virilidade e refutar todo comportamento que redunde em fragilidade ou sensibilidade, por serem tidos como femininos. Neste sentido, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) relatam que o padrão de masculinidade é idealizado por meninos e homens não pelo desejo de serem viris, mas pelo medo de serem vistos como pouco viris ou afeminados.

Percebe-se na fala dos autores que estereótipos de gênero originados de uma cultura consideravelmente machista potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. O ideal de homem se expressa como um ser viril, forte, invulnerável e provedor, e esses preconceitos não permitem ao indivíduo características como medo, ansiedade e insegurança.

Tais estereótipos criam diversas barreiras para o homem na busca por assistência, a exemplo da associação do cuidar ao ser feminino; o medo de descobrir alguma patologia, “mexer no que está quieto”; vergonha da exposição a outro homem ou mulher. Eles reconhecem o serviço público como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e sua equipe, composta em sua maioria também por mulheres (VIEIRA *et al.*, 2011).

Esses eventos são somados a práticas inseguras, pois muitas vezes o homem busca atendimento e orientação através de balconistas de farmácias, aumentando os índices de automedicação, os riscos que essa atitude impõe e indica que a procura dos serviços se dá quando a saúde já está debilitada e a doença instalada. Essa prática, além de ineficaz, pode mascarar e retardar o diagnóstico e ampliar o sofrimento do indivíduo.

Os estudos voltados à saúde do homem se iniciaram na década de 70, nos estados norte-americanos. A partir dos anos 90, discussões e

pesquisas direcionadas à temática evidenciaram-se. As reflexões apontavam sobre a singularidade do gênero e as diversas problemáticas que envolvem a assistência à saúde do homem (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007).

A partir dessas discussões, o homem passa a ser visto como um indivíduo passível de vulnerabilidade, sendo necessário um olhar cuidadoso também para a saúde deste, em função dos altos índices de morbimortalidade que vêm atingindo o gênero masculino. Percebe-se, dessa forma, que fatores culturais e sociais são tidos como barreiras que promovem a resistência dos homens na busca por serviços de saúde de forma preventiva em comparação às mulheres (BRASIL, 2009).

A partir desses fenômenos, o Ministério da Saúde (MS) passa a implementar políticas públicas de saúde visando ao atendimento deste público. No Brasil, a temática da saúde do homem enquanto política pública passa a ter visibilidade em 2007, quando uma das metas prioritárias elencadas pela gestão federal passa a ser a implantação de uma “política nacional para assistência à saúde do homem” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (COELHO *et al.*, 2018, p. 37).

Segundo Ximenes Neto *et al.* (2013), a atenção à saúde do homem está incluída na pauta dos debates da atualidade e efetivada em políticas, por conta da elevação dos indicadores de morbidade e mortalidade e dos efeitos deletérios de alguns agravos por causas externas, como acidentes de trânsito, ou por violências, bem como por doenças infectocontagiosas, crônicas e degenerativas. Neste sentido, Silva *et al.* (2014) referem que o índice de mortes por causas que podem ser prevenidas nos homens tem se mostrado cada vez maior em relação ao das mulheres.

Os autores relatam ainda a baixa frequência de homens adultos jovens nos serviços de saúde da atenção básica, e, quando aparecem, é pela atenção ambulatorial e hospitalar, ou seja, de média ou alta complexidade, o que caracteriza que esses indivíduos não buscam a prevenção e só procura os serviços de saúde quando a doença já está instalada, sendo o prognóstico em muitos casos desfavorável, além de onerar o SUS.

Indicadores mostram que, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem em média sete anos a menos que as mulheres e são acometidos mais frequentemente pelas doenças crônicas degenerativas, como diabetes mellitus, comprometimento cardíaco, câncer, dislipidemia e, “quando hipertensos, a doença tende a ser mais grave” (BRASIL, 2008a, *apud* SILVA *et al.*, 2014). Neste sentido, Ximenes Neto

et al. (2013) relatam a necessidade de priorizar este público, por apresentar uma série de necessidades, riscos e vulnerabilidades à sua saúde.

Partindo desta premissa, o MS elabora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – tendo em vista que os agravos da população masculina se configuram como problemas de saúde pública –, cujos objetivos visam à promoção de ações de saúde que contribuam para a adesão deste público nos serviços de atenção primária, aumentar a expectativa de vida dele e contribuir com a redução de mortes por causas evitáveis (BRASIL, 2008b apud SILVA *et al.*, 2014).

Muitos agravos seriam evitados se os homens buscassem os serviços de atenção primária, em que a assistência à saúde se dá de forma regular e preventiva, contribuindo assim para a conservação da saúde e da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2009).

Para tanto, é primordial que a atenção básica esteja preparada para atender a demanda reprimida. Aspectos inerentes à população masculina devem ser levados em consideração, a exemplo de flexibilizar o horário de funcionamento das unidades, bem como tornar célere o atendimento para que o homem se sinta motivado a procurar os serviços.

Outro aspecto que não pode ser subestimado diz respeito à equipe multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais, que deve estar apta para assistir o homem de maneira efetiva, visando à resolutividade da demanda e satisfação da clientela. Neste sentido, Coelho *et al.* (2018) relatam que os profissionais de saúde se configuram na força motriz do SUS, capaz de transpor os desafios de incorporar a população masculina na sua complexidade aos serviços de saúde, sobretudo da atenção básica.

Neste sentido, o profissional enfermeiro se destaca por ser o responsável pelo gerenciamento de execução das ações de saúde e prevenção, tanto nas unidades básicas quanto nas estratégias utilizadas pelo Programa Saúde da Família (PSF).

Compete a esse profissional as diversas funções do assistir, como o cuidado propriamente dito, que permite uma relação de confiança e contato direto com o cliente; as atividades educativas, tanto dos clientes e acompanhantes/familiares quanto dos profissionais da equipe de técnicos de enfermagem, de modo a contribuir com a prevenção de agravos e conscientizar sobre a necessidade de manter o comprometimento e a eficácia da assistência; a gestão dos serviços para organizar os fluxos e garantir o acesso dos usuários aos serviços disponibilizados; prover

estratégias essenciais para manter e aprimorar as políticas públicas de saúde, que visam a garantir o bem-estar psicossocial da população.

A escolha do tema para compor este capítulo se deu em função da importância social em que a problemática se configura, pois, quando o homem está impossibilitado para o exercício da função de provedor, a família geralmente passa por sérias dificuldades.

As barreiras para a alteração deste paradigma são inúmeras, desde a reestruturação dos serviços à capacitação dos profissionais envolvidos neste contexto, mas sobretudo a mudança da concepção masculina de que homens não precisam de cuidados.

Portanto, é imprescindível fomentar a busca por conhecimento por parte dos profissionais enfermeiros acerca da amplitude de suas ações, de modo que possam exercer a atividade que lhes compete com maestria.

15.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O principal desafio do SUS é o acesso da população aos serviços de saúde de forma integral e eficaz. Nesse contexto, novas estratégias são pensadas, e em 1996 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), cuja estratégia visa a aproximar o cliente do serviço e fazer com que ele atenda as demandas dos usuários, é considerado uma porta de entrada para o sistema (BRASIL, 1997).

O PSF, portanto, tem como principais características um serviço que visa a diminuir as barreiras de acesso da população e proporcionar uma assistência direcionada e individualizada à comunidade. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2010) enfatiza que a estratégia do Programa Saúde da Família é reorientar o modelo assistencial através da atuação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, promovendo a prevenção de doenças, recuperação e a reabilitação da saúde nos agravos mais frequentes.

Esse programa busca reorganizar a atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida.

O PSF passa a ser a “porta de entrada” dos serviços públicos e essa reorganização hierarquizada dos serviços começou a auxiliar a promoção à saúde de forma eficiente. A partir desse pressuposto, é notória a importância de cada profissional envolvido em assistir a comunidade de maneira individual e integrada, pois só assim as atividades instituídas

alcançarão o êxito pretendido. Os profissionais envolvidos na assistência são: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, equipe de saúde bucal, nutricionista, terapeuta, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros, assim diversos serviços são disponibilizados de modo que o indivíduo seja visto de maneira holística e integral. Porém, no que tange à saúde do homem, o programa ainda não é atrativo, pois a demanda destes usuários é pequena até então.

A política de atenção à saúde do homem vem como alternativa para superar esse desafio, e o envolvimento de cada profissional é importante para a quebra dos paradigmas. Tais paradigmas contribuem com a visão machista e patriarcal que a sociedade adota em relação ao homem, que são uma influência negativa na procura deste por assistência à saúde, pois que, sendo o homem um ser viril e provedor, a busca por cuidados de saúde é tida como uma atitude feminilizada e de fragilidade (COUTO *et al.*, 2010).

Estas atitudes muitas vezes são vistas no ambiente familiar, passando de pai para filho através do exemplo. É refletida no ambiente de educação escolar, tanto na relação professor-aluno quanto nas relações entre os próprios alunos.

Essa situação também perpassa pelo despreparo do profissional de saúde, pois não existe uma real preocupação com esse público, no sentido de incentivar e tornar atrativa a busca dos indivíduos do sexo masculino pelos programas e/ou serviços de atenção primária. Mesmo após a criação de uma política específica para atender tal público, a busca dele por cuidados de atenção à saúde ainda é inexpressiva.

Neste sentido, o PSF é uma estratégia que pode promover a saúde do homem por estar mais próximo dele, de modo a facilitar seu acesso e contribuir para quebrar os paradigmas instituídos, pois o homem pode ser viril, provedor, sensível, e cuidar de sua saúde de modo preventivo, sem perder sua masculinidade, que a busca por cuidados o identifique como alguém que, para “cuidar da família, precisa cuidar de si”.

15.2 DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Quando discutimos a promoção da saúde do homem, vários desafios devem ser considerados, a exemplo das barreiras “impostas” pelos serviços de saúde e pelo modo como o sujeito masculino lida com sua situação de busca por cuidados de saúde. Os principais limitantes são: a

acessibilidade geográfica; a organização institucional para a estimulação do público; a visão sociocultural do homem; a área econômica dos indivíduos envolvidos e o posicionamento do profissional enfermeiro em face da problemática.

De acordo com Santos (2010), a acessibilidade geográfica é realmente um problema relatado pelos homens, mas não é uma justificativa isolada, visto que as unidades de saúde localizadas em zona urbana com diversas facilidades geográficas de acesso mantêm-se vazias de público masculino. O estudo demonstra que a distância geográfica é um fator limitante apontado pelo homem na busca por cuidados de saúde, porém nos serviços mais próximos das residências destes usuários também não havia demanda masculina.

A estruturação dos serviços de saúde é extremamente relevante para promover o acolhimento ao público masculino, de modo que eles se sintam contemplados em suas necessidades e estimulados a buscar os serviços para a prevenção dos agravos.

O déficit de recursos humanos e materiais em termos qualitativo e quantitativo, bem como de espaço físico adequado para acolher e atender à clientela masculina podem contribuir para a baixa procura dos homens pelos serviços de atenção primária. Inexiste também uma sistematização no atendimento nos poucos serviços que contemplam a população em questão. Logo, esses fatores podem cooperar de maneira substancial para a não efetividade do atendimento, o que acaba por afastar cada vez mais o usuário (SILVA *et al.*, 2012).

Assim, a demanda inexpressiva dos homens nas unidades de PSF pode estar relacionada às estratégias organizacionais e de sistematização dos serviços básicos para atender às necessidades individuais e coletivas do gênero.

Conforme Silva *et al.* (2012), a feminilização dos serviços de saúde é outro fator que está atrelado, pois engloba o predomínio do gênero no fluxo de atendimento, nos programas instituídos e nos profissionais inseridos, fazendo com que o homem que busca os serviços de saúde se sinta desconfortável e descontextualizado.

A autopercepção sociocultural que o homem tem no que diz respeito à promoção e prevenção da saúde se configura um desafio a ser enfrentado pelo profissional que almeja desenvolver atividades voltadas para esse público. A visão máscula adotada pela sociedade para este gênero e a ideia de que a procura por assistência à saúde é uma ação frágil, de vul-

nerabilidade, contribuem para afastar esse grupo das unidades básicas de saúde. No que tange à área econômica dos indivíduos, o homem é considerado social e historicamente como o provedor familiar, um ser de autonomia e independência financeira (SANTOS, 2010). Logo, argumenta-se a impossibilidade pela busca do cuidado, em função dos prejuízos causados pela perda de dias de trabalho em decorrência de afastamento por motivos de doenças e/ou pelo custo elevado do tratamento.

Desse modo, é fundamental que os serviços se estruturam para proporcionar a esse público a possibilidade de acesso aos serviços sem danos à sua atividade econômica, adequando o horário de funcionamento à realidade do território atuante, com o intuito de estimular e esclarecer através de diálogo com grupos masculinos e incentivar a família para que seus integrantes busquem a saúde de forma preventiva.

A forma como os serviços se estruturam para acolher esse público pode promover a inclusão, sendo este ambiente um que atenda suas demandas através dos avisos nos murais das unidades, das rotinas de agendamento, das palestras comunitárias instituídas, de modo a abarcar também o público masculino, uma vez que, conforme desempenhadas, contribuem para vencer as resistências e superar os desafios.

Já o posicionamento, o grau de interesse e o preparo profissional do enfermeiro atuante no PSF estão relacionados diretamente com a execução e o êxito do programa. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2010) afirma a necessidade de priorizar-se as ações da equipe de agentes comunitários de saúde e do enfermeiro, por terem maior contato com a população, para executarem de forma ativa atividades educativas e contribuir com o processo de mudança de realidades instituídas.

Entretanto, Silva *et al.* (2012) alertam para a inexperiência e/ou insuficiência na capacitação profissional do enfermeiro desde a graduação acerca de uma postura sensível e crítica à problemática masculina, e para a falta de conteúdos técnicocientíficos que possibilitem uma assistência integral às complexidades relacionadas ao gênero.

É fundamental a busca por recursos humanos capacitados e sensíveis à problemática masculina, de modo a desconstruir gradativamente a concepção equivocada da sociedade de invulnerabilidade do homem, para ele perceber que a prevenção de doenças é preferível a ter de tratá-las.

Assim, as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para a consolidação da atenção à saúde do homem abarcam várias causalidades, sendo

imperiosa a conscientização deste profissional quanto à importância das suas ações para a efetividade delas e superação dos desafios.

15.3 O ENFERMEIRO DO PSF PROMOVENDO A SAÚDE DO HOMEM

A enfermagem é uma profissão que engloba diversas funções nos serviços de saúde, desde a educação até a prestação efetiva do cuidado, perpassando pelo gerenciamento e coordenação, incluindo também a pesquisa científica.

Na gestão do PSF, o enfermeiro atua na capacitação da equipe técnica sob sua responsabilidade, em geral configurada como os técnicos de enfermagem e os agentes de saúde, de modo que esta se torne apta ao atendimento das demandas da comunidade; para prover insumos, equipamentos e materiais das atividades educativas; para tornar efetivos os mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais, e, por fim, na elaboração dos indicadores que permitam aos gestores municipais monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias ou atividades (BRASIL, 2009).

Para promover a saúde do homem é imperioso que esse profissional amplie e qualifique a atenção ao planejamento reprodutivo, incluindo o indivíduo masculino. Neste sentido, deve disponibilizar e orientar os métodos de contracepção, incluindo aqui o cirúrgico, nos termos da lei vigente, e abordar sobre a importância do uso de preservativo para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de uma gravidez não planejada.

Valendo-se da oportunidade, o profissional pode abordar como é importante a paternidade responsável, informando sobre seus direitos quanto ao acompanhamento da genitora nas consultas de pré-natal e durante o trabalho de parto e no parto, bem como da necessidade do apoio e incentivo à mulher na fase da amamentação. Durante o crescimento da criança é de grande valor a presença e participação do pai nas atividades escolares, com os amigos na fase da adolescência e, por que não, o apoio à prole no transcurso do nascimento dos netos.

Durante o atendimento o indivíduo precisa se sentir acolhido, de modo que a confiança seja estabelecida e ele se sinta confiante para expor sua intimidade. Nesse momento, o profissional deve abordar sobre a in-

fertilidade e o autoexame da genitália, orientando o reconhecimento dos sinais de alerta, bem como outros distúrbios que envolvem a sexualidade.

Outro enfoque que deve ser observado são os indivíduos masculinos que se encontram na terceira idade, pois os índices de ISTs têm crescido nessa parcela da população, o que determina a necessidade de um olhar sensível, de modo a usar a experiência deles em favor do profissional, desmistificando a orientação e estimulando o uso dos preservativos.

O Ministério da Saúde (2009) adverte sobre os mitos e preconceitos existentes no exercício da sexualidade, uma vez que esta importante função da vida humana não é necessariamente interrompida com o avançar da idade. Ela se configura uma valiosa dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas.

O profissional precisa se comprometer com a valoração da vida e a não violência estimulada, pois os fatores externos (acidentes, violência por agressão, por arma branca e arma de fogo) atingem esses indivíduos e representam um dos maiores causadores de óbito neste gênero.

Além disso, há grande necessidade de atuar na prevenção de neoplasia da próstata e complicações cardiorrespiratórias que completam as principais causas de mortalidade do grupo (BRASIL, 2009).

Diversos são os mecanismos que podem ser utilizados pelo enfermeiro para prover saúde ao homem, e cabe a cada profissional em seu espaço de trabalho determinar qual a que melhor se adequa, conforme o contexto em que atua. Para tanto, é importante a capacitação do profissional, assim como o conhecimento das demandas e necessidades desta população, de modo que o planejamento da assistência seja efetivo, resolutivo e contribua com as mudanças necessárias, inclusive aquelas que se configuram como desafios, como o estímulo ao autocuidado e à prevenção.

Para o êxito das ações é preciso o envolvimento da equipe multiprofissional, a fim de que todos se comprometam com a reestruturação do paradigma existente e assim os homens migrem da condição de sujeitos genéricos para a de sujeitos de cuidados e de direitos (COELHO *et al.*, 2018).

15.4 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Apesar da atenção à saúde do homem ser pauta de debates, ele só busca a assistência quando a doença já está instalada, causando proble-

mas familiares, econômicos e sociais, e elevando os índices de morbimortalidade do grupo. A esse problema somam-se as diversas barreiras socioculturais que o afastam das unidades de saúde, sendo as ações do PSF uma perspectiva de mudança desse quadro.

O PSF é um mecanismo facilitador, por buscar aproximar os serviços públicos de saúde da população assistida, cujas principais características são oferecer um serviço com reduzida dificuldade de acesso e proporcionar uma assistência direcionada e individualizada ao cidadão.

Entretanto, para sua efetivação é necessário o envolvimento e comprometimento da equipe multiprofissional, de modo a tornar célere e resolutivo o atendimento. Dos profissionais que compõem a equipe, o enfermeiro se destaca, em função do desempenho de diversas atribuições essenciais para a execução e manutenção das políticas públicas.

Contudo, é importante salientar que o enfermeiro em sua formação não é estimulado a criar uma visão crítica acerca da temática aqui abordada, considerando que durante a graduação existem disciplinas que desenvolvem um olhar voltado à mulher, à criança e ao idoso, não contemplando o indivíduo masculino e a atenção específica que ele necessita.

Portanto, é importante que este profissional busque se capacitar para acolher a população masculina, os familiares e a comunidade, de modo a informar e orientar sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos relacionados ao homem e sobretudo capacitar os profissionais que compõem sua equipe para uma efetiva atuação. Os mecanismos utilizados devem ter foco no estímulo a que os homens busquem as medidas de saúde de forma preventiva, aumentando, dessa forma, a adesão ao programa e a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Muitos são os desafios a serem superados por aqueles que pretendem atuar nessa área, e os mais evidentes são relacionados aos homens e ao meio em que eles estão inseridos.

Nesse sentido, convênios com empresas podem ser utilizados como estratégias para direcionar o olhar masculino à importância de investir em prevenção, a fim de que as barreiras sejam vencidas, e para isso o profissional pode realizar rodas de conversa nos ambientes de trabalho, promover dinâmicas nas unidades de saúde, nas escolas, nos grupos de terceira idade e nas agremiações religiosas, utilizar material didático sobre o assunto e visitar os domicílios.

A organização institucional é fundamental para a adesão e permanência desse usuário ao serviço de saúde. Aí reside também a importân-

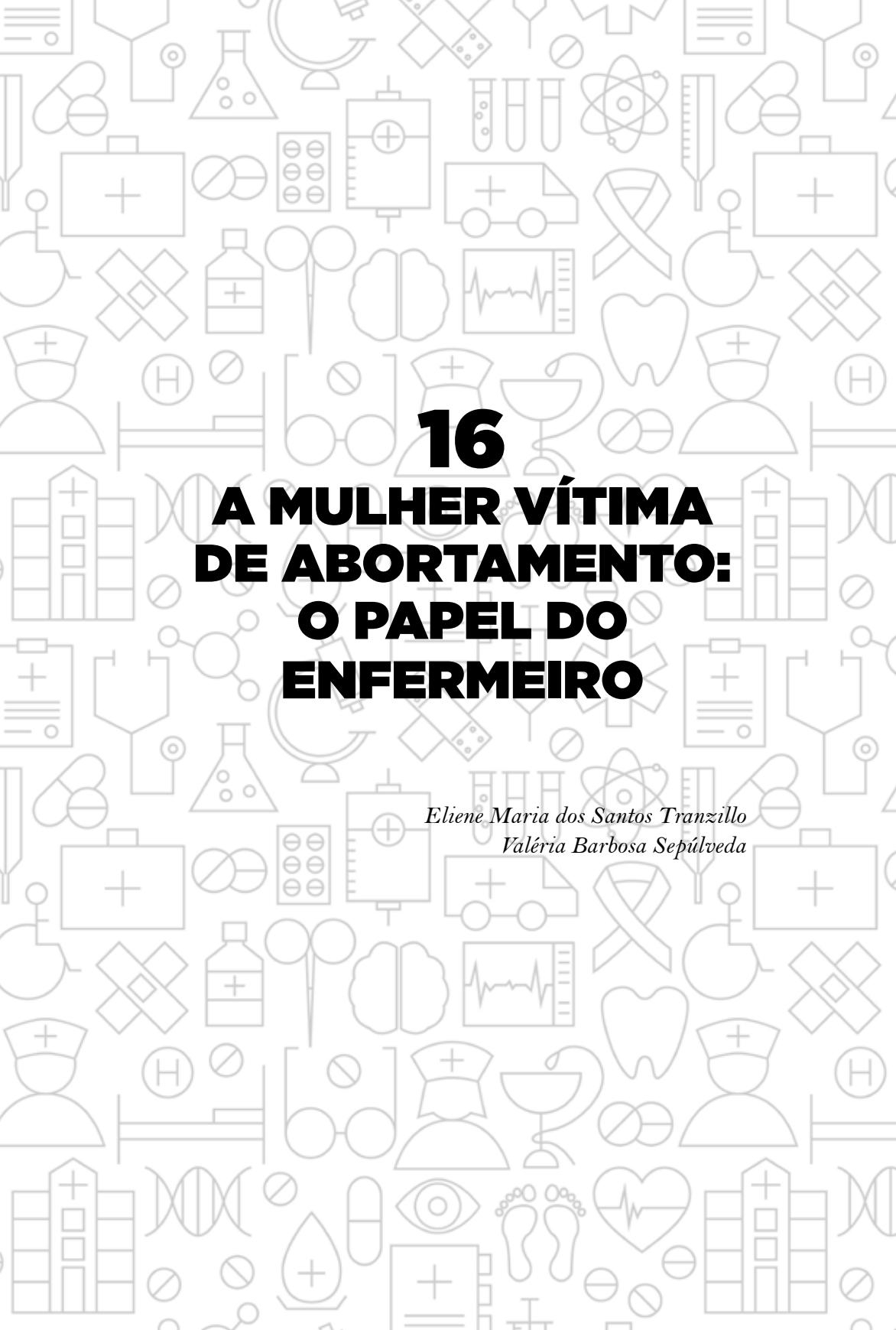
cia da receptividade harmoniosa, da readequação nos horários de funcionamento, de modo a atender as necessidades deles.

Assim, o processo de adesão acontece gradualmente, sendo necessária a propagação das atividades desenvolvidas, para que a comunidade seja uma aliada na divulgação, na incorporação das novas atitudes e na conquista do processo de mudança a ser instituído.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. F. **Limite branco**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2014, p. 73-74.
- BRASIL. **Atenção Básica – Saúde da Família**. Departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em: 7 abr. 2020.
- BRASIL. **Atenção básica e saúde da família**. Departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 7 abr. 2020.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.
- BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 7 abr. 2020.
- COELHO, E. B. S. *et al.* **Política nacional de atenção integral a saúde do homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.
- COUTO, M. T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 257-70, abr./jun., 2010. Disponível em:
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. 23(3) p. 565-574, mar., 2007. Disponível:

- <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.
- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 7 abr. 2020.
- SANTOS, F. A. dos. **Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa Saúde da Família**. Dissertação. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.
- SILVA, A. A. M. R. da *et al.* A atenção à saúde do homem nas unidades de saúde da família. In: SOUZA, M. K. B. de; *et al.* **Temas em Saúde Coletiva: gestão e atenção no SUS em debate**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2014.
- SILVA, P. A. dos S. *et al.* **A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde**. Esc. Anna Nery, v. 16, n. 3. Rio de Janeiro, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300019&script=sci_arttext. Acesso em: 7 abr. 2020.
- VIEIRA L. C. S. *et al.* A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, 2011, p. 215-217. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/186>. Acesso em: 7 abr. 2020.
- XIMENES NETO, F. R. G.; *et al.* Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território de estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, 2013, p. 1461-1476. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/54dc/9b5ca51fa3a-62d5ce245c6a0631203c6dc21.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.

The background is a dense pattern of white line-art icons on a light gray background. These icons represent various medical and healthcare concepts, including a microscope, a beaker with bubbles, a syringe, a heart, a brain, a pair of scissors, a bandage, a pill, a hospital building, a DNA helix, a microscope lens, a pair of glasses, a nurse's cap, a heart with an ECG line, a tooth, a microscope base, a pair of shoes, a heart, a microscope lens, a pair of glasses, a nurse's cap, a heart with an ECG line, a tooth, a microscope base, a pair of shoes, and a heart. The icons are scattered across the entire page, creating a textured, thematic backdrop for the title.

16

A MULHER VÍTIMA DE ABORTAMENTO: O PAPEL DO ENFERMEIRO

*Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Valéria Barbosa Sepúlveda*

Aetimologia da palavra aborto vem do latim *abortus*, que se refere à privação do nascimento e interrupção voluntária da gravidez, com a expulsão do feto do interior do corpo materno, o que resulta em destruição do produto da concepção (VIANA, 2012).

Os mais remotos apontamentos sobre métodos abortivos foram descobertos na China. De acordo com Pacheco (2007), Hipócrates, o “pai” da medicina, fez estudos sobre o quadro clínico do aborto e demonstrou interesse quanto ao tratamento e aos métodos para induzi-lo.

Os povos primitivos não consideravam o aborto como crime, concepção que foi sendo mudada ao longo dos tempos, tornando-se este ato passível de severas punições. Embora reprovado pela grande maioria das civilizações, ele já foi aceito como solução para o controle do crescimento populacional (PACHECO, 2007).

Muitas vezes se confunde o termo aborto como sinônimo de abortamento. Vale dizer que o aborto em si é o produto ou resultado do abortamento, enquanto o abortamento é interrupção, cancelamento ou frustração de uma ação. Portanto, em síntese, o abortamento é o ato ou efeito de abortar, e o aborto é o produto deste ato (SOUZA, 2009).

O abortamento tem sido uma das intercorrências obstétricas mais frequentes, tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos. Mesmo diante do problema da subnotificação, estima-se que 49% dos abortamentos são induzidos e realizados clandestinamente, sob condições insalubres e de risco (STREFLING *et al.*, (2015).

Ele representa um grave problema de saúde pública. No Brasil, estima-se que ocorra mais de um milhão de abortamentos induzidos por ano, sendo uma das principais causas de morte materna no país (BRASIL, 2011).

É importante ressaltar que o abortamento está ligado a aspectos voltados às condições socioeconômicas e políticas. Assim, este evento é muito mais complexo do que se imagina e vai além das estatísticas, abrangendo a historicidade de vida da mulher.

O atendimento hospitalar às pacientes que sofrem o abortamento deve ser pautado na humanização e respeito à escolha da mulher, não cabendo ao profissional o julgamento de suas ações, e sim o atendimento efetivo de suas necessidades a fim de evitar traumas maiores.

O abortamento é cercado de muitos estigmas pela sociedade. Desse modo, muitas mulheres que passam por essa experiência se veem cer-

cadadas por olhares preconceituosos e maus-tratos no momento do atendimento, que podem se configurar, como relata o Ministério da Saúde (2011), por recusa da internação, longa espera para atendimento, demora na resposta às demandas das mulheres em processo de abortamento e o menosprezo com relação à dor e ao sentimento da mulher. Algumas até mesmo são segregadas ao serem atendidas e, quando conseguem assistência, esta acontece de modo indiferente pelos próprios profissionais de saúde.

Além desses aspectos, há também a desqualificação de alguns profissionais de saúde acerca da necessidade de assistência imediata à mulher vitimada pelo abortamento. Ademais, a própria mulher, seja pela vergonha, seja por receio de ser maltratada, retarda a procura pela unidade de saúde, o que tem contribuído com o agravamento da morbidade e mortalidade.

Essa temática é atemporal e, apesar de perpassar gerações, continua sendo um grave problema de saúde pública, afetando as vidas de muitas mulheres. É, portanto, um assunto polêmico, que precisa ser discutido de modo a esclarecer os riscos que ele impõe.

Por fim, é essencial acolher as mulheres que passam pela infeliz experiência, de modo que os sofrimentos e as complicações sejam minimizados e a mortalidade evitada.

16.1 ETIOLOGIAS DO ATO ABORTIVO

O aborto pode ser classificado como espontâneo ou provocado. O aborto espontâneo é a interrupção da gestação que ocorre sem nenhuma intervenção externa e pode ser causado por doenças da gestante, por problemas genéticos do embrião e por traumas físicos ou psíquicos na mulher. Os termos aborto provocado, aborto induzido ou aborto voluntário referem-se à interrupção da gravidez causada por uma intervenção externa e intencional (RIBEIRO; SPINK, 2011).

Conforme Canário (2009), o abortamento pode ocorrer em função de diferentes circunstâncias, como: interrupções voluntárias da gravidez, interrupções médicas da gravidez ou interrupções espontâneas da gravidez.

Ele explica que a interrupção voluntária da gravidez (IVG) é uma condição em que o término da gravidez é desejado pela mulher grávida, sem que existam problemas na saúde dela ou do embrião/feto que

comprometam o normal decurso da gestação. Inclui-se também nesse critério a interrupção da gravidez que resultou de uma relação sexual não consentida, em que houve crime contra a autodeterminação sexual da mulher (estupro).

Já a interrupção médica da gravidez (IMG) surge no decurso de problemas de saúde identificados na mulher e/ou no feto que comprometem o decurso e a evolução normal da gestação. Assim, a IMG pode ser realizada nas situações em que se verifica um conflito entre a vida da mãe e a vida do feto; quando o feto é portador de grave doença ou malformação, ou ainda nas situações em que a sua inviabilidade se confirma, isto é, quando da ausência de um ou mais órgãos vitais, o que impedirá sua sobrevivência fora do organismo materno (CANÁRIO, 2009).

No abortamento espontâneo há a eliminação do produto concebido sem interferência consciente da mulher; ele se caracteriza, conforme Freitas *et al.* (2011), como uma síndrome hemorrágica da primeira metade da gravidez.

Os motivos para a prática do aborto são diversos e estão relacionados a problemas de ordem pessoal, social, econômica e nível de escolaridade. Cada mulher vive um contexto sociopolítico e econômico diferente, abrindo precedentes, portanto, para os motivos que consolidam a prática do abortamento, sendo ele espontâneo ou não, legal ou ilegal.

Neste sentido, Borges (2012) relata que as gestações não planejadas e os abortamentos provocados são atribuídos, em grande parte, ao atraso cultural, à paternidade irresponsável, ao uso inadequado de métodos anticoncepcionais, à falta de educação sexual e ao problema da gravidez na adolescência. O autor relata ainda que as principais consequências da prática abortiva são morte materna, com 38,7% dos casos, seguida das complicações por infecções, em 25,8%.

Vinculadas ao aborto, as condições que entrelaçam o meio materno de certa forma têm muito a contribuir para o acontecimento, das quais se destacam: gestações indesejadas, violência sexual, problemas com o feto, relacionamentos conturbados em que um dos parceiros não aceita a gestação, ou até os dois, medo e questões financeiras (PEDROSO, 2009).

Conforme Sell e Henckemaier (2010), o abortamento pode estar relacionado também às relações sexuais impostas pelo homem, seja ele parceiro ou não, o que pode configurar estupro ou relações incestuosas e assim caracterizar a violência contra a mulher. Sendo essa gravidez

fruto de uma violência, ela passa a ser renegada e indesejada, suscetível ao abortamento.

O abortamento também é praticado por mulheres que simplesmente rejeitam a maternidade, às vezes por futilidade, por receio de sofrer alterações estéticas no corpo, como se fosse possível evitar as transformações que a própria natureza, com o passar dos anos, se encarregará de executar. Neste sentido, Franco e Lopes (2013), *apud* Tranzillo (2016), afirmam que não somos autores da vida! Por isso não temos o direito de submetê-la aos nossos caprichos, eliminando-a.

A idade da mulher se configura como relevante para acontecer o aborto, a exemplo de jovens que iniciam a vida sexual cada vez mais cedo e não utilizam contracepção de forma efetiva, de modo a prevenir uma gravidez (CARVALHO, 2014). Optam assim pela prática do abortamento, ignorando os riscos dessa ação e a periculosidade dessa exposição.

Existem também aqueles que se dão por razões profissionais, mulheres que estão há pouco tempo empregadas e, por medo de perderem o emprego, abortam, acreditando que a gravidez naquele momento pode ser um inconveniente. Por ser uma prática que engloba todas as classes sociais e principalmente as mais miseráveis, o aborto no Brasil deve ser tratado como uma questão de saúde pública (CARVALHO, 2014).

No que se refere às razões econômicas, estas influenciam na decisão das mulheres de abortar, sendo que a chegada de um bebê exige mudanças, adaptação e despesas, e uma família pode julgar não estar preparada para arcar com os encargos que uma criança pode trazer, principalmente quando vive em uma situação de miserabilidade (REBOUÇAS, 2010). Dessa forma, Souza (2007) diz que o *status* financeiro da mãe é uma causa marcante e às vezes decisiva na tomada da decisão de abortar.

Nesta perspectiva, Incontri (2006 *apud* TRANZILLO, 2016) afirma que desejável seria que toda criança viesse ao mundo com um preparo conveniente. Que à sua espera estivesse uma família bem estruturada e em condições de educá-la. Condições, aliás, mais morais do que financeiras. Entretanto, não é este o cenário em que a maioria dos nascimentos ocorre, muitos deles se dão em lares desestruturados e frutos de relacionamentos precoces, fortuitos e instáveis (TRANZILLO, 2019, p. 46).

Segundo muitos, a miséria justificaria o aborto. Outro erro, pois o aborto não deve ser utilizado como controle de natalidade. Para tal finalidade, existem inúmeros métodos de contracepção gratuitos nas unidades de saúde. Ademais, a miséria é um problema social, que deve ser

enfrentado pela reestruturação mais justa da sociedade (TRANZILLO, 2016).

Estudos demonstram que os sentimentos vivenciados pela mulher que praticou o abortamento foram culpa, medo de ser castigada, medo de morrer, tensão e remorso (OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2007). Quanto ao significado da experiência atribuído pela mulher, Sell *et al.* (2015) dizem que foi o sofrimento decorrente da vivência.

É preciso observar também as circunstâncias em que a mulher tem o amparo legal para a prática do abortamento. Contudo, conforme Medeiros *et al.* (2012), mesmo nesses casos, não encontram serviços seguros disponíveis, por razões diversas, como a falta de profissionais treinados, a concentração destes em áreas urbanas e a sua atitude negativa, o que muitas vezes pode contribuir com maiores riscos de mortalidade materna.

Por outro lado, existem os casos em que a gravidez é querida e esperada, porém, por motivos biológicos, anatômicos e funcionais, a mulher não consegue prosseguir com a gestação e conter o conceito no útero. Neste caso, o abortamento ocorre sem a vontade consciente da mulher, contribuindo para gerar ansiedade seguida de frustração, interferindo nas próximas gestações.

Como vimos, são diversas as causas que levam a mulher a praticar o abortamento, contudo não se deve subestimar a dor vivenciada por ela, pois muitas vezes a falta de informação se constitui no principal agente causador do ato abortivo e do sofrimento vindouro pela ação perpetrada, uma vez que a gravidez representa laços de solidariedade, de amor e de renúncia que jamais se romperão sem consequências para os envolvidos.

16.2 O ENFERMEIRO DIANTE DA MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO

Conforme os achados de Silva *et al.* (2015), as profissionais de enfermagem entrevistadas não se sentiam capacitadas para o atendimento e percebiam que exerciam o cuidado de forma mecânica. Os autores apontam a necessidade de instrumentalizar as profissionais por meio de capacitações que possibilitem o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos específicos acerca do atendimento humanizado à mulher nesta condição.

O estigma gerado pela situação de abortamento no meio dos profissionais de saúde é uma realidade ainda muito frequente. Muitos profissionais não procuram se envolver com a paciente, sendo frios e mecanizados, voltando-se a uma prática meramente assistencialista, sem esforçar-se para compreender o universo da mulher que passa pelo trauma do abortamento. Por isso, entende-se que a capacitação profissional é muito importante para não destoar da finalidade do cuidar humanizado.

Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) relatam que as profissionais da equipe de enfermagem percebem o abortamento como crime e pecado, cuja assistência termina sendo discriminatória. Neste contexto, não é estimulado o diálogo entre a mulher e o profissional de saúde, e o silêncio é observado ao longo do processo do abortamento. A ausência de diálogo nos serviços de atendimento torna mais distante a possibilidade da assistência humanizada, fazendo da implantação da política de humanização da assistência às mulheres em processo de aborto provocado um desafio.

A assistência preconceituosa deixa prevalecer os próprios credos e percepções pessoais, quando deveria sobressair um único objetivo, o cuidado humanizado à paciente independentemente do seu ato. Desse modo, a mulher sofre duplamente pelo aborto em si e pelo tratamento do profissional no serviço de saúde, não lhe sendo possibilitado expor sua dor e compartilhar sua angústia em relação ao fato ocorrido.

Os estudos de Mariutti, Almeida e Panobianco (2007), cujo foco de pesquisa foi compreender como as mulheres em situação de abortamento vivenciaram o cuidado de enfermagem, demonstraram que as mulheres identificaram o cuidado voltado para aspectos físicos, não contemplando a individualidade e as especificidades delas, ou seja, uma assistência fria e mecanizada.

Os autores supracitados relatam ainda que os profissionais de saúde, particularmente os de enfermagem, que atuam neste campo deveriam estar conscientes do seu papel na garantia dos direitos dos seus clientes, independentemente da situação em que se apresentam, pois são os sujeitos que dão sentido, corpo e qualidade às políticas de saúde. Deste modo, torna-se necessário que eles compreendam que a universalidade dos serviços de saúde e a individualidade da assistência, sem qualquer tipo de discriminação, é um direito do paciente, e não uma cortesia.

Santana, Santos, Pérez (2014) complementam que a humanização na assistência de enfermagem à mulher em processo de abortamento é

fundamental para o acolhimento e incentiva os relatos delas em relação aos sentimentos e necessidades.

A humanização pode ser o caminho para abrir um diálogo que possibilite a compreensão do universo dessas mulheres e até mesmo servirá como medida de política pública de saúde para o controle da prática do abortamento e da morte materna em decorrência das técnicas clandestinas, permitindo a intervenção no foco do problema, com vistas a reforçar e observar falhas na política do planejamento familiar.

Percebe-se que é relevante estabelecer ações que favoreçam a atenção à saúde da mulher de forma ampla, considerando suas reais necessidades, para que haja a minimização de riscos. Além disso, o distanciamento do enfermeiro piora a situação, pois inviabiliza a possibilidade de compreender as situações particulares da paciente que passa por esse processo e impede que as orientações sejam fornecidas, de modo a impedir a recorrência tão comum de tal prática.

Assim, é imperioso ter profissionais qualificados para o atendimento à mulher em processo de abortamento, pois que não compete ao profissional o julgamento da ação do indivíduo, mais sim o atendimento efetivo, de modo a evitar a mortalidade materna pela falta de atendimento adequado.

A causa geradora do ato abortivo não deve se sobrepor ao atendimento de qualidade. Ainda que seja importante entender os motivos da mulher que se encontra em processo de abortamento, essa informação é pessoal e não deve desqualificar o atendimento, o qual deve priorizar a integralidade e a humanização sem diferenciações.

A atenção à saúde da mulher é uma das prioridades do governo brasileiro. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher incorpora na perspectiva de gênero a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos (SILVA *et al.*, 2015).

Acerca da prática do aborto, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu art. 28, “proíbe o profissional a provocar aborto, ou cooperar na prática destinada a interromper a gestação. Nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo” (BRASIL, 2007, p. 1).

O código não endossa a cooperar e/ou provocar o ato abortivo. Porém, é dever moral do profissional enfermeiro acolher, orientar e assistir

todos aqueles que requerem cuidados, independentemente da ação que realizaram.

Conforme Gesteira, Diniz e Oliveira (2008), a percepção e atitude de profissionais da equipe de enfermagem sobre o aborto provocado tendem a influenciar fortemente a maneira de assistir a mulher que provoca o aborto e se relacionar com ela. Isso pode ficar expresso diante da violência institucional sofrida por esta mulher, o que pode ser uma consequência dessa realidade.

Em muitas situações, a mulher que decide abortar procura as clínicas clandestinas, que não possuem a menor condição para atendê-la. A maioria tem complicações posteriores ao procedimento e precisam procurar o serviço de saúde especializado. No entanto, essas mulheres sentem vergonha de ir em busca de atendimento, e muitas não vão ou demoram a fazê-lo, o que agrava ainda mais sua situação e, em alguns casos, culmina em sua morte. As que decidem procurar os hospitais podem sofrer com a hostilidade e o preconceito por parte da equipe de saúde, o que pode contribuir duplamente para ampliar o sofrimento em que se encontram.

Foi pensando na inclusão de um modelo humanizado de atenção às mulheres em abortamento e em oferecer-lhes um novo paradigma que torne segura, sustentável e efetiva essa assistência que em 2005 o governo brasileiro criou a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento. Esse guia contempla a atenção qualificada no pós-abortamento, além de ser um referencial ético e legal para os serviços e profissionais na assistência à saúde das mulheres (BRASIL, 2010).

Essa norma técnica propõe estratégias de expansão do acesso à atenção de qualidade ao pós-abortamento, envolvendo atenção clínica adequada, seguindo princípios éticos, legais e bioéticos, acolhimento e orientação para suprir as necessidades emocionais, sociais e físicas da mulher; prática integrada com outros serviços de atenção à saúde e de inclusão social da mulher; garantia do planejamento reprodutivo no pós-abortamento e parceria entre comunidade e profissionais de saúde para garantir um serviço de qualidade (ROCHA; UCHOA, 2013).

Os autores relatam ainda que a atenção humanizada à mulher em abortamento precisa promover, além das questões supramencionadas, um maior conhecimento pelos profissionais de saúde das questões relacionadas à prevenção de HIV/Aids, entre outras infecções sexualmente transmissíveis, bem como o atendimento às necessidades da população feminina adstritas aos serviços de saúde.

Os enfermeiros não podem olvidar que, sendo de interesse da mulher, eles devem fornecer orientações sobre o planejamento de uma nova gestação. Essas orientações fazem com que o cuidado seja completo e envolva, por exemplo, a anticoncepção (BRASIL, 2011).

O enfermeiro é o profissional que trabalha diretamente na assistência à mulher em processo de abortamento, sendo ele portanto um importante elemento para a qualidade da assistência e humanização do cuidado. Segundo Bazotti, Stumm e Kirchner (2009), são norteadores do cuidado também o vínculo e a segurança oferecida pela equipe multiprofissional.

Ao prestar atendimento às mulheres em processo de abortamento, os enfermeiros devem atuar com ética e responsabilidade, pois este processo envolve uma vida, uma história, uma escolha e o principal, envolve sentimentos. O sigilo profissional é fundamental, “salvo para proteção da usuária e com seu consentimento, assegurando desta forma a integridade da mulher e sua moral [...]” (SANTANA; SANTOS; PÉREZ, 2014), bem como o respeito por ela enquanto ser humano.

O atendimento deve ser pautado nos preceitos éticos da profissão de enfermagem, considerando que naquele atendimento existe muito mais do que um corpo a ser cuidado, mas uma história, um costume, um motivo pessoal. Sendo ilegal o aborto, em alguns casos é previsto no Código Penal como crime, para o qual existe uma punição, no entanto não cabe ao enfermeiro a denúncia, pois o objeto da profissão consiste no cuidado àqueles que demandam de assistência, e não no julgamento do ato praticado pelo indivíduo.

Compreende-se que o profissional deva refletir no seu fazer, envolvendo-se de forma genuína. As necessidades físicas devem ser atendidas, porém a mulher precisa ser contemplada em sua totalidade. Isso implica entender o aborto no contexto existencial das mulheres, desvinculado do seu caráter de ilegalidade ou crime (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

Assim, pode-se compreender que o acolhimento e a orientação à mulher em processo de abortamento são elementos primordiais e que englobam toda a assistência de enfermagem; ou seja, desde a admissão até a alta hospitalar, essas ações podem interferir diretamente na recuperação e autoestima dela (SANTANA; SANTOS; PÉREZ, 2014).

Desse modo, entende-se que a assistência de enfermagem prestada à mulher em processo de abortamento só é devidamente reconhecida

quando o profissional percebe que não basta apenas dedicar tempos prolongados à paciente, compreende a importância do atendimento subjetivo e consegue perceber o paciente em sua totalidade (SANTANA; SANTOS; PÉREZ, 2014).

O enfermeiro é, portanto, um bom condutor de informação; por ter uma capacidade de comunicação nos processos interpessoais, ele consegue perceber e definir se a mulher está sendo atendida conforme suas necessidades. Vale ressaltar que a comunicação não inclui somente o modo verbal, mas também o não verbal, a exemplo dos gestos, tom de voz, postura, olhares, entre outras atitudes que a linguagem não verbal pode oferecer.

16.3 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Sendo a prática do abortamento endêmica, a assistência do enfermeiro deve ser isenta de julgamentos e preconceitos, de modo que o cuidado seja efetivo e humanizado, e a mulher encontre espaço na assistência para externar suas angústias e dores decorrentes do ato praticado.

Como o enfermeiro é o profissional que trabalha diretamente no cuidado das mulheres em processo de abortamento, ele se configura em um importante instrumento que pode esclarecer, orientar e acolher a mulher que foi vitimada pela prática abortiva, além de humanizar o cuidado, favorecendo o diálogo para que ela se sinta acolhida e possa expor suas angústias, medos e incertezas.

O atendimento, portanto, deve ser pautado nos preceitos éticos da profissão de enfermagem, considerando que naquele atendimento existe muito mais do que um corpo a ser cuidado, mas sim uma história, que muitas vezes está carregada de sofrimento.

O exercício profissional do enfermeiro requer conhecimento e capacitação contínua, de modo a possibilitar uma assistência livre de danos e contribuir com o processo de recuperação dos clientes, bem como é dever desses profissionais capacitar a equipe técnica de enfermagem para que a assistência deles seja aprimorada constantemente, sendo efetiva e humanizada no contexto do abortamento.

REFERÊNCIAS

BAZOTTI, K. D. V.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres

- que sofreram abortamento. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2009, jan./mar.; 18(1): 147-54.
- BORGES, M. F. **Aborto inseguro: motivações e consequências desta prática.** Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69780/000872998.pdf?sequence=1>. Acesso em: 5 maio 2020.
- BRASIL. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.
- BRASIL. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica.** 2. ed. atual. e ampl. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Código de Ética.** Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Brasília, 2007. Disponível em: <http://se.co-rens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em: 5 maio 2020.
- CANÁRIO, A. C. M. **Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal.** Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto, 2009. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22429/4/Dissertao%20de%20Mestrado%20ASPECTOS%20TICOS%20E%20PSICOLGICOS%20DO%20ABORTAMENTO%20NO%20CASAL%20Catarina%20Canrio%20Agosto%2009.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020.
- CARVALHO, J. H. V. A. E. R. de. **As causas que ensejam a prática de aborto no Brasil e suas consequências jurídicas.** Iturama-MG, 2014. Disponível em: <http://www.artigos.com/artigos-academicos/16766-as-causas-que-ensejam-a-pratica-de-aborto-no-brasil-e-suas-consequencias-juridicas>. Acesso em: 5 maio 2020.
- FRANCO, DP; LOPES, LF (Org.). Sexo e consciência. *In:* TRANZILLO, Eliene Maria dos Santos. **As implicações do aborto provocado na saúde da mulher:** uma revisão com base nos postulados espíritas. Centro de Ensino Superior de Ilhéus: Ilhéus, 2016.
- FREITAS, A. P. B. *et al.* **Abortamento espontâneo:** vivência e significado em psicologia hospitalar. Minas Gerais, 2011. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_semana_academica_aborto.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.

- GESTEIRA, S. M. dos A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. de. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 449-453, 2008.
- INCONTRI, D. A. Educação segundo o Espiritismo. *In*: TRANZILLO, Eliene Maria dos Santos. **As implicações do aborto provocado na saúde da mulher**: uma revisão com base nos postulados espíritas. Centro de Ensino Superior de Ilhéus: Ilhéus, 2016.
- MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M. de A.; PANOBIANCO, M. S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Ver. Latino-Am. Enfermagem*. 2007, jan./fev.; 15(1).
- MEDEIROS, R.D. *et al.* Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, jan. 2012.
- OLIVEIRA; M. S. de; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C. Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. *Rev. RENE. Fortaleza*, v. 6, n. 3, p. 23-30, set./dez.2007.
- PACHECO, E. D. **O aborto e sua evolução histórica**. 2007. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3764/O-aborto-e-sua-evolucao-historica>. Acesso em: 5 maio 2020.
- PEDROSO, D. **Aspectos psicológicos do abortamento**. Anais da 61ª Reunião Anual da SBPC – Manaus, jul., 2009. Disponível em: http://www.sbpnet.org.br/livro/61ra/mesas_redondas/MR_DanielaPedroso.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.
- REBOUÇAS, M. S. S. **O aborto provocado com uma possibilidade na existência da mulher**: reflexões fenomenológico-existenciais. Natal, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17463/1/MelinaSSR DISSERT.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020.
- RIBEIRO, F. R. G.; SPINK, M. J. P. Repertórios interpretativos na controvérsia sobre a legalização do aborto de fetos anencefálicos. *Psicologia & Sociedade*; 23 (n. spe.), 63-71, 2011.
- ROCHA, B. N. G. do A.; UCHOA, S. A. da C. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 109-127, 2013.
- SANTANA; D. M.; SANTOS, R. S. dos; PÉREZ, B. A. G. A assistência de enfermagem à mulher em processo de abortamento. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. Salvador, 2014, abr.; 2(1):50-59.

- SELL, S. E. *et al.* Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2015; 49 (3): 502-508. 2015.
- SELL, S. E.; HENCKEMAIER, L. **Aborto legal e suas implicações para a equipe de saúde**. Florianópolis, 2010. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0209.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.
- SILVA, E. F. da *et al.* Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, 2015, jul./set.; 5(3):454-464.
- SOUZA, M. G. **A enfermagem e a mulher que vivencia o aborto em busca de uma assistência humanizada**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2532/2/20324755.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020.
- SOUZA, V. J. de. O aborto no Brasil: um resgate das concepções morais católicas em contraposição aos grupos pró-aborto. **Revista Brasileira de História das Religiões – ANPUH**, Maringá (PR). v. 1, n. 3, 2009.
- STREFLING, I. da S. S. *et al.* Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM**, 2015, jan./mar.; 5(1):169-177.
- TRANZILLO, E. M. S. **Aborto: as implicações espirituais e para a saúde da mulher**. 1. ed. Salvador: Mentis Aberta, 2019.
- TRANZILLO, E. M. S. **As implicações do aborto provocado na saúde da mulher: uma revisão com base nos postulados espíritas**. Centro de Ensino Superior de Ilhéus: Ilhéus, 2016.
- VIANA, A. C. N. **Aborto**. Barbacena, 2012. Disponível em: <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-81131ca1254fdc8d5c-850670c8249e54.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020.

17 **A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM CRIANÇAS**

*Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Gêssica Torquato Santos*

A *acquired immunodeficiency syndrome* (Aids) foi reconhecida pela primeira vez nos EUA no verão de 1981, quando os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) relataram a doença (VERONESI *et al.*, 2010). É uma síndrome infecciosa e contagiosa, que vai desde um quadro assintomático, no qual o vírus pode permanecer latente por anos, sem provocar a doença, até a supressão imunológica grave, caracterizada por infecções oportunistas, que causam diversas alterações no organismo, levando a sequelas e morte.

A Aids tem caráter pandêmico, com evolução letal, para a qual não existe tratamento curativo ou vacina, ainda na atualidade é um grave problema de saúde pública. Conforme dados do boletim epidemiológico de HIV/Aids de 1980 a junho de 2019, foram identificados 966.058 casos de Aids no Brasil, com 65,6% desses em homens e 34,4% em mulheres. O país tem registrado, anualmente, uma média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2019).

A infecção é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), evoluindo nos infectados para uma grave disfunção do sistema imunológico em decorrência da destruição dos linfócitos T CD4+ (Veronesi *et al.*, 2010). O vírus é capaz de invadir várias células do organismo, entretanto seu principal alvo são os linfócitos, responsáveis pela coordenação das respostas imunológicas (MACHADO *et al.*, 1994, p. 6).

À medida que essas células são infectadas, o vírus se multiplica de tal forma que provoca o rompimento delas, até que o sistema imunológico do indivíduo perca a capacidade de atuação, daí surgem as infecções oportunistas, que são responsáveis por agravar o quadro da doença.

A doença é dividida em fases. Inicialmente, na infecção aguda, os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar, motivo pelo qual a maioria dos casos passa despercebido (BRASIL, 2020). Alguns indivíduos podem apresentar também um quadro mais grave, caracterizado por febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, *rash* cutâneo maculopapular eritematoso; ulcerações mucocutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; adinamia, cefaleia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos (BRASIL, 2010).

A fase seguinte é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes mutações do vírus. Mas isso não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus ama-

durecem e morrem de forma equilibrada. Esse período é chamado de assintomático e pode durar muitos anos (BRASIL, 2019). Nessa fase, “alguns pacientes podem apresentar uma linfadenopatia generalizada persistente, “flutuante” e indolor” (BRASIL, 2010, p. 79).

A fase sintomática inicial é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4+, glóbulos brancos do sistema imunológico, que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades (Brasil, 2019). Essa fase é caracterizada por linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia, sudorese noturna e perda de peso superior a 10%, esses sintomas não têm uma causa definida, a intensidade é variável, cuja duração é superior a um mês, além de candidíase oral (BRASIL, 2010).

Com a progressão da doença e o enfraquecimento do sistema imunológico, surgem as doenças oportunistas, causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e neoplasias, das quais as mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin, neoplasias intraepiteliais anal e cervical. As manifestações neurológicas aparecem na fase avançada da doença, cujas mais frequentes são neuropatias periféricas, mielopatias vacuolar e um quadro de atrofia cerebral, bem como demência progressiva e morte (BRASIL, 2010). A infecção pelo HIV em gestantes pode provocar aborto, parto prematuro, morte fetal, doenças congênitas ou morte do recém-nascido (RN).

Ainda que no início da epidemia, na década de 1980, tenha sido relacionada aos indivíduos homossexuais e jovens do sexo masculino, a Aids não demorou a atingir a mulher e a população infantil. A quase totalidade dos casos em crianças no início da epidemia tinha como fator de risco a transfusão de sangue ou hemoderivados (VERONESI *et al.*, 2010). Porém, com a obrigatoriedade da sorologia anti-HIV em todo sangue coletado, ocorreu uma mudança nesse perfil epidemiológico. Com o aumento da contaminação em mulheres em idade reprodutiva, elas passaram a transmitir a doença para os filhos, o que foi denominado de transmissão vertical, evento que contribuiu para aumentar o número de casos em crianças.

A transmissão vertical ocorre quando um bebê é infectado por um microrganismo materno durante a gestação, no parto ou através da amamentação. “No Brasil, no período de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV, das quais 8.621 no ano de 2018” (BRASIL, 2019, p. 9). Esses dados demonstram a magnitude

do problema. Em se tratando do HIV, o momento exato da infecção não é conhecido, entretanto se sabe que poderá ocorrer através desses três mecanismos, quando não há intervenções na gestante para coibir a propagação do agente etiológico para o bebê. Contudo, quando a mulher tem um acompanhamento efetivo no decorrer do pré-natal, o diagnóstico será estabelecido precocemente, o que possibilitará que as intervenções ocorram ainda na gestação, estendendo-se para o período de parto e do puerpério, minimizando os riscos de transmissão do vírus para o bebê, o que determina a importância do tema ora abordado e busca aproximá-lo da enfermagem, pois a atuação desse profissional poderá contribuir para quebrar a cadeia de transmissão vertical dessa enfermidade que, infelizmente, ainda é tão presente em nosso meio.

Para tanto, a capacitação profissional é imprescindível e oportuna na promoção de uma assistência qualificada à mulher no decorrer do pré-natal, parto e puerpério, sobretudo aquelas soropositivas, cujas orientações e condutas da equipe multiprofissional repercutirão em menores riscos para a saúde da mãe e diminuirão a probabilidade de contaminação do bebê. O profissional precisa conscientizar a gestante de modo que ela se comprometa a cumprir as recomendações e se responsabilize também com a saúde do binômio.

17.1 A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: COMO OCORRE?

Do total de casos de Aids registrados no Brasil, de 1980 a junho de 2019, a maior concentração foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos (BRASIL, 2019). Com o avanço progressivo da epidemia do HIV na população feminina, principalmente naquelas em idade reprodutiva, contribui para o contágio nos neonatos. De conformidade com Smeltzer *et al.* (2008, p. 1536), a contaminação ocorre através dos líquidos orgânicos como sangue, secreções vaginais, líquido amniótico e leite materno, contendo HIV ou linfócitos T CD4+ infectados.

O agente viral pode também ser encontrado em pacientes com sintomas clínicos inespecíficos, comumente observados numa fase que antecede o aparecimento da Aids, sendo denominados soropositivos, embora ainda não tenham desenvolvido a doença (ROVERATTI, 2008).

Em 1985, com o desenvolvimento de testes sorológicos anti-HIV, dos 15.172 casos de Aids notificados nos Estados Unidos, 217 eram crianças abaixo de 13 anos de idade (VERONESI *et al.*, 2010). Esses testes detectam a presença de anticorpos específicos que atuam em diferentes constituintes da partícula viral (ROVERATTI, 2008).

Existem duas variantes do vírus: HIV-1 e HIV-2, e a transmissão vertical ocorre pela variante HIV-1 (VERONESI *et al.*, 2010). Os principais fatores envolvidos nesse tipo de transmissão são imunológicos, virológicos, placentário, comportamento materno, fetal, obstétrico, aleitamento materno e uso do antirretroviral (GIANVECCHIO; GOLDBERG 2005). Assim, quanto maior a carga viral em sangue e secreções, menor serão os níveis de linfócitos T CD4+ e maior o risco de transmissão (RUGOLO, 2000). A transmissão poderá ocorrer durante a gestação por disseminação hematogênica, durante o parto, em função do contato do neonato com o sangue e secreções orgânicas materna, ou após o parto através de procedimentos invasivos realizados no recém-nascido, como aspiração de vias aéreas e de estômago, além da amamentação.

A membrana trofoblástica, quando íntegra, é uma barreira, porém a passagem de substâncias solúveis e linfócitos tem sido descrita, mesmo antes do parto, podendo ser esse um dos mecanismos pelos quais o feto adquire a infecção intraútero, embora pareça ser menos expressivo do que a infecção por vírus livre (ORTIGÃO, 1995). A análise virológica de fetos abortados indica que o HIV pode ser transmitido já no primeiro ou segundo trimestres de gestação (FAUCI *et al.*, 2008).

O mecanismo de transmissão por via placentária ainda é pouco conhecido e se configura de menor incidência quando comparada à forma de infecção no periparto, sendo consideráveis as chances de não haver contaminação do feto quando adotadas medidas profiláticas adequadas e adesão da gestante ao pré-natal, ao tratamento e recomendações do profissional de saúde (BRASIL, 2007).

A transmissão pode ocorrer também durante o trabalho de parto, por transfusão materno-fetal pelo cordão umbilical e placenta ou devido à aspiração de líquido amniótico contaminado (SMELTZER *et al.*, 2008). Ainda pode ser transmitida “pelo contato da pele e mucosas gástrica e ocular do recém-nascido com sangue e secreções genitais ou fezes maternas que contenham microorganismos que estejam se replicando” (PINHATA; YAMAMOTO, 1999, p. 2).

Já no momento do parto, o contágio pode ocorrer pelo contato do bebê com sangue e secreções vaginais da mãe infectada, conforme orientação do Ministério da Saúde para as gestantes soropositivas com carga viral maior ou igual a 1000 cópias/mL ou desconhecida após 34 semanas de gestação, o mais indicado é a cesariana eletiva, que deverá ser marcada para a 38^a semana de gestação (BRASIL, 2012). Esse procedimento deve ser realizado antes do início do trabalho de parto, e a bolsa não deve ser rompida. Em gestantes cuja carga viral esteja menor que o parâmetro supramencionado, o parto poderá ser por via vaginal sem maiores riscos para o neonato.

Embora o leite materno seja o alimento que melhor fornece os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança, é contraindicado em se tratando de infecção materna pelo HIV (OLIVEIRA; SANTOS, 2011). Conforme dados do Ministério da Saúde, a transmissão por essa via é da ordem de 7% a 22% (BRASIL, 2007), o que requer uma atenção especial do profissional de saúde em orientar a genitora para que ela compreenda e não exponha o neonato a esse risco. Ainda que para algumas mulheres seja extremamente triste não poder oferecer essa fonte de nutrição para seus filhos, é necessário a fim de evitar a transmissão vertical puerperal do HIV, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde (2010) a suspensão total do aleitamento materno, a inibição da lactação, assim como a disponibilização da fórmula infantil, garantindo-se a substituição do leite materno.

Outro aspecto importante foi a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (TARV), que tem contribuído para controlar a infecção e prevenir a transmissão vertical (DOURADO *et al*, 2006).

Desta forma, o diagnóstico precoce de soropositividade para o HIV em gestantes é crucial e para obtê-lo é recomendado testar no 1º e 3º trimestres, podendo ocorrer também na própria maternidade, no momento do parto, por meio do teste rápido (BRASIL, 2012), o que faz do acompanhamento no pré-natal extremamente importante em função de poder estabelecer o diagnóstico precoce e possibilitar intervenções oportunas, e as orientações do profissional de saúde podem contribuir para controlar a infecção materna e possibilitar que o vírus não seja transmitido para o bebê.

17.2 A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO PARA AS GESTANTES COM HIV

A gestação é cercada por sentimentos contraditórios, possibilitando muitas alegrias para a maioria das mulheres, pela possibilidade da maternidade, entretanto as transformações físicas, hormonais e psíquicas vivenciadas por elas geram inseguranças, dúvidas e incertezas, o que requer apoio e compreensão do parceiro e da família, além de um acompanhamento profissional que garanta uma gestação saudável. Neste sentido, as unidades básicas de saúde (UBS) exercem um papel crucial e, além de serem portas de entrada para o sistema de saúde, fornecem diversos serviços, entre os quais o atendimento ao pré-natal. Uma característica que deve ser considerada é a capacidade de acolhimento dos profissionais que integram essa unidade, especialmente o enfermeiro, que tem a responsabilidade de acompanhar a mulher no decorrer do pré-natal, esclarecendo dúvidas e fornecendo orientações que contribuam para uma gestação saudável.

A sorologia para detecção da infecção pelo HIV tem sido recomendada como exame de rotina nos serviços pré-natais (ALCANTRA, 2012). Deverá ser solicitada na primeira consulta, ou primeiro trimestre gestacional, e um resultado negativo, seja pelo método sorológico, seja através de teste rápido, não exclui a infecção pelo HIV, dada a possibilidade de janela imunológica, período em que as provas sorológicas podem ser falso-negativas (BRASIL, 2007), motivo pelo qual é testado novamente “no início do terceiro trimestre e no momento do parto” (BRASIL, 2019, p. 31). Esse fato possibilita que muitas mulheres descubram na gestação a soropositividade para o HIV, o que potencializa a insegurança e o medo pela possibilidade de transmitir o vírus para o bebê.

O diagnóstico laboratorial nas gestantes é o mesmo realizado em outros grupos e para considerar a soropositividade é necessária a avaliação laboratorial de duas amostras de sangue em datas diferentes, analisadas por métodos distintos (VAZ; BARROS, 2000).

Uma vez detectada a soropositividade da mãe, a gestante passa a ser considerada de alto risco pela possibilidade de transmitir o vírus ao feto, o que exige dos profissionais um acompanhamento mais apurado, pois necessitará do apoio e compreensão no momento do diagnóstico (KLEINUBING, 2010). Nesse momento, a mulher fica extremamente fragilizada, “sem chão”, no dizer de algumas, o que requer um atendimento voltado aos preceitos de humanidade, empático, que contribuirá

para a adesão das orientações dos profissionais no decorrer da assistência ao pré-natal. A cliente precisará de um tempo para se restabelecer e conseguir absorver as informações referentes ao aconselhamento profissional, quanto às medidas de segurança para minimizar os riscos à saúde materna e de contaminação da criança.

Na existência de companheiro, a mulher deve ser alertada sobre a importância de incluí-lo nas orientações e medidas terapêuticas não apenas para alicerçar a parceira nesse momento de dificuldade, mas sobretudo para incluí-lo na testagem para diagnóstico do HIV e tratamento oportuno, além de orientar sobre os direitos inerentes ao pai de acompanhamento da gestante no decurso do parto.

O preparo profissional é determinante para uma assistência qualificada, e o estabelecimento de vínculo favorece a relação entre enfermeiro e paciente, possibilitando uma melhor adesão às medidas de segurança necessárias e oportunas para conter a cadeia de transmissão vertical. Assim, o Ministério da Saúde (2010) alerta sobre a necessidade de uma linguagem acessível, que contribua com a gestante no entendimento dos aspectos essenciais da infecção, assim como a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da terapia medicamentosa, o que contribuirá para a adesão ao seguimento e ao tratamento.

Após a sorologia positiva, a gestante deverá ser encaminhada para seguimento do pré-natal em serviços de referência para gestantes vivendo com HIV/Aids, não sendo necessário aguardar a realização de exame confirmatório (TRAVASSOS; NOBREGA; FERANDES, 2016). Nessa oportunidade o enfermeiro deve realizar a notificação compulsória do caso, e a gestante precisará também de um acompanhamento clínico-obstétrico pelo médico da UBS.

Deve ser solicitada a contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral da gestante, os anticorpos são detectáveis nos testes sorológicos entre 6 a 12 semanas após a infecção inicial, cujo intervalo é denominado janela imunológica, porém há elevada viremia com maior risco de transmissão do HIV ao feto (BRASIL, 2007). A profilaxia deverá ser iniciada a partir da 14ª semana, com terapia antirretroviral (TARV). Esse tratamento foi iniciado no Brasil em 1996 e restabelece as funções do sistema imunológico, reduz as doenças secundárias, contribui para aumentar a sobrevivência das pacientes e melhora a qualidade de vida (BRASIL, 2010).

O profissional deve esclarecer a usuária sobre o risco da transmissão vertical. Conforme WHO (2016), citado em material do Ministério da

Saúde (2019), em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco é de menos de 2%; no entanto, sem o adequado planejamento e seguimento, ele passa a ser de 15% a 45% (Brasil, 2019), o que denota a importância do acompanhamento em todo o ciclo gravídico puerperal, da necessidade de utilizar a TARV e de seguir as recomendações dos profissionais de saúde. O enfermeiro deve se certificar quanto ao entendimento da gestante sobre os riscos do HIV para a saúde materno-infantil e ressaltar a importância das medidas protetivas.

Os cuidados devem ser estendidos para o parto, que se configura em sentimentos paradoxais na mulher, uma vez que, embora desejado, é ao mesmo tempo temido, e muitas vezes a ansiedade prevalece, principalmente naquelas soropositivas, que aguardam ansiosas para verificar se o filho não foi infectado. Isso requer uma assistência sensível, na qual o profissional entenda a magnitude desse momento, de modo a auxiliar na superação dos conflitos. Santos *et al.* (2010) conseguiram traduzir a dimensão da assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto à mulher portadora do vírus HIV, alertando que esses profissionais precisam incorporar um conjunto de cuidados, medidas e ações cujo propósito é possibilitar que a mulher vivencie a experiência do parto, afastando os sentimentos de discriminação e medo.

Independentemente do tipo de parto, as gestantes devem receber Zidovudina (AZT) intravenoso desde o início do trabalho de parto, ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva, até o clampamento do cordão umbilical (BRASIL, 2012).

Os cuidados permanecem após o nascimento do bebê, quando os profissionais de enfermagem devem cumprir o protocolo estabelecido pelo MS, que consiste em: limpar com compressas macias todo o sangue e secreções visíveis na superfície corporal do recém-nascido, logo após o nascimento, e realizar ainda na sala de parto ou centro cirúrgico, banho do RN em água corrente; quando necessária a aspiração de vias aéreas do recém-nascido, deve-se realizar delicadamente, evitando traumatismo em mucosas e iniciar a primeira dose do AZT, conforme a prescrição médica, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras 2 horas após o nascimento (BRASIL, 2012).

É necessário também realizar a profilaxia da oftalmia neonatal. Para tanto, deve-se utilizar a pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, a tetraciclina a 1%. O nitrato de prata a 1% deve ser reservado na

indisposição das pomadas (BRASIL, 2016). Este último foi considerado obsoleto por ser irritativo para a conjuntiva do RN. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2013) recomenda a instilação de solução aquosa de iodopovidona a 2,5% no olho do recém-nascido (REZENDE FILHO E MONTENEGRO, 2014), além da profilaxia da doença hemorrágica com a administração da vitamina K (BRASIL, 2016).

Como a amamentação é contraindicada, o profissional deve se certificar se a mulher detém esse conhecimento, ressaltando que não deverá amamentar pelo risco da transmissão puerperal de HIV para o neonato, e a inibição farmacológica para a lactação segundo, o Ministério da Saúde (2012), deve ser realizada imediatamente após o parto, utilizando-se cabergolina 1,0 mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5 mg por via oral).

Também se recomenda a substituição da amamentação por leite artificial (MORENO *et al.*, 2006), e no Brasil a mãe tem direito a receber fórmula láctea infantil pelo menos até o seu filho completar 6 meses de idade (BRASIL, 2012, p. 163). Para tanto, é necessário que o enfermeiro garanta esse aporte nutricional para o neonato no decorrer da internação e oriente a genitora para a aquisição do leite com o serviço de referência de atendimento a pessoas com HIV/Aids do município. É importante ressaltar ainda a contraindicação da amamentação cruzada, aquela realizada por outra nutriz, pelo risco de veiculação de doenças para o neonato.

O profissional deve orientar quanto ao acompanhamento da genitora e da criança pela unidade de saúde, de modo a manter a adesão e o seguimento ao tratamento, alertando para os benefícios da terapêutica (PEREIRA *et al.*, 2010). Na oportunidade deve realizar a notificação compulsória da criança que foi exposta ao vírus do HIV (BRASIL, 2010).

Uma das prioridades do Programa Nacional de DST/Aids é a redução da transmissão vertical do HIV, que vem sendo conseguida a partir da instituição de protocolos de tratamento da gestante/parturiente e criança exposta (BRASIL, 2010). Entretanto, por trás de todo programa existem pessoas, que dão corpo e sentido às intervenções, e para que elas sejam exitosas é necessário comprometimento profissional, além de conhecimento, para intervir de modo efetivo nas condições de morbidade da população assistida, que aqui representa a prevenção da Aids em crianças.

17.3 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Com o crescente número de mulheres que iniciam a atividade sexual cada vez mais precoce, mas nem sempre se utilizando dos métodos protetivos para as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV, o número de gestantes soropositivas tem aumentado cada vez mais, sendo o acompanhamento do pré-natal decisivo para minimizar os riscos do binômio mãe-bebê; porém, a adesão delas ao programa ainda é um desafio para o profissional de saúde, pois muitas iniciam o pré-natal já no final da gravidez ou, em alguns casos, não consta em seu histórico que esse acompanhamento tenha sido realizado, sendo vários casos detectada na maternidade a soropositividade.

Tudo isso é deveras preocupante, porquanto uma efetiva prevenção da infecção vertical pelo HIV requer, além de um diagnóstico precoce, a utilização da terapia antirretroviral para impedir a replicação viral e prevenir as complicações que advêm de um sistema imunológico ineficiente, além das medidas protetivas requeridas pela genitora e parceria sexual, que são instituídas no decorrer do pré-natal e continuadas durante o trabalho de parto, parto e período puerperal, pois a supressão das intervenções em uma dessas etapas compromete a efetividade das ações e conseqüentemente a probabilidade de uma prevenção eficaz.

Para tanto, é imprescindível instituir medidas de educação sexual na família e nas escolas, não apenas para garantir uma adesão ao pré-natal e evitar a transmissão vertical do HIV em crianças, mas sobretudo para orientar os pré-adolescentes e adolescentes quanto à responsabilidade que o ato sexual requer, bem como sobre as medidas de proteção para evitar a propagação das infecções sexualmente transmissíveis e/ou a gravidez não planejada na adolescência, que, infelizmente, ainda são frequentes em nosso meio.

Sendo assim, a capacitação do profissional enfermeiro é necessária e oportuna, e reflete na qualidade do serviço em que esse profissional está inserido, o que requer a busca pelo conhecimento, o comprometimento profissional, o treinamento da equipe de técnicos de enfermagem, para que a assistência tenha efetividade, além da necessidade de uma atuação voltada para os preceitos de humanidade, com um atendimento sensível e empático para possibilitar que a gestante soropositiva sinta-se motivada a prosseguir com o acompanhamento e tratamento requeridos, no decor-

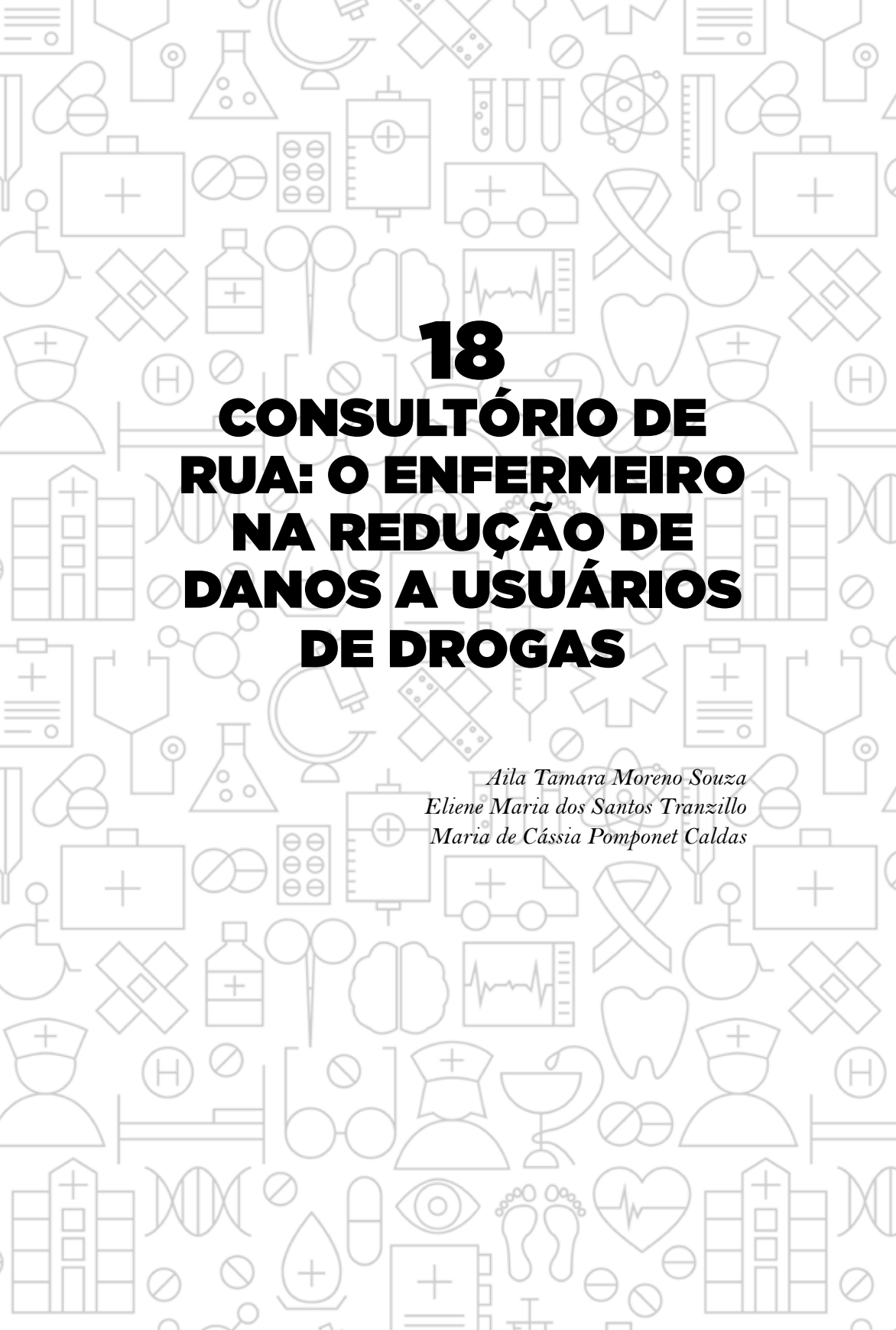
rer do ciclo gravídico puerperal, e se comprometer com a mudança de postura para garantir menores risco à sua saúde e à da criança.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, P.I. **Prevenção da transmissão vertical**. 2012. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10153.htm. Acesso em: 11 jun. 2020.
- BRASIL. **Aids / HIV**: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Número Especial, dez. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/29/Boletim-Ist-Aids-2019-especial-web1.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- BRASIL. **Diretriz Nacional de Assistência ao parto normal**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONOTEC. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 444 p.
- BRASIL. **Gestação de alto risco – Manual Técnico**. 5. ed. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 302 p.
- BRASIL. **Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis**. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2007, p. 24.
- BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. 1. ed. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 181.

- BRASIL. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Série Manuais, nº 46. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia de tratamento Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Sintomas e fases da aids.** Departamento de doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- DOURADO, I. *et al.* Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev. Saúde Pública**, v. 40. São Paulo: 2006.
- FAUCI, A. S. *et al.* **Harrison Medicina Interna.** Vol. 1. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.
- GIANVECCHIO, Rosângela P.; GOLDBERG, Tâmara B.L. Fatores Protetores e de Riscos Envolvidos na Transmissão Vertical do HIV-1. **CAD. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 21(2):581-588, mar./abr., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/25.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- <http://www2.ebserh.gov.br/documents/215335/4407336/Protocolo+Infecoes+na+Gestacao+-+HIV.pdf/c0d59f4c-deee-4a1f-afe-6-735aa792b4f4>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- KLEINUBING, R. E. **Gestantes e puérperas soropositivas para o HIV:** como estão vivenciando a não amamentação. Universidade Federal do Pampa. Trabalho de Conclusão de Curso. Uruguaiana: 2010. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2010/09/TCC-FINAL-2.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- MACHADO, A. R. L. *et al.* AIDS na infância: orientação básica no atendimento. **Jornal de Pediatria.** Vol. 70, n. 1, São Paulo: 1994. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/94-70-01-05/port.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- MORENO, C. C. G. S. *et al.* Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil.** Recife, abr./jun., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n2/30917.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- OLIVEIRA, C. C; SANTOS, V. C. A contribuição do enfermeiro diante da Impossibilidade de a mãe amamentar devido à sorologia positiva para HIV. **Revista Enfermagem Atual.** n. 16., jan./fev./mar. São Paulo, 2011.

- ORTIGÃO, M. B. AIDS in Children: Observations on Vertical. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 11 (1): 142-148, jan./mar., 1995.
- PEREIRA, B. A. S. *et al.* **Recomendações de enfermagem na prevenção da transmissão vertical do HIV**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/recomendacoes-de-enfermagem-na-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv/38594/>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- PINHATA, M. M. M.; YAMAMOTO, A. Y. Infecções Congênitas e Perinatais. **Jornal de Pediatria**. Vol. 75. Supl. 1 São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-S15/port.Pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Rezende, Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- ROVERATTI, D. S. **Guia da sexualidade**: reedição ampliada e ilustrada. 4. ed. São Paulo: Ferrari Editora e Artes Gráficas, 2008- 454p.
- RUGOLO, L. M. S. S. **Manual de neonatologia**. 2. ed. Sociedade de pediatria de São Paulo. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- SANTOS, L. G. A. *et al.* **Enfermagem em Ginecologia e Obstétrica**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner&Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Vol. 2. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- TRAVASSOS, A. G. Á; NÓBREGA, I. P. da; FERNANDES, S. de A. **Assistência à mulher HIV + no ciclo gravídico-puerperal**. Maternidade Climério de Oliveira- Universidade Federal da Bahia, 2016. Disponível em:
- VAZ, M. J. R; BARROS, S. M. O. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 8, n. 2, abr. Ribeirão Preto: 2000.
- VERONESI, R. *et al.* **Tratado de Infectologia**. Vol. 1. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.



18

CONSULTÓRIO DE RUA: O ENFERMEIRO NA REDUÇÃO DE DANOS A USUÁRIOS DE DROGAS

*Aila Tamara Moreno Souza
Eliene Maria dos Santos Tranzillo
Maria de Cássia Pomponet Caldas*

Durante décadas, o Brasil, assim como outros países, tratou a questão das drogas com ações de repressão às substâncias ilícitas, pouco realizando no campo do tratamento aos usuários e na prevenção através da educação em saúde.

O Ministério da Saúde (MS) trata a Redução de Danos (RD) como política prioritária para o desenvolvimento de ações direcionadas aos usuários de drogas, cuja estratégia deve ser desenvolvida pelas três esferas do governo e pelas organizações da sociedade civil. O Ministério busca estimular parcerias entre os programas do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e hepatites virais, e o programa de saúde mental, objetivando promover a integralidade da atenção e a visibilidade da RD como política de saúde pública (MAYER¹ *et al.*, 2010).

A RD surge, portanto, como um conjunto de estratégias de saúde pública que visa a reduzir os danos à saúde em consequência das práticas de risco. A estratégia também é pensada como contributiva à inclusão social do usuário de drogas, ao respeito aos direitos de todos os cidadãos e principalmente ao enfrentamento do “fenômeno drogas” em sua complexidade (MAYER *et al.*, 2010).

Neste contexto, os consultórios de rua (CR) se constituem uma estratégia importante, visando à redução de danos como alvo nas intervenções que são feitas no ambiente de rua. É uma modalidade de atendimento extramuros, dirigida aos usuários de drogas que vivem distanciados da rede de serviços de saúde e em maior vulnerabilidade social, e tem o objetivo de promover a acessibilidade aos serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, o que possibilita um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (BRASIL, 2010).

Por sua vez, o enfermeiro, enquanto integrante de uma equipe que está inserida nesse contexto do cuidado, tem o papel de reduzir o estigma associado à busca de ajuda para este problema, partindo do pressuposto de que algumas pessoas irão continuar a consumir drogas por muito tempo, colocando em questão o que pode ser feito para reduzir as

1 Em maio de 2010, visando à integração de diversas áreas de conhecimento e o fomento da discussão sobre esse tema, foi realizado o Seminário Crack – Repensando as Estratégias de Atenção à Saúde pelo Viva Rio, em parceria com a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde – SMSDC.

consequências do consumo para a sociedade e os dependentes químicos, diminuindo o seu sofrimento e melhorando sua qualidade de vida (CARVALHO, 2010).

A problemática demonstra que as consequências causadas pelo uso de drogas refletem-se em vários âmbitos da vida do homem e na sociedade, gerando uma grande repercussão e encontrando nesta motivos para se instalar. Por este motivo, diversas formas de enfrentamento e de prevenção têm surgido, para que cada vez mais esse problema que atinge todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento possa ser trabalhado, a fim de minimizar os danos causados a esses indivíduos e à sociedade em que eles estão inseridos.

O CR tem como objetivo oferecer cuidados de saúde a usuários de drogas em seus próprios contextos de vida, no espaço de rua, com a finalidade de promover o acesso deles aos serviços de saúde e estabelecer uma forma de enfrentamento aos vários problemas que estão atrelados ao uso de entorpecentes.

Considera-se importante a elaboração de práticas de educação em saúde no contexto do CR, para que seja um instrumento transformador da realidade em que vivem esses usuários e eles adquiram novos comportamentos e práticas, a fim de reduzir os danos aos quais estão expostos.

Tendo em vista que a RD contempla a liberdade de escolha e a responsabilidade pessoal de cada indivíduo em minimizar os riscos à sua saúde, o enfermeiro enquanto integrante de uma equipe multidisciplinar deve oferecer intervenções focadas na promoção da saúde destas pessoas, tendo por foco a proposta da educação em saúde em todos os níveis de atenção, como ferramenta fundamental para deduzir os riscos e minimizar os danos a que esse público está exposto.

Desta forma, o enfermeiro deve desenvolver habilidades para trabalhar em equipe, possibilitando novos caminhos e intervenções, estabelecendo uma relação de respeito, escuta, acolhimento e um vínculo de confiança, proporcionando um cuidado que deve estar pautado na identificação das necessidades de cada usuário no seu contexto de rua.

A escolha do tema para compor este capítulo se deve às inquietações das autoras em perceber os danos que o consumo das substâncias entorpecentes provoca nos indivíduos, que muitas vezes perdem a relação com a realidade. Muitos se dizem livres, porém a utilização dos entorpecentes de qualquer natureza os aprisiona, além de provocar inúmeros sofrimentos para aqueles que estão envolvidos neste contexto.

O uso desse tipo de substância tem caráter pandêmico, caracterizando-o como um grave problema de saúde pública no mundo, principalmente para os que vivem no contexto de rua, pois experienciam sérios problemas biopsicossociais, pois perdem sua autonomia, sua estima e seu lugar na sociedade.

As estratégias elaboradas pelo Ministério da Saúde visam à redução dos danos e possivelmente a reintegração de muitos destes deles à sociedade. Pautada em proposta de educação em saúde e atendimento no contexto de rua, o Consultório de Rua (CR) garante a essas pessoas, que em sua maioria não procuram um serviço de saúde, acesso à porta de entrada dos serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, o enfermeiro é fundamental, pois suas orientações poderão contribuir para reduzir os agravos e minimizar os danos. Contudo, ele deve estar dotado de conhecimentos acerca da problemática e de habilidades para nortear suas intervenções, traçando novas ferramentas de cuidado e assistência de uma maneira que abranja o indivíduo em sua singularidade.

Este livro, portanto, tem a intenção de contribuir com os profissionais de enfermagem para que reconheçam suas habilidades e se vejam aptos a atuar com esta clientela. A saúde, em seu contexto geral, precisa de profissionais habilitados para atuar na prevenção de agravos e promoção da saúde, contribuindo significativamente com o cuidado holístico, de forma que possam abranger os problemas reais e potenciais apresentados pelos indivíduos, garantindo a autonomia e o bem-estar biopsicossocial das pessoas.

18.1 O CONSULTÓRIO DE RUA

O Consultório de Rua (CR) é uma experiência que surgiu em 1999, na cidade de Salvador, Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O projeto foi idealizado pelo professor Antônio Nery Filho, no início dos anos 1990, como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas (BRASIL, 2010).

Foi concretizado pela primeira vez no início de janeiro de 1990, a partir de uma parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador. Durante os oito anos seguintes, a experiência foi possível com apoio financeiro de

outras instâncias governamentais, como o Ministério da Saúde, Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), Secretaria de Combate à Pobreza e Secretaria do Trabalho e Ação Social do Governo do Estado da Bahia (OLIVEIRA, 2009).

Em maio de 2004, o CR foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) de Salvador, seguindo até dezembro de 2006. O trabalho do CR articulado com o CAPS AD possibilitou o encaminhamento e a inserção na rede de atenção à saúde destes usuários, e também daqueles mais comprometidos e em situação de maior vulnerabilidade social. Desta forma, o CR se estabelece como uma estratégia de promoção da saúde e um dispositivo de atenção biopsicossocial (BRASIL, 2010).

Foi então no ano de 2009 que o MS integrou o CR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), no Sistema Único de Saúde (SUS), e foi incluído também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, tendo como objetivo ampliar o acesso dos usuários de álcool e outras drogas aos serviços de saúde, melhorando a qualidade dos atendimentos que são oferecidos pelo SUS através de ações que são executadas no contexto de rua (BRASIL, 2010).

Os consultórios de rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. (BRASIL, 2010, p. 10).

Esta modalidade de atendimento, de acordo com o autor supracitado, promove a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a criação de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania.

O CR tem como propósito disponibilizar recursos de cuidados básicos de saúde aos usuários de álcool e outras drogas em situação de maior vulnerabilidade social e que estão à margem do sistema de saúde, sendo eles atendidos em seu local de permanência e encaminhados para demandas mais complexas da rede de saúde (BRASIL, 2010). Como vimos, essa modalidade de atendimento tem a importante função de atuar

como ponte, de modo a possibilitar a inserção desses indivíduos na rede de cuidados à saúde.

A estrutura e o funcionamento devem contar com uma equipe volante mínima, constituída por múltiplos profissionais, sendo estes de saúde mental, de atenção básica e de assistência social, podendo conter também outros profissionais que possam atuar estrategicamente no desenvolvimento de atividades arte-expressão (BRASIL, 2010).

A [...] equipe é constituída por uma variedade de profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e educadores sociais, está alicerçada na integração dos distintos saberes, a fim de responder tanto pelos objetivos do Consultório de Rua como também pelos desafios e impasses provocados por uma prática tão específica quanto a do atendimento no contexto de rua. (SALVADOR, 2012, p. 41).

Neste sentido, a interdisciplinaridade é uma ferramenta importante para promover o atendimento efetivo desses indivíduos, que define as ações a serem executadas por cada integrante da equipe e possibilita a construção de soluções para os desafios que surgirão ao longo dos dias de trabalho em rua, a fim de alcançar o êxito nos objetivos estabelecidos.

Para desenvolver as atividades, é necessário um carro tipo perua, que é utilizado para deslocar a equipe e os materiais que são necessários para as ações. Além de transportar a equipe, o carro serve de referências para os usuários. Por este motivo, o veículo deve estar identificado com o nome Consultório de Rua – SUS, marcando a presença do serviço de saúde em local estratégico (BRASIL, 2010).

Alguns veículos do CR são grafitados ou possuem adesivos e símbolos que estejam de acordo com a linguagem do público-alvo, que na sua maioria são jovens usuários de drogas em situação de vulnerabilidade. Esta iniciativa tem o objetivo de favorecer a identificação deste dispositivo e criar um vínculo desde o primeiro momento em que são abordados e a partir daí servir como referência para o acesso aos serviços pelos usuários.

Outro aspecto importante para a execução das atividades do CR diz respeito a um ponto fixo onde os CR devem se instalar em cada área de atuação que será previamente definida pela equipe (BRASIL, 2010). Faz-se necessário levar em conta que em alguns locais escolhidos o público-alvo não é fixo, deste modo se deve estabelecer um local, dia e hora para que aconteçam os encontros e manter uma regularidade da presen-

ça da equipe, servindo como referência para os usuários e aumentando a frequência deles.

Na rua esses “lugares” precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários. No seu posicionamento, a equipe deve explicitar o propósito da presença do Consultório de Rua e quais as características do seu trabalho, diferenciando-o de outras ações desenvolvidas na rua, como ações de cunho caritativo. Assim, gradativamente, vai-se demarcando o lugar do Consultório de Rua enquanto um dispositivo do campo da saúde. (BRASIL, 2010, p. 11).

Conforme Niel e Silveira (2008), a abordagem inicial ao usuário de substância psicoativa em situação de rua é decisória para o desenvolvimento ou não de práticas terapêuticas. Os autores sugerem alguns passos para a construção de uma relação positiva entre profissional e usuário:

- ✓ Estabelecer contato.
- ✓ Porta-se com crachá de identificação.
- ✓ Explicar claramente os objetivos do projeto.
- ✓ Administrar a ansiedade de distribuir o *kit* de prevenção.
- ✓ Acolher o usuário e observar sua necessidade no momento.
- ✓ Transmitir informação sobre prevenção às DST/Aids e hepatites.
- ✓ Caso o usuário aceite, deixar um *kit* de prevenção.

Desta forma os profissionais podem estabelecer um vínculo de confiança com a população a ser assistida, de modo que o plano de atendimento atenda às necessidades de cada indivíduo no seu próprio contexto de rua. A partir daí, pode-se obter êxito nas intervenções, sem que haja uma barreira na relação entre o profissional e o usuário.

A prioridade de ação no atendimento a esses usuários é a estratégia de redução de danos. Deve-se respeitar o seu tempo e sua escolha em relação ao consumo das substâncias que são utilizadas, buscando reduzir os riscos e minimizar os danos sem que haja imposição de condições rígidas para o tratamento deles (BRASIL, 2010).

Ao iniciar as atividades na rua é fundamental que haja o mapeamento da cidade, a fim de identificar os locais em que há maior concentração de pessoas em situação de risco psicossocial e uso de drogas, o que vai embasar na escolha das áreas que demandam prioridade para a intervenção do CR. A escolha pode ser também em função da “interlocução com

a rede de saúde e intersetorial, que pode sinalizar áreas mais vulneráveis onde se considera a intervenção importante para a população alvo” (BRASIL, 2010, p. 14).

Outro aspecto que caracteriza a especificidade das ações do CR é a territorialidade, a qual “se confunde com a noção de *ethos*, quando ambas apontam para os aspectos físicos, espaciais, culturais, valorativos e simbólicos do lugar onde se vive” (SALVADOR, 2012, p. 39).

Ao considerar os aspectos supramencionados para a escolha das áreas de atuação do CR, a equipe consegue alcançar o público-alvo sem que haja a violação dos códigos de rua e sem violação das significações que são atreladas à ocupação do espaço de rua. Na prática, isso se refere à atenção da equipe quanto ao modo de abordagem em relação aos horários de chegada e saída, e ao contato com os informantes da comunidade da área de atuação do CR (SALVADOR, 2012).

A devida atenção no aspecto da territorialidade permite que a equipe possa explorar as condições do local e as possíveis formas de atuação, bem como a possibilidade de articulação com a rede social informal do local, para o fortalecimento e desenvolvimento das ações a que se destinam. É preciso que haja um aval da liderança local da comunidade ou do grupo para que a equipe possa se instalar, sem que isso interfira de forma invasiva no espaço de vida dos moradores de rua. Uma vez havendo o consentimento da liderança local, influenciará positivamente para a execução das atividades, fazendo com que as pessoas tenham maior receptividade e criem uma referência à equipe local, procurando o serviço quando sintam necessidade (SALVADOR, 2012; BRASIL, 2010).

A vida das pessoas que vivem no contexto de rua é marcada por diversos aspectos sociais e pessoais. A caracterização deles mostra os vários fatores que contribuem para que se encontrem em situação de rua, a exemplo da história de vida marcada por conflito familiar, dificuldades econômicas e de inserção no mercado de trabalho, deficiências quanto ao acesso à saúde e à educação, estigmatização social da própria sociedade, uso de substâncias psicoativas e as características de fragmentação da própria rua (SALVADOR, 2012).

Diante das dificuldades das pessoas no contexto de rua em acessar os serviços de saúde e social, o CR se constitui um dispositivo de grande importância para minimizar as barreiras impostas pelas circunstâncias e trabalhar na construção de estratégias que envolvam os diversos setores

sociais, indo à busca dos usuários em seu local de permanência e reconhecendo seus limites (SALVADOR, 2012).

O CR atua com uma população de especificidades complexas e demandas múltiplas, sendo necessário firmar aliança com outros setores para dar retaguarda aos encaminhamentos e construir parcerias eficazes que atendam às necessidades da população.

Coaduna-se com Salvador (2012, p. 48), ao afirmar que o projeto pode ser iniciado após o reconhecimento da rede de suporte social existente no local (unidades de saúde de diferentes níveis de atenção e complexidade, instituições sociais governamentais e não governamentais e unidades educacionais).

Portanto, os recursos disponíveis podem ser tanto comunitários (escolas, centros culturais, centros esportivos, associação de moradores), de onde procedem os encaminhamentos, e acessar também os demais serviços de saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Postos de Saúde, hospitais, entre outros. Dessa forma, a equipe pode articular diversos serviços que possam dar acolhimento às demandas e resolutividade aos problemas apresentados, podendo acompanhar o fluxo de referência e contra referência (BRASIL, 2010).

A rotina do CR divide-se em atividades de campo e extracampo. Nas atividades extracampo acontecem os contatos com a rede de saúde e intersetorial, o acompanhamento dos usuários quando for necessário, discussão clínica de casos e a elaboração dos diários de campo e relatórios (BRASIL, 2010).

Na rotina diária está prevista uma reunião que antecede a ida a campo, com duração de uma (1) hora, com a presença de coordenador do Consultório de Rua, o supervisor clínico-institucional e os técnicos da equipe da área a ser atendida no dia. (BRASIL, 2010, p.15).

É nesse momento que a equipe define as estratégias e planeja as atividades que serão realizadas no dia, sendo necessário também o preparo do carro com os materiais que serão utilizados na realização das atividades e o deslocamento da equipe para o local de trabalho. O carro ficará sempre no local e horário estabelecidos previamente pela equipe, conforme o contato inicial com a comunidade, e, caso haja alguma mudança no roteiro das atividades, ela deve ser comunicada.

As atividades de campo constituem o contato direto com os usuários em seu local de permanência. Os atendimentos acontecem fora do carro, que serve como ponto de referência. A equipe deve estar sempre disponível e ir em busca do usuário, mantendo um contato receptivo e postura acolhedora, desenvolvendo as atividades que foram planejadas, estando apta para atuar na vigência de imprevistos e demandas do momento (BRASIL, 2010).

Conforme Salvador (2012), as atividades desenvolvidas no CR pela equipe são:

- ✓ Promoção da saúde em seu aspecto biomédico e psicológico.
- ✓ Prevenção de DST/Aids: as quais são desenvolvidas diariamente devido à alta exposição de práticas sexuais desprotegidas que favorecem as DST. A atividade deve ser realizada de forma dialogada, com uma linguagem acessível para melhor compreensão dos usuários e que envolva distribuição de preservativos masculinos e femininos explicando sua forma correta de uso e distribuição de recursos didáticos.
- ✓ Redução de danos: ações desenvolvidas pela equipe que favoreçam a participação do usuário no tratamento e na minimização dos danos causados pelas substâncias que utilizam. As orientações devem ser feitas em grupo ou individualmente, as quais favorecem intervenções psicoterápicas e os encaminhamentos.
- ✓ Atividades lúdicas: visando a estabelecer o primeiro contato através de músicas, material lúdico/educativo (fantoche, jogos), e objetivando tratar de forma leve assuntos tidos como tabus, de modo a promover a aproximação do público com a equipe.
- ✓ Oficinas: devem ser realizadas a partir de temas variados que são escolhidos pelo público-alvo, utilizando instrumentos musicais e materiais educativos.
- ✓ Atendimento individual: promover a escuta e a identificação das necessidades de encaminhamento para outro profissional e/ou rede de suporte social.

Apesar do planejamento das ações, o tempo de permanência da equipe na rua não é rígido, variando de acordo com as necessidades dos usuários, e deve ser suficiente para a execução de consultas, das atividades educativas, lúdicas, distribuição de materiais como preservativos, folhetos, seringas e encaminhamentos quando necessário. Neste sentido, Salvador (2012) alerta sobre a importância da flexibilidade para trocar

e compartilhar novos conhecimentos, principalmente no trato com os indivíduos em contexto de rua.

A articulação dos serviços faz com que as ações do CR sejam potencializadas, gerando maior eficácia no atendimento e efetividade nos encaminhamentos e visa a promover também a sensibilização dos demais profissionais para a criação de uma clínica ampliada.

18.2 REDUÇÃO DE DANOS

A redução de danos constitui uma estratégia que aborda os problemas relacionados ao uso de drogas, partindo da elaboração e execução de práticas que diminuem os danos para os indivíduos que usam drogas e para os grupos sociais com os quais eles convivem. Tal abordagem parte do princípio de que não deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito social, seja particular de cada indivíduo. Em se tratando da prevenção, as estratégias visam à utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso de drogas, mesmo quando eles não pretendem ou não conseguem interromper o consumo dos entorpecentes (FONSECA, 2012).

A RD teve sua origem na Inglaterra, no ano de 1926, quando um grupo de médicos definiu o Relatório de Rolleston, que dava aos médicos o direito de prescrever opiáceos aos usuários de drogas psicoativas, vendo nesta medida uma maneira mais adequada de tratar esses usuários e permitir que eles levassem uma vida mais estável e produtiva na sociedade (CRUZ, 2011; PASSOS; SOUZA, 2009).

Os médicos ingleses prescreverem suprimentos regulares de opiáceos [...] como manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos com o objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, depois de prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse provado que o paciente apenas seria capaz de levar uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga fosse administrada regularmente, mas que ficasse incapaz disso, quando a droga fosse inteiramente descontinuada. (SODELLI, 2010, p. 12).

Já em 1980, devido à transmissão e disseminação de HIV entre os usuários de drogas injetáveis, percebeu-se a necessidade de abordar ações de prevenção que fossem efetivas, cujos resultados não dependessem apenas da adesão dos pacientes aos tratamentos de abstinência, pois

o HIV naquela época passou a ser uma ameaça para toda a sociedade (ANDRADE, 2010).

O primeiro programa de troca de seringas aconteceu na Holanda no ano de 1984 e em seguida se espalhou por todo o continente europeu. Naquela época, uma associação de usuários de drogas lançou uma proposta de combate a uma epidemia de hepatite B entre usuários de drogas injetáveis. Depois o sistema de saúde holandês adotou essa proposta e começou a distribuir seringas para evitar que elas fossem compartilhadas, diminuindo assim a transmissão da doença (SODELLI, 2010).

No Brasil, no ano de 1989, a prefeitura de Santos, sob direção de Fábio Mesquita, anunciou um serviço de troca de seringas entre os usuários de drogas injetáveis, com o objetivo de diminuir a disseminação do vírus da Aids, por ser um local onde predominava a maior taxa de infectados pelo vírus. O Ministério Público considerou essa prática um estímulo ao uso de drogas ilícitas e embargou o projeto, levando os médicos a responder judicialmente (SODELLI, 2010).

A partir da atuação das organizações civis, na década de 90, a redução de danos passa a fazer parte da política governamental (ANDRADE, 2010, p.14). No ano de 1994 o Conselho Federal de Entorpecentes deu parecer favorável à realização de atividades de RD, e o primeiro programa brasileiro sistemático começou, em 1995, na cidade de Salvador, Bahia.

No ano de 2002, “o MS passou a considerar a RD como uma estratégia de prevenção ao uso de drogas, e incorporou ao SUS através de serviços específicos como os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD)” (CRUZ, 2011, p. 14). Em 2003 já existiam mais de 150 programas de RD em funcionamento no país.

A redução de danos, hoje, constitui-se em um conjunto de políticas públicas ligadas ao enfrentamento dos eventuais problemas relacionados ao uso de drogas, articulando distintas realidades: prevenção ao HIV/Aids e hepatites virais, promoção integral de saúde às pessoas que usam drogas e diminuição da violência. Tal articulação consiste no apoio/incentivo ao protagonismo das pessoas que usam drogas, na busca pelo cuidado de si. (FÔNSECA, 2012, p. 16).

A partir dessas premissas, percebe-se que o princípio que fundamenta e orienta a RD é o respeito à vida, à liberdade de escolha dos usuários, promovendo o exercício do respeito às diferenças e a retomada do acesso à dignidade e cidadania. Assim, é sempre enfatizado em suas propostas

a necessidade de combater a exclusão social, levar em primeiro lugar o reconhecimento da sua condição de cidadão que tem direitos, antes da condição de usuários de drogas. O objetivo das ações de RD deve ser pautado na inclusão social e no rompimento da marginalização a que são submetidos os indivíduos em função do uso de drogas (FÔNSECA, 2012).

Por fim, a RD tem o papel de minimizar os possíveis danos gerados pelo consumo de drogas que podem afetar a saúde do indivíduo na dimensão biopsicossocial, tendo em vista a promoção à saúde, cidadania e direitos humanos, em que se considera a real necessidade do indivíduo. Assim, as intervenções de RD têm um modo de cuidado que acolhe o paciente em seu sofrimento, diante de suas fragilidades sociais (FÔNSECA, 2012), de modo que o próprio usuário, ao sentir o acolhimento e o cuidado, possa refletir e buscar alternativas que contribuam para a libertação do cativo a que o uso dos entorpecentes certamente vai conduzi-lo.

Foi em uma dessas abordagens, em um trabalho de cunho caritativo denominado “Banho Solidário”, no qual um grupo de voluntários vai à rua na cidade de Ilhéus e promove dignidade às pessoas que lá estão através do banho, que um rapaz – usuário de drogas, o qual vivia em condições de rua e aqui será denominado de Lírio, em respeito à sua identidade –, ao receber a proposta de uma das integrantes de possibilidade de uma vida melhor, não titubeou e aceitou prontamente, sendo conduzido a uma casa de recuperação onde permaneceu internado por um ano, venceu a abstinência e, ao receber alta, permaneceu na instituição agora na condição de trabalhador, pois a experiência que possuía contribuía para compreender o universo, as tentativas de burlar as recomendações, bem como as dificuldades que uma pessoa enfrenta ao decidir se libertar do cativo imposto pelo uso dos entorpecentes. Lírio mostrava aos seus companheiros através do seu exemplo que é possível, basta a disposição efetiva para tal. Atualmente, ele faz parte da equipe do Banho Solidário que o resgatou e contribui com seu olhar sensível para a transformação daqueles que se dispõem.

18.3 O ENFERMEIRO E A REDUÇÃO DE DANOS

O contexto histórico, social, político, econômico e cultural que envolve o problema das drogas é complexo, o que caracteriza um risco para a população e principalmente para aqueles que vivem em situação de

maior vulnerabilidade (GONÇALVES, 2006), como é o caso dos indivíduos que vivem no contexto de rua.

Promover a saúde é proporcionar aos indivíduos que vivem em tal condição meios para que eles possam buscar uma vida melhor e mais saudável, através de ações educativas e preventivas. Neste âmbito, os profissionais enfermeiros são fundamentais no processo de transformação social, participando das diversas atividades voltadas para eles (GONÇALVES, 2006).

As equipes de saúde ao assistirem os dependentes químicos devem procurar desmistificá-los, considerando a visão do indivíduo como um ser humano na totalidade de seus direitos de cidadão. Devem dar chance ao indivíduo para errar, fracassar, se expor em todas as suas dificuldades, assistidos por quem entende isso como um processo [...], mas que são passíveis de refazer seus percursos. (GONÇALVES, 2006, p. 26).

Devido às dificuldades que os usuários têm em acessar os serviços de saúde, esperam que os profissionais sejam facilitadores desse processo, encaminhando-os aos serviços de maior complexidade quando necessário. Em função dessa demanda é que o CR precisa de uma rede de apoio de retaguarda, que dê resolutividade às demandas dos usuários.

As ações do enfermeiro nas atividades desenvolvidas no CR incluem:

Avaliar o comprometimento físico do usuário, orientando-o e encaminhando-o, se necessário, para a rede básica de saúde, atentando para os aspectos psicossociais envolvidos no processo. A rotina pode incluir a distribuição dos preservativos, precedida de orientação sobre sexo seguro e as formas de prevenção das DST/Aids. (SALVADOR, 2012, p. 62).

Portanto, é imperioso que o enfermeiro estabeleça vínculos com a clientela e desenvolva parcerias com outras instituições, como UBS, CAPS, centros de apoio comunitários, entre outros, de modo que o encaminhamento dos indivíduos se dê de forma efetiva, tornando viável a prestação dos cuidados, contribuindo com a reinserção social e uma vida mais saudável para essas pessoas.

Nos diversos serviços de saúde, o profissional enfermeiro pode estar atento para detectar o quanto antes o uso de álcool e outras drogas pelos usuários, a fim de intervir com ações preventivas, educativas e de promoção à saúde, reduzindo, deste modo, a exposição aos riscos nessas pessoas (CARVALHO, 2010).

O enfermeiro contribui na identificação dos problemas relativos à saúde, estabelece diagnóstico de enfermagem, planeja e implementa as intervenções possíveis de serem realizadas e avalia o progresso desses usuários em relação aos resultados que foram estabelecidos.

Nesse contexto, o cuidado prestado tem o papel de reduzir o estigma associado à busca de ajuda e parte do pressuposto de que algumas pessoas vão continuar usando drogas por muito tempo, colocando em questão o que deve ser feito para reduzir as consequências de tal prática e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. Assim, o papel do enfermeiro diante da assistência prestada caminha para obter, de forma continuada, pequenos resultados de melhoria da condição de vida dessas pessoas (CARVALHO, 2010).

As condutas adotadas pelo enfermeiro devem ter em vista a substituição do comportamento de risco desse indivíduo para si e para a sociedade, diminuindo as consequências negativas geradas pelo consumo de drogas. O profissional deve criar uma relação de abertura, confiabilidade e solicitude, e promover ações que envolvam a educação em saúde como ferramenta de transformação e aquisição de bem-estar.

Neste sentido, “a educação em saúde é atualmente compreendida como um processo complexo que unindo um conjunto de saberes e práticas diversas, busca proporcionar às pessoas ao mais alto nível de saúde” (SOUSA, *et al.* 2010, p. 57).

A atuação do enfermeiro, nesta perspectiva, busca conscientizar esses indivíduos a respeito da sua situação de vida e das consequências negativas que são refletidas em função da utilização dos entorpecentes, porquanto, conforme Sousa *et al.* (2010, p. 59), “a educação em saúde visa a adoção de um novo paradigma educacional centrado na promoção de escolhas saudáveis, livres e racionais [...]”.

Das diversas formas de atuação do enfermeiro, a prática educativa é vista como uma estratégia principal de promoção à saúde, e as ações devem ser desenvolvidas a partir da relação profissional/indivíduo, em que haja espaço para o não julgamento, de modo que o indivíduo sinta que pode externar seu modo de pensar, de agir, expor suas fragilidades e encontre no profissional um canal que aponte suas qualidades e incentive-o a adotar medidas que contribuam para melhorar sua qualidade de vida.

A abordagem educativa objetiva minimizar os danos em virtude do uso de drogas para o indivíduo e para a sociedade, respeitando o direito de escolha e o tempo de cada um, em face da nova postura que será ou

não adotada, e promover maior acesso aos serviços de saúde. Os danos causados pelo uso de drogas, sejam eles de qualquer natureza, devem ser minimizados, e o direito do indivíduo pela opção de usar a droga deve ser respeitado (SOUZA, 2010), tendo em vista que o princípio que fundamenta e orienta a RD é o respeito à vida e à liberdade de escolha dos usuários.

Os profissionais de enfermagem são agentes-chave no processo da transformação social dos países, participando no desenho e implementação de programas e projetos de promoção da saúde, prevenção do uso e abuso de drogas e integração social. (LIMA; SOUZA, 2004, p. 276).

O enfermeiro, enquanto agente que impulsiona a transformação social, não pode ficar à margem do processo educativo da população, levando-a a pensar, a partir de si mesma, sobre sua situação de vida e possivelmente adotar uma postura de mudança de comportamento, pois esta se configura, entre as atividades desenvolvidas, como a atribuição mais importante desse profissional.

Para que haja efetividade no processo educativo, é importante que seja considerada a interação entre os saberes do profissional e do indivíduo, de modo que as propostas de intervenção tenham compatibilidade com a realidade vivenciada pela comunidade e contribua com a mudança dela.

Estudos constatarem o despreparo familiar para lidar com a dependência química dos filhos, bem como a insegurança em relação ao tratamento e a dificuldade dos indivíduos em superar a dependência (HENRIQUES, 2018). Neste contexto, é importante salientar que a família deve ser inserida nos cuidados, pois que, quando um filho se envolve com o consumo de entorpecentes, os sentimentos vivenciados pelos pais são de impotência, insegurança, desesperança, desespero e sensação de ter falhado no exercício da maternidade/paternidade.

Após a descoberta, os pais precisam se empoderar do compromisso assumido na educação da prole. Neste momento, eles devem buscar ajuda para entender que os motivos de buscas do filho diferem daqueles que eles consideram como saudáveis. O diálogo sensível e lúcido é crucial, e eles precisam se fortalecer, pois o equilíbrio consiste no divisor de águas entre o filho permanecer nas dependências do lar ou ser expulso de casa, e essa última opção vai contribuir para que ele mergulhe ainda mais na “viagem”, muitas vezes sem volta, que uso de drogas pode provocar.

Por outro lado, o estímulo ao autoconhecimento do usuário, quando a condição de lucidez permite, contribui para o despertar e o “cair em si”; neste momento ele, embora queira abandonar o uso das substâncias entorpecentes, percebe que elas já o dominam, requerendo do indivíduo força de vontade para superar a condição adversa, o que é possível com a perseverança do jovem e o exercício do seu poder de escolha, e para tanto é recomendado que ele evite exposição aos ambientes que favorecem a manutenção do vício.

Neste momento, o enfermeiro pode auxiliar os pais através de recomendações para que estes passem a demonstrar a importância que aquele integrante tem no núcleo familiar, destacando suas qualidades, promovendo o envolvimento em atividades que estimulem sua criatividade, comprometendo-o com a vida de outro ser, que pode ser um animal de estimação sob a responsabilidade do jovem, intensificando os cuidados e não desistindo dele.

Outro aspecto de crucial importância consiste em os pais alimentarem-se do sentimento de esperança. Eles precisam perceber que este momento, embora difícil, vai passar e contribuirá para que no futuro ambos estejam mais unidos e sejam capazes de empreender buscas mais significativas e saudáveis, e, quem sabe, colaborar para a recuperação de outros que ainda se encontram perdidos nos espinheiros da senda evolutiva.

18.4 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

O Consultório de Rua é uma alternativa singular que pode contribuir com a redução de danos das pessoas que utilizam entorpecentes e se encontram em condição de rua, e a equipe responsável por atender tais indivíduos podem criar laços de confiabilidade e promover o acesso aos serviços de saúde, em seu próprio contexto de vida na rua.

O enfermeiro, no exercício da função de educador, pode contribuir sobremaneira com esses indivíduos para que eles reconheçam a sua condição de vida, suas fragilidades e os danos que o uso dos entorpecentes pode provocar.

As ações desenvolvidas no contexto de rua têm como propósito fundamental mostrar aos indivíduos os riscos a que eles estão expostos e as formas de prevenção, de modo que os danos à saúde sejam reduzidos, além de proporcionar aos usuários, na vigência de condição, reflexões

que contribuam com o processo de mudança, pautada nas suas próprias escolhas.

Neste sentido, o enfermeiro pode ser um articulador entre as pessoas em condição de rua e outros serviços de saúde conforme as necessidades dos usuários e um facilitador que contribua de forma significativa no que tange ao cuidado prestado a estes indivíduos, bem como aos seus pais, e sua capacidade para acolher e criar vínculo poderá contribuir com o processo de mudança.

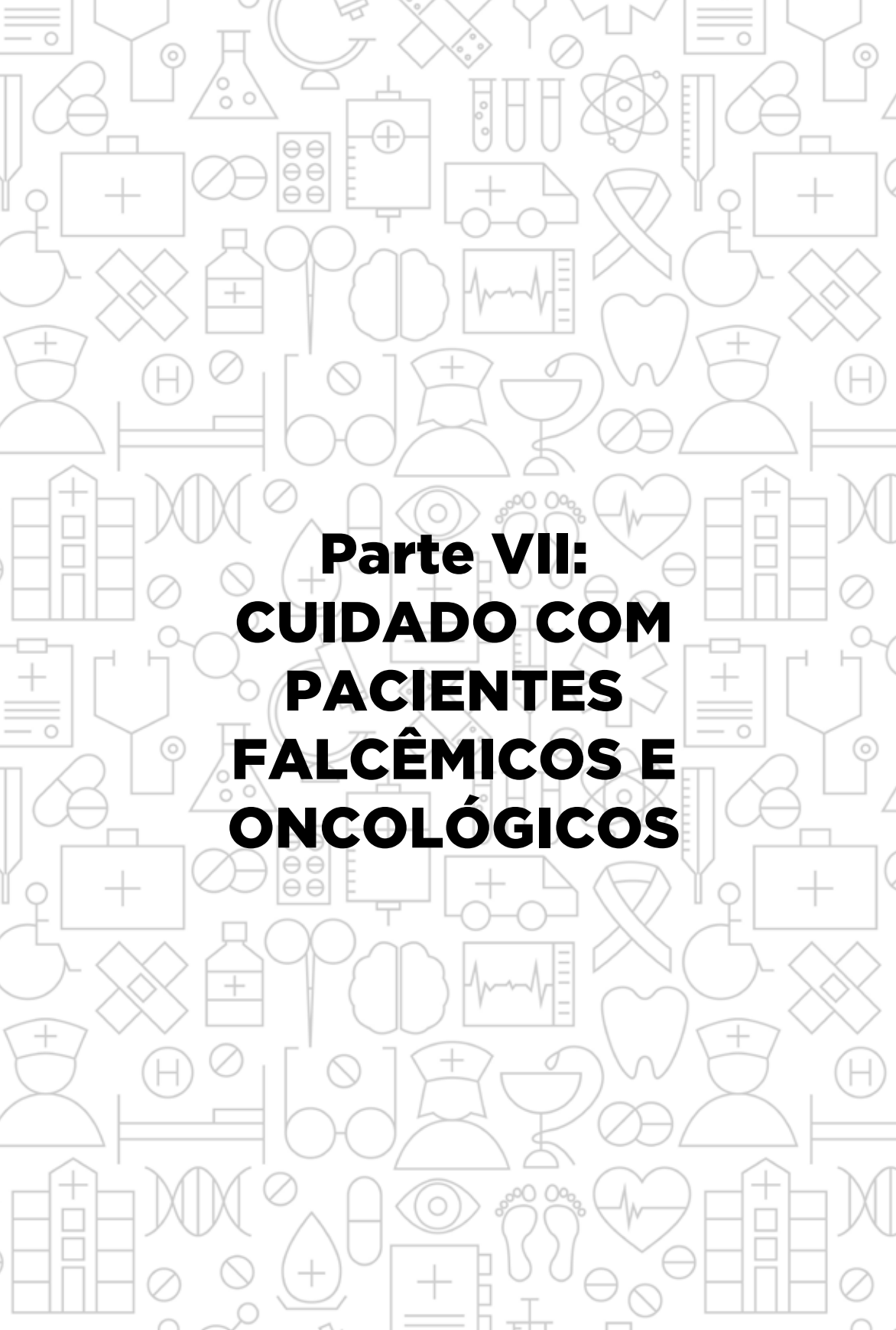
REFERÊNCIAS

- ANDRADE, T. M. **Redução de danos: um novo paradigma?**, 2010. Disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de__danos_-_um_novo_paradigma.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.
- BRASIL. **Consultório de Rua do SUS**. Brasília: Ministérios da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_rua17_1_11.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.
- CARVALHO, M. M. L. de. **O enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos: a percepção do toxicodependente**. Dissertação. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal, 2010.
- CRUZ, M. S. Redução de Danos, prevenção e assistência. *In: Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2011, p. 138-147.
- FONSECA, C. J. B. da. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, 2012, v.1, n.1, p. 11-36. Disponível em: <http://www.fejal.com.br/revista/index.php/psicologia/article/view/42/21>. Acesso em: 15 maio 2020.
- GONÇALVES, S. S. P. M. **Atenção de enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas no contexto dos serviços de saúde extra-hospitalares: um estudo exploratório de campo**. Dissertação. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2006. Disponível em: http://www.bdtd.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3422. Acesso em: 15 maio 2020.

- HENRIQUES, B. D. *et al.* Uso de crack e outras drogas: percepção familiar em relação à rede de suporte em um centro de referência. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**. 23(10) out. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n10/3453-3462/>. Acesso em: 15 maio 2020.
- LIMA, F. G. SOUZA, M. I. P. C. de. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 2. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004, p. 272-279. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71413211.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.
- MAYER, R. T. da R.; ALBERTI, A. Z.; ALMEIDA, S. A. de; GASPAR, F. L.; MINOZZO, F. Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde. **Dividir para somar**. Rio de Janeiro: Viva comunidade, 2010. Disponível em: http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.
- NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/230824010_Drogas_e_reduo_de_danos_uma_cartilha_para_profissionais_de_sade. Acesso em: 15 maio 2020.
- OLIVEIRA, M. G. P. N. de. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. Dissertação. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009. Disponível em: http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Dissertacao_final_MIRIAN_GRACIE_2.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.
- PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos no Brasil: aspectos históricos e políticos. In: Tedesco, S.; Nascimento, M. L. **Ética e Subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 96-110.
- SALVADOR. **Guia do Projeto Consultório de Rua**. Salvador, 2012. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329225.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.
- SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de droga. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010, p. 637-644. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a05.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

SOUSA, L. B. de; TORRES, C. A.; PINHEIRO, P. N. da C.; PINHEIRO, A. K. B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan./mar.; v. 18, n. 1, p. 55-60. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

SOUZA, K. M. de. **Práticas educativas sobre saúde e drogas entre educadores de programas sociais**: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2165. Acesso em: 15 maio 2020.

The background is a dense, repeating pattern of white line-art icons on a light gray background. The icons represent various medical and healthcare concepts: a microscope, laboratory glassware (flasks, test tubes), a brain, a heart with an ECG line, a DNA double helix, a nurse's cap, a doctor's cap, a caduceus, a cross, a bandage, a tooth, a heart, a hand, a foot, a pill, a syringe, a clipboard, a hospital building, a hospital bed, a pair of glasses, a pair of scissors, a pair of hands, a pair of feet, a pair of eyes, a pair of ears, a pair of mouth, a pair of nose, a pair of throat, a pair of lungs, a pair of stomach, a pair of intestines, a pair of bladder, a pair of kidney, a pair of liver, a pair of spleen, a pair of pancreas, a pair of gallbladder, a pair of stomach, a pair of liver, a pair of spleen, a pair of kidney, a pair of bladder, a pair of prostate, a pair of uterus, a pair of ovary, a pair of testis, a pair of epididymis, a pair of vas deferens, a pair of urethra, a pair of penile, a pair of scrotum, a pair of penis, a pair of clitoris, a pair of vagina, a pair of cervix, a pair of uterus, a pair of ovary, a pair of testis, a pair of epididymis, a pair of vas deferens, a pair of urethra, a pair of penile, a pair of scrotum, a pair of penis, a pair of clitoris, a pair of vagina, a pair of cervix, a pair of uterus, a pair of ovary, a pair of testis, a pair of epididymis, a pair of vas deferens, a pair of urethra, a pair of penile, a pair of scrotum, a pair of penis, a pair of clitoris, a pair of vagina, a pair of cervix, a pair of uterus, a pair of ovary.

**Parte VII:
CUIDADO COM
PACIENTES
FALCÊMICOS E
ONCOLÓGICOS**

É certo que o enfermeiro assume o protagonismo do cuidado, principalmente ao se tratar de pacientes com doenças crônicas. É ele quem vai prestar a devida assistência, desde o diagnóstico da doença, passando pela fase das cirurgias, radioterapias, quimioterapias, transfusões, transplantes, cuidados paliativos até o processo de finalização da vida.

O enfermeiro, dentro da equipe multidisciplinar, tem um papel fundamental, já que é o profissional que dedica mais tempo ao lado do paciente, até mesmo de forma integral. É responsável por diversos processos para que a atenção à saúde seja garantida, e são de sua competência a detecção precoce, a função educativa, o tratamento e, é claro, a reabilitação.

Esta seção do livro enfatiza o papel do enfermeiro e a importância da categoria profissional, ao mesmo tempo que reconhece, principalmente, a necessidade de uma busca constante por qualificações e especializações, mas, acima de tudo, a humanidade que a profissão exige, no contexto de lidar com um ser tão complexo, dotado de sentimentos e sensibilizado pela doença crônica.

Esta literatura destinada aos enfermeiros nos leva a compreender que a assistência de enfermagem deve ir além do cuidado técnico, buscando humanizar o atendimento, sabendo que o paciente de doença crônica não deseja apenas a solução do problema, mas o alívio e o conforto pessoal.

Regiane Buralho S. França
(Enfermeira especialista em Oncologia pela SBEO)

A doença na infância, mais precisamente as doenças crônicas, tem várias consequências sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança. Entre as doenças crônicas, há a anemia falciforme, que é uma doença hereditária de alta incidência e de morbimortalidade elevada, devido à má-formação das hemácias, que causa uma série de complicações em todos os órgãos do corpo, além das crises severas de dores provocadas pela oclusão dos vasos sanguíneos.

Essa doença é decorrente de uma mutação genética que ocorre quando uma pessoa recebe do pai o gene com mutação para produzir hemoglobina S e da mãe o mesmo gene, com a mesma característica. Ela então nascerá com um par de genes com a mutação e assim será portadora da doença; contudo, se ela receber apenas um gene com alteração, terá somente o traço da anemia falciforme, o que não implicará sua saúde e não será necessário tratamento (BRASIL, 2007).

Anemia falciforme não se trata de uma deficiência de ferro, como é o caso da anemia comum, mas é uma anemia crônica por conta da destruição antecipada das hemácias e pela redução da hemoglobina, o que leva a um aumento considerado na morbidade e mortalidade. O tratamento da patologia é de competência dos centros hematológicos, e uma das principais formas de diagnóstico da doença ocorre na fase lactente, através da triagem neonatal. Logo que diagnosticada, a criança falcêmica deve ser acompanhada por especialistas.

O exame que detecta anemia falciforme foi incluído em 2001 no Programa Nacional de Triagem Neonatal de doze estados da Federação e a Portaria Ministerial nº 1.131 inclui atenção aos falcêmicos no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

As crianças falcêmicas apresentam maiores riscos para infecções, o que representa uma das principais causas das inúmeras hospitalizações. Diante dessa problemática, destaca-se a importância dos cuidados de enfermagem, buscando a melhoria das condições da criança, pois o cuidado, enquanto objeto de estudo da ciência da enfermagem, deve ser planejado, individualizado e holístico, no atendimento das necessidades humanas básicas de cada falcêmico, levando em consideração o contexto social no qual a criança está inserida.

Assim, é imprescindível o reconhecimento pelo enfermeiro das modificações causadas pelo comportamento da patologia no organismo des-

sas crianças e pelas alterações psicológicas em seus familiares, a fim de prestar uma assistência eficaz. Além disso, inclui-se a identificação de eventuais complicações e direcionamento de um plano de cuidado condizente com as reais necessidades da criança, objetivando reduzir a incidência de crises e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

O que despertou o interesse em escrever sobre o tema foi o fato de conviver com um portador, presenciar suas dificuldades e perceber a importância dos cuidados. O diagnóstico precoce é perceptível na triagem neonatal e contribui com intervenções oportunas, de modo que os cuidados da equipe multiprofissional possam minimizar os efeitos que a doença causa na criança, e o apoio dos profissionais de saúde aos familiares esclarecendo dúvidas sobre a doença e continuidade dos cuidados no ambiente familiar é muito importante para garantir o crescimento e desenvolvimento saudável dos falcêmicos.

19.1 A ANEMIA FALCIFORME

O termo anemia falciforme é utilizado para se referir à alteração na molécula de hemoglobina, em que ela se apresenta com um formato de foice. Durante muitos anos a doença era considerada exclusiva da raça negra, devido a sua predominância nessa população. De acordo Zago (2001), constata-se que a doença teve sua origem na África, em zonas endêmicas de malária, aparecendo posteriormente em outros continentes, e foi trazida para o Brasil pela migração de escravizados africanos nos séculos XVI e XVIII, sustentando-se assim uma relação entre negros e a anemia falciforme.

Com a migração populacional voluntária ou forçada, a doença se disseminou em vários outros continentes, o que resultou em um problema de ordem não apenas do continente africano. Pesquisas realizadas por Macedo e Maio (2005) relatam que as células sanguíneas com formato de foice foram observadas pela primeira vez por James B. Herrick em 1910, o qual descreveu um estudo de caso de um jovem negro portador da doença falciforme.

Desde então, outros estudos foram realizados em diferentes países com o objetivo de conhecer aspectos relevantes da doença, como: causa, origem e evolução. Assim, ela se tornou um problema para indivíduos em geral, independentemente da origem continental. Conforme Ramalho *et al.*, (1983) citado por Moreira (2000), no Brasil a doença foi referida pela

primeira no Rio de Janeiro 1985 por Cruz Jobin, mas a difusão maior só ocorreu 1947 pelo médico Jessé Accioly, na Bahia. Na época foi também realizado um estudo de caso em um indivíduo negro acometido pela doença.

De acordo com estudos, essa alteração na hemoglobina pode estar relacionada à resposta do organismo humano ao *Plasmodium falciparum*, agente etiológico da malária. Essa é uma das teses sustentadas pelo fato de que durante anos a malária era a grande causa de mortalidade no continente africano, sendo que os portadores de traços falcêmicos se tornavam resistentes à doença, entretanto esses indivíduos passaram a produzir a hemoglobina S (HbS), em vez da hemoglobina A (HbA) (SÃO PAULO, 2007). Acredita-se que a natureza resolveu proteger seus filhos da morte pela malária, provocando neles a alteração na hemoglobina, assim os portadores das hemácias modificadas não seriam infectados pela malária, porém ocasionou-lhes uma nova doença.

No Brasil, nas décadas de 1930 a 1940, a vinculação da anemia falciforme à raça negra foi expandida e a miscigenação provocava uma interferência na epidemiologia do país devido à propagação de outras epidemias (CAVALCANTI; MAIO, 2011). A doença ficou conhecida durante anos como um problema de ordem racial, o que limitava o conhecimento sobre a patologia, além de influenciar a criação de programa de política de saúde no país, específico para a população negra.

Relatam Maio, Monteiro e Fry (2005), *apud* Cavalcanti e Maio (2011), que por volta do ano de 1990, no Brasil, tiveram início os debates sobre a adoção de políticas de saúde voltadas para a doença, quando a anemia falciforme adquiriu visibilidade, pois era considerada doença genética específica da raça negra, o que legitimaria a adoção de estratégias de saúde para essa população. Segundo Soares *et al.* (2009), citado por Ferreira (2012), a compreensão da mistura de raças no Brasil mudou o conceito da anemia falciforme como uma doença de negros, não estando mais relacionada a fator racial, ressaltando apenas a importância histórica sobre a origem da doença.

Conforme Bandeira *et al.* (2007), anemia falciforme é uma hemoglobinopatia de origem genética de maior incidência no Brasil, caracterizada por problemas estruturais na hemácia ou de sínteses das hemoglobinas, ocasionando comprometimento de tecidos e órgãos. De acordo com Cesar (2010), Linus Pauling, Harvey Itano, S. J. Singer e Ibert Wells, em 1949, foram os pioneiros a relacionar a doença falciforme como resulta-

do de uma má-formação da molécula de hemoglobina, sendo a alteração vinculada a uma mutação de uma proteína específica. Esse estudo apresentou um avanço na história da biologia molecular.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ocorre uma mutação que resultará na substituição do ácido glutâmico por uma valina na posição 6 da cadeia beta, desta forma ocorrerá modificação físico-química na molécula da hemoglobina (BRASIL, 2002). As moléculas de hemoglobina podem sofrer polimerização, com um evento conhecido como falcização das hemácias, que é a mudança da forma normal para a forma de foice. Essa deformação da hemácia provoca oclusão vascular, isquemia e infarto tecidual, além de ocasionar a redução da vida média dos glóbulos vermelhos para até 15 dias (BRASIL, 2010).

A hemácia normal tem formato bicôncavo, com depressão de ambos os lados e uma elasticidade que lhe permite passar por vasos sanguíneos minúsculos. À medida que a porcentagem de saturação de oxigênio da hemoglobina diminui, essas moléculas perdem suas propriedades, tornam-se rígidas e afoiçadas (BRASIL, 2006). Na maioria dos casos, os pais são portadores assintomáticos de um gene único afetado, transmitindo cada um deles o gene alterado para o filho que, ao receber o gene anormal em dose dupla, herdado dos pais, para formação da hemoglobina, tem comprometida a estrutura das hemácias e suas funções.

O portador da anemia falciforme herda genes para um tipo de hemoglobina S (HbS), em vez da hemoglobina normal denominada A (HbA), apresentando assim genótipo HbSS. O traço falciforme se manifesta quando apenas uma cópia do gene é herdada (HbAS), e os portadores dele não apresentam nenhum sintoma clínico, já que a quantidade de HbS é menor que HbA (BRASIL, 2007).

Conforme a contribuição de Naoum e Naoum (2002), após a mudança em sua estrutura, as células afoiçadas passam a não circular mais adequadamente nos vasos sanguíneos de menores calibres, causando obstrução do fluxo sanguíneo pela aderência das células falciformes no endotélio vascular. Esse processo fisiopatológico acarreta graves complicações com maior frequência após os seis meses de vida, uma vez que ocorre a redução da hemoglobina fetal. Pitombeira e Neto (2003) dizem que os indivíduos são geneticamente diferentes e algumas das diferenças representam mudanças genéticas patológica bastante distintas entre as pessoas.

Zago e Pinto (2007) relatam que a manifestação clínica da doença está diretamente relacionada a hemoglobina S (HbS). Mesmo que as hemoglobinas A (HbA) e fetal (HbF) se encontrem em concentrações elevadas, não conseguem formar estruturas organizadas dentro das hemácias. A doença falciforme apresenta uma variabilidade de sintomas clínicos, sendo ainda muito comuns quadros de complicações na falcêmia.

A gravidade da doença está relacionada com a maior porcentagem da HbS. Os sintomas são causados, principalmente, por obstrução dos vasos sanguíneos pelas hemácias afoiçadas e hipóxia dos tecidos, provocada pela perfusão anormal do sangue (BRASIL, 2010). Deste modo, a doença apresenta uma inconstância clínica, pois que, enquanto alguns indivíduos têm quadro de complicações e frequentes hospitalizações, outros apresentam uma evolução benigna, quase assintomática.

Conforme estudos, na maioria das vezes o primeiro sinal da patologia na criança é a dactilite, também conhecida como a síndrome mão-pé, que surge frequentemente entre o quarto mês e um ano de vida, e consiste em um processo inflamatório agudo das articulações, tornozelos, punhos, mãos e pés, dificultando a movimentação (BRASIL, 2006).

As crises álgicas são também manifestações frequentes, que são resultados do dano tissular isquêmico secundário à obstrução do fluxo sanguíneo pelas hemácias falcizadas. As dores podem durar de quatro a seis dias, passíveis de permanecer por períodos maiores. Vários fatores contribuem para as crises álgica, tais como: hipóxia, infecção, desidratação e febre (BRASIL, 2006). As dores são na maioria das vezes na região lombar, nas articulações e ossos longos, podendo aparecer em outras regiões do corpo, o que consiste nas principais causas das diversas hospitalizações (BRAGA, 2007).

A redução de oxigenação dos tecidos (hipóxia) está relacionada ao formato de foice das hemácias, podendo apresentar hipóxia local ou sistêmica, de acordo com a quantidade de hemoglobina S: quanto maior o grau de polimerização, mais severa pode ser a hipóxia e consequentemente a adesão das hemácias no endotélio vascular (BRASIL, 2010).

As infecções nos falcêmicos são comuns e estão relacionadas à perda funcional do baço, órgão responsável pela remoção das bactérias do organismo. A febre deve ser sempre vista como sinal de alerta, podendo ser início de uma infecção (SÃO PAULO, 2007). Eles são 400 vezes mais propensos a desenvolver quadros de infecção, que podem evoluir rapidamente para a morte, se não tratados adequadamente. A infecção

é a primeira grande causa de mortalidade infantil na doença falciforme (BRASIL, 2008).

Outro fator importante para os falcêmicos é assegurar uma boa hidratação, principalmente nos episódios febris, falta de apetite e calor excessivo, pois eles são susceptíveis à desidratação devido à incapacidade de concentrar a urina, com conseqüente perda excessiva de água, o que contribui para aumentar a falcização (BRASIL, 2010). Essas crianças podem ainda apresentar icterícia, em função da destruição rápida dos glóbulos vermelhos (hemólise), aumentando o índice de bilirrubina circulante no corpo, tornando a pele e esclera amareladas (SÃO PAULO, 2007).

A anemia falciforme é cada vez mais comum em crianças, uma estimativa triste pelos problemas que advém da doença, seja em decorrência das crises álgicas, seja pela suscetibilidade às inúmeras infecções, podendo inclusive culminar na morte delas, além, é claro, do impacto na família por presenciar o sofrimento que a doença imprime na criança.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), acredita-se que 5% da população mundial é portadora de gene para hemoglobinopatia. A doença falcêmica é altamente frequente no continente africano, podendo chegar a até 25% em algumas regiões. A OMS estima que na África nasçam cerca de 268 mil crianças por ano com a patologia e um número ainda mais elevado de portadores de traços (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, ela representa um grande problema de saúde pública mundial. Com base no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), a doença falciforme é altamente predominante no território brasileiro: nascem a cada ano cerca de 200.000 crianças com traço falcêmico e 3.500 com a doença, distribuídas na população de forma heterogênea, sendo maior a incidência em negros e pardos (BRASIL, 2009).

Estudos realizados por Naoum e Naoum (2004) demonstram que a incidência da doença varia de 1% em cidades do Sul, podendo chegar a 5% ou 6% em estados como a Bahia. A predominância dela é maior nas regiões de grau mais elevado de miscigenação, evidenciando a predisposição deste grupo étnico. Segundo o Ministério da Saúde (2008), na Bahia se encontra o maior número de casos, sendo um doente a cada 650 nascimentos e um portador de traço falciforme a cada 17 nascimentos. É alto o número de casos dela também em outros estados, como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Maranhão e Pernambuco.

Estudos revelam que a doença afeta milhões de pessoas em várias partes do mundo e representa alto índice de morbidade e mortalidade: cerca de 25% dos falcêmicos sem assistência especializada morrem antes de completar 5 anos de idade em nosso país (BRASIL, 2005).

Esses dados demonstram a magnitude do problema, o que requer esforços para minimizar as consequências da doença, além de evitar que continue a ocorrer a desassistência por falta de conhecimento familiar quanto ao diagnóstico e orientação especializada. Para que as oportunas intervenções ocorram, é necessário que a ela seja diagnosticada precocemente, o que vem tornando-se mais recorrente em uma parcela da população, tendo em vista a evolução da ciência e da medicina para detectar a existência da patologia antes da manifestação dos sintomas.

O diagnóstico precoce é feito no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) e recomenda-se que o teste seja feito na primeira semana, mais precisamente no quinto dia de vida da criança (BRASIL, 2009). O diagnóstico laboratorial da doença no neonato se estabelece com a detecção da hemoglobina S e esses métodos permitem também a detecção dos portadores de traço e de outras hemoglobinas. Na doença falciforme, as principais possibilidades fenotípicas ao nascimento são: Hb FS, Hb FSC, Hb FSA e Hb FSD-Punjab (FERRAZ; MURAO, 2007).

Independentemente do fenótipo encontrado para a doença, a criança deverá ser encaminhada à consulta médica e o exame repetido após o sexto mês de vida. A partir dos 4 meses de idade, o diagnóstico pode ser feito por teste mais simples. A eletroforese da hemoglobina é incapaz de diferenciar os genótipos, mas pode confirmar a presença da HbS. Quanto mais precoce for o estabelecimento de uma linha de cuidado à saúde, maiores serão os benefícios individuais dos falcêmicos (BRASIL, 2009).

Vários outros exames complementares podem ser necessários para o diagnóstico diferencial das diversas formas da doença, como também a realização do estudo familiar, que objetiva identificar pacientes que necessitam de terapia ou aconselhamento, pois a doença falcêmica não tem cura, mas algumas medidas gerais e preventivas podem ser feitas para minimizar as consequências da anemia e suas crises. As medidas incluem diagnóstico e terapia precoce, assim como boa nutrição e hidratação.

Quando a triagem é realizada preferencialmente na primeira semana de vida da criança, é responsável diagnosticar e tratar os casos suspeitos de quatro importantes hemoglobinopatias (FERREIRA, 2012). Após o diagnóstico precoce por meio da triagem neonatal, a assistência

aos portadores se inicia. Na atenção primária, as famílias são orientadas para que essas crianças recebam os cuidados necessários e sejam acompanhadas por equipes multiprofissionais, sendo encaminhadas a centros hematológicos de referência para garantir integralidade na assistência (BRASIL, 2009).

Essa doença causa inúmeros processos de oclusão dos vasos sanguíneos no baço, e o órgão não exerce sua função de forma eficaz, sendo necessário que se inicie o programa de imunização no doente, antes que se instale um processo infeccioso. É recomendável também um programa de vacinação precoce, concomitante aos programas habituais de imunizações e suplementação diária com ácido fólico por via oral (BRASIL, 2006).

Segundo Ferreira (2012), o tratamento antibiótico profilático consiste na administração de penicilina, que poderá ser por via oral ou intramuscular, a depender do critério médico e conforme o peso da criança. O autor relata ainda que, nos casos de alergia a penicilina, utiliza-se a eritromicina por via oral. Alguns centros de referência contam com atendimento odontológico, pediátrico, psicológico e fisioterápico para cuidar dos doentes.

A transfusão sanguínea deve ser evitada no tratamento dos pacientes com anemia falciforme, além de ser contraindicada na anemia assintomática. Os analgésicos são utilizados nas crises de dor, porém de forma cautelosa. O tratamento preventivo consiste em: medidas de higiene, em uso de calçados para proteção dos pés, cuidados contra picadas de insetos, restrição ao sódio, evitar fatores desencadeantes de estresse e frio, boa nutrição e hidratação, conforme já citado (BRASIL, 2010).

Simões *et al.* (2007) referem que o único tratamento curativo para pacientes com a doença falcêmica é o transplante de células-tronco hematopoiéticas, e os critérios de elegibilidade nos Estados Unidos e Europa foram inicialmente para idade de 2 a 16 anos. As experiências de transplante na medicina brasileira são resumidas a alguns poucos casos e foram realizadas somente mediante a presença de complicações da própria doença.

Progressivamente, a doença falciforme pode atingir todos os sistemas do corpo humano, trazendo complicações clínicas intensas que podem comprometer a vida, além de interferir no psicológico da criança e comprometer o seu crescimento e desenvolvimento. Segundo Zago e Pinto (2007), a principal causa dos problemas consiste na sobrevivência

das hemácias, que é menor nesses indivíduos, cuja hemólise acarreta o aumento da bilirrubina indireta, hiperplasia eritroide da medula óssea e elevação dos reticulócitos. Outros fatores também podem contribuir para agravar a doença, como carência de folato, insuficiência renal, esplenomegalia e crises aplásticas.

Os falcêmicos estão sujeitos à diminuição da produção de glóbulos vermelhos, principalmente quando a dieta é pobre em folato durante a fase de crescimento da criança. Além disso, a carência do ácido fólico pode estar relacionada a um maior risco de trombose nesses indivíduos, o que requer a suplementação de doses diárias de vitaminas (BRASIL, 2010).

A função renal debilitada é outra manifestação crítica da doença, que também ocorre devido aos processos vaso-oclusivos, causando mudanças estruturais e funcionais nos rins. Assim, os falcêmicos perdem a capacidade de concentrar urina, necessitando urinar com mais frequência, e ainda podendo ocasionar desidratação severa e intensificar a falcição (SÃO PAULO, 2007).

Os pacientes com anemia falciforme podem ainda evoluir para um quadro de sequestro esplênico, que é definido como um aumento rápido do baço (esplenomegalia), acompanhado de uma diminuição nos níveis de hemoglobina, ocorrendo de forma repentina, principalmente em crianças a partir dos 5 meses de idade e raramente após os 6 anos, sendo a causa mais frequente de óbito nestes pacientes, em função do choque hipovolêmico. Caracteriza-se por um súbito mal-estar, palidez, dor abdominal, além de sintomas de anemia e hipovolemia (BRASIL, 2006).

As crises aplásticas geralmente ocorrem após processos infecciosos, mesmo os relativamente insignificantes. Essas crises estão comumente relacionadas com quadros de infecção pelo Parvovírus B19. Clinicamente se apresentam por sintomas de anemia aguda sem aumento esplênico. A principal diferença laboratorial entre essas crises e as de sequestro esplênico é a presença de reticulocitopenia na crise aplástica e reticulocitose no quadro de sequestro esplênico. Tais crises são autolimitadas com duração de 7 a 10 dias e raramente recorrem (BRASIL, 2006).

Além das complicações supracitadas, a criança pode apresentar também: acidente vascular cerebral (AVC), priapismo, retinopatia e problemas pulmonares.

O AVC ocorre devido à obstrução nas artérias intracranianas de pequeno calibre, sendo mais comumente afetados os territórios das artérias

cerebral média, carótida interna e cerebral anterior; caracteriza-se por déficit neurológico focal, convulsões, afasia e por vezes cefaleia intensa de início súbito, sendo a hemiplegia a apresentação clínica mais frequente (VAN-DUNEM, 2004, *apud* Ferreira 2012).

Diversos fatores e complicações podem advir quando se ocorre o evento da falcização, a exemplo do priapismo, que é uma ereção dolorosa do pênis que pode ocorrer em episódios breves e recorrentes, ou em episódios longos, podendo causar impotência sexual. Pode ser acompanhada de dor abdominal e perineal, disúria ou retenção urinária. Por vezes, há edema escrotal e aumento da próstata (BRASIL, 2006).

Os portadores de anemia falciforme manifestam ainda maiores riscos para desenvolver retinopatias, resultado da obstrução dos microvasos oculares pelas hemácias falcizadas, causando perdas gradativas da visão até culminar em cegueira (SÃO PAULO, 2007). Ocorrem também dificuldades pulmonares em decorrência também das obstruções, nesse caso, das vias aéreas superiores, e essas infecções muitas vezes estão relacionadas à baixa imunidade dos portadores da patologia, cujo estado pró-inflamatório pode levar a distúrbios ventilatórios obstrutivos ou restritivos, causando hipertensão pulmonar ou até mesmo a morte da paciente (MOREIRA, 2007).

A doença assume grande importância no contexto dos problemas de saúde pública. Quando o controle é inadequado, pode ocasionar uma série de complicações, limitações, sofrimento e morte. Porém, tendo uma assistência efetiva, que consiga se antecipar aos eventos e revertê-los em tempo oportuno, a doença pode ter uma evolução favorável. Para tanto, o conhecimento da família é crucial, pois muitas medidas preventivas ocorrem no contexto familiar, o que requer comprometimento e cuidados contínuos.

19.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM ANEMIA FALCIFORME

O enfermeiro é um profissional que tem como características em sua atuação a assistência, a gerência, as atividades educativas e a pesquisa, sendo o cuidar o alicerce da profissão, que se configura em prevenir doenças, promover e restaurar a saúde dos indivíduos. Para tanto, requer desse profissional a busca incessante por conhecimentos, de modo a alicerçar sua prática e ser um diferencial para as pessoas que precisam de

cuidados, e o acolhimento é essencial para promover uma assistência efetiva e humanizada, principalmente em se tratando de crianças, em função das dificuldades vivenciadas.

A doença falciforme e suas complicações clínicas têm níveis hierarquizados de complexidade. Outrora a percepção do tratamento era de competência exclusiva dos centros hematológicos. Os níveis intermediários da atenção à saúde desconheciam ou mesmo ignoravam a enfermidade dentro da linha de cuidados (KIKUCHE, 2007). Quando ela foi incorporada nos níveis de cuidados intermediários pelo SUS, os profissionais enfermeiros passaram a exercer um relevante papel na melhoria da qualidade de vida dos doentes, além de contribuir com a aprendizagem da família.

Estudos realizados por Collet e Oliveira (2002) constataram que a assistência de enfermagem objetiva realizar cuidados propícios à necessidade individual de cada paciente, avaliando os sistemas que possam ser afetados pela obstrução circulatória, incluindo os sinais vitais e neurológicos, a visão, a avaliação auditiva, bem como os sistemas respiratório, gastrointestinal, renal e musculoesquelético.

Na atenção básica, a enfermagem efetua um importante papel, a começar no pré-natal, orientando as gestantes na compreensão das doenças que são detectadas por meio da triagem neonatal e sobre a relevância do tratamento precoce nos casos positivos para a doença (KIKUCHI, 2007).

A triagem neonatal é um importante exame que detecta algumas doenças genéticas, sendo realizado nos bebês após 48 horas do nascimento e antes de completar sete dias de vida. O sangue é coletado no pé, na parte do calcanhar do recém-nascido, por esta razão esse exame é também conhecido como teste do pezinho (BRASIL, 2007, p. 14).

A assistência de enfermagem é iniciada já nos primeiros meses de vida, o programa preventivo proposto a essas crianças, usualmente ambulatorial, inclui encaminhamento para consultas periódicas em centros especializados, sendo importante acompanhar o crescimento, o desenvolvimento e a introdução dos familiares em programas educativos sobre a fisiopatologia da doença (BRASIL, 2007).

A enfermagem deve garantir que as crianças com a doença cheguem a um serviço de hematologia especializada em anemia falciforme. É importante a visita domiciliar feita pelo enfermeiro, para realizar o diagnóstico da situação familiar, analisando as principais necessidades da criança, conforme o contexto em que vive.

É importante, também, a implementação da medicação prescrita combinada com os cuidados de enfermagem, que devem ser executados de forma sistematizada, o que torna o serviço de maior credibilidade. Na execução das atividades o enfermeiro deve evitar condições que aumentam o fenômeno de falcização, de modo a impedir as sequelas patológicas (COLLET; OLIVEIRA, 2002). A equipe de enfermagem pode promover uma assistência qualificada, cujo acolhimento contribuirá para o bem-estar dos pacientes durante as intervenções ou no encaminhamento para outros serviços, e inclusive na promoção da independência dele através da educação em saúde.

Os familiares devem ser orientados a relatar imediatamente à equipe de saúde alguns sinais associados à falcização, como dor torácica intensa, que algumas vezes se propaga para o abdome; febre de 38,8 °C ou mais; tosse produtiva; taquipneia e dispneia; retrações intercostais; face, pernas ou braços contraídos; convulsões; comportamento estranho e anormal; gaguejo; alterações visuais, cefaleia e vômitos intensos (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Nas orientações do enfermeiro não podem faltar também informações sobre a importância da ingestão hídrica, medidas preventivas para úlceras nas pernas, bem como a necessidade de tratar, imediatamente, qualquer ferimento, para evitar complicações mais graves (KIKUCHE, 2007). É imperioso o estabelecimento de vínculo enfermeiro/paciente/família, pois em se tratando de portador de doença falcêmica, o acompanhamento ocorre ao longo da vida.

A assistência de enfermagem ao paciente nas crises algícas vai desde não subestimar nada, lembrando que cada pessoa tem um limiar de dor, a medicar prontamente, conforme a prescrição médica, além de aumentar a ingestão hídrica (COLLET; OLIVEIRA, 2002), sendo importante considerar também o estresse em decorrência das constantes hospitalizações.

Como o paciente é propenso às infecções, são necessárias orientações criteriosas quanto às formas de prevenção. Na presença de infecções, cabe à equipe de enfermagem orientar para a necessidade da aplicação da penicilina injetável (tratamento), que deve ocorrer a cada 21 dias. Nos casos em que a família optar pelo tratamento por via oral, reforçar que deve ser feita duas vezes ao dia, sem interrupção. É necessário ainda comunicar sobre a importância das vacinas de rotinas, bem como a procura de um serviço de saúde em caso de febre (BRASIL, 2010). Os cuidados de enfermagem devem abranger também as orientações aos familiares,

principalmente no que tange às possíveis complicações, a exemplo do sequestro esplênico. O enfermeiro deve ensinar aos familiares a mensurar o órgão e atentar para o tamanho dele, e, ao perceber alteração, deve procurar imediatamente um serviço médico.

A icterícia é outro sintoma comum nos indivíduos falcêmicos e está relacionada à incapacidade do fígado em metabolizar a bilirrubina, que é responsável por aumentar sua quantidade no sangue. Os familiares devem ser orientados a atentarem para a icterícia de início súbito, associada à dor abdominal, náuseas, prostração e febre (SÃO PAULO, 2007). O enfermeiro deve ter conhecimento sobre os possíveis riscos para essa criança, os quais podem evoluir repentinamente para um quadro de complicação.

A doença gera nas crianças não apenas problemas físicos, mas também emocionais, além da convivência com quadros agudos de dor e predisposição para as complicações, interfere em seu cotidiano com a família, nas atividades escolares e recreativas, o que pode requerer um acompanhamento de profissional da psicologia. A família também precisa de uma atenção diferenciada, de modo que ela se fortaleça psicologicamente para amparar a criança, além de ter a condição para a manutenção dos cuidados domiciliares, que afetam a manutenção da qualidade de vida familiar e consequentemente do portador.

19.3 A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO PARA A FAMÍLIA NO PROCESSO DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

No decorrer dos nove meses de gestação, a família é mobilizada, cria expectativa e sonha com uma criança saudável. O ambiente doméstico geralmente é cercado de expectativa e alegria, sendo transformado para acolher o novo integrante. Porém, com a chegada do bebê e a notícia de que ele é portador de uma doença crônica, o cenário se transforma e ela é tomada por insegurança e angústia profunda.

Logo após o diagnóstico da criança, a família precisa ser imediatamente acolhida pela equipe multiprofissional de saúde, de modo a receber as orientações e o apoio. Comumente há um inconformismo e muitas vezes desespero. Neste momento, em decorrência da equipe de enfermagem estar mais próxima da família, esses profissionais devem ampliar o foco da assistência, para que essas pessoas se tornem mais confiantes e

esperançosas, sem, contudo, deixar de evidenciar os reais riscos da patologia e os cuidados que a criança requer.

Nos sucessivos acompanhamentos, o enfermeiro deve orientar a família sobre a necessidade de cuidados especiais no ambiente domiciliar, para prevenir as crises álgicas e até mesmos evitar complicações mais severas da doença. O enfoque dos cuidados deve se voltar para todos os familiares, de modo a não sobrecarregar a genitora, pois muitas vezes a mãe é quem assume todos os cuidados e quem mais sofre com a patologia do filho.

Após o diagnóstico, a família procura por orientações dos profissionais de saúde, a fim de encontrar uma justificativa para as causas do problema. Além disso, há uma busca por aspectos positivos em relação ao filho, que amenizem a dor e facilitem o processo de aceitação (RODRIGUES *et al.*, 2010). Muitas vezes, nesse momento, os pais ficam confusos, sendo importante que a equipe de enfermagem os acolha e estabeleça uma relação de proximidade com a família, pois a empatia contribui para auxiliar no processo de entendimento sobre a doença; minimiza, sempre que possível, os impactos dolorosos; facilita a aceitação da condição da criança; melhora o entendimento sobre a relevância do tratamento, ou seja, colabora para a aceitação do filho real em detrimento do idealizado.

O enfermeiro orienta os pais sobre a doença; a prevenir e reconhecer as crises de dor e proporcionar medidas de alívio; a reconhecer os sinais de infecção; a apalpar o baço e identificar precocemente a crise esplênica. Desse modo, as informações que esse profissional disponibiliza para a família são extremamente relevantes, por diminuírem o índice de internação, melhorar a qualidade de vida da criança e da família.

A família bem orientada é mais segura e transforma o ambiente familiar, de modo a minimizar os riscos que predisõem ao agravamento do quadro, além de estar capacitada a reconhecer os primeiros sinais de alerta, o que contribuirá para a busca precoce por tratamento e repercutirá no prognóstico da doença. O profissional deve comprometer a família a se responsabilizar pela manutenção dos cuidados com a criança, a reconhecer os sinais de alerta e procurar o serviço de saúde sempre que houver anormalidade. As orientações contribuirão para preservar as relações familiares, pois a criança necessita desse aporte, além de ajudar com um tratamento efetivo, mesmo nas situações dolorosas, o que pode promover bons resultados.

19.4 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A anemia falciforme é uma doença hereditária, incurável, de alta prevalência em nosso país, cuja morbidade e mortalidade são acentuadas. A triagem neonatal, também conhecida como teste do pezinho, é o método mais utilizado para o diagnóstico da doença, e o enfermeiro deve orientar a gestante desde o pré-natal sobre a importância de sua realização. Quando os pais se deparam com um resultado positivo para a doença falcêmica, eles enfrentam momentos de extrema angústia e muitas vezes de não aceitação, o que é compreensível, pois toda família, ao aguardar a chegada do filho, idealiza uma criança saudável.

O quadro muitas vezes é desolador, o que requer a intervenção de uma equipe multiprofissional, e o enfermeiro poderá contribuir com a família, orientando-a a procurar medidas de suporte que possam fortalecê-la. Nesses casos, a busca por Deus, que é Pai de todos nós, é extremamente importante, pois dá conforto e esperança, além de promover robustez familiar para enfrentar as adversidades da doença.

O enfermeiro da atenção básica, pela relação de proximidade com a comunidade, deve acolher a família e promover as orientações necessárias, quanto ao entendimento da doença, sua fisiopatologia, sintomatologia, sinais que caracterizam os riscos para o agravamento do quadro, bem como a importância de um tratamento efetivo. Para tanto, o profissional precisa buscar por conhecimentos para assegurar informações precisas, que contribuam para os pais adquirirem segurança, sendo importante envolver toda a família, evitando sobrecarregar a genitora, que normalmente assume os cuidados e acompanha a criança nas sucessivas hospitalizações.

As crises algícas e complicações da doença requerem hospitalização da criança, e mais uma vez a relação de proximidade é com a equipe de enfermagem. Os profissionais que atuam no ambiente hospitalar precisam estar capacitados para atender às demandas da clientela, de forma que sua assistência tenha efetividade e contribua para minimizar o sofrimento que a doença imprime na criança e nos acompanhantes, uma vez que a empatia faz a diferença, pois as dores não serão subestimadas e o atendimento será priorizado.

Para minimizar complicações e o prognóstico desfavorável, os cuidados precisam ser continuados no domicílio, o que requer que a família se comprometa com eles e esteja atenta aos sinais de alerta, para encami-

nhar prontamente a criança na eminência de anormalidade a um serviço de saúde, prevenindo complicações mais severas.

Como a doença é de longo curso, é importante o estabelecimento de vínculo, o qual contribuirá para que as informações advindas das atividades educativas sejam incorporadas mais facilmente pela família e, à medida que a criança cresça, perceba também o quanto as ações protetivas podem contribuir para a manutenção da sua saúde, o que colabora na adesão ao tratamento e minimiza as complicações.

Enfim, a doença falcêmica, além de provocar inúmeros sofrimentos para a família e principalmente para a criança, em função das sucessivas crises de dor e complicações, também causa sofrimento psíquico, pois altera a possibilidade da frequência regular à escola e de atividades recreativas, o que requer um olhar diferenciado para a criança do profissional de saúde e principalmente da família, pois que o amor fará a diferença e dará a condição para superar as adversidades.

REFERÊNCIAS

- BANDEIRA, F. M. G. C *et al.* Importância dos programas de triagem para o gene da hemoglobina. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. São José do Rio Preto, SP. Vol. 29, n. 2, p. 179 -184, abr./jun., 2007.
- BRAGA, J. A. P. Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. São José do Rio Preto, SP. Vol. 29, n. 3, p. 233-238.
- BRASIL. **Manual de vigilância epidemiológica e sanitária**. Goiânia: AB Editora, 2010, 456 p.
- BRASIL. **Atenção à saúde das mulheres negras**. 1. ed. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.
- BRASIL. **Manual da anemia falciforme para a população**. Ministério da Saúde. Série: A. Ano: 2005. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/orientacao/manual_da_anemia_falciforme_para_a_populacao.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.
- BRASIL. **Manual de condutas básicas nas doenças falciformes**. Ministério da Saúde. Série: A. Ano: 2006. Disponível em: <http://bvsms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_doenca_falciforme.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. **Manual de educação em saúde. Autocuidado com anemia falciforme.** Vol. 1. Ministério da saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_educacao_saude_volume1.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. **Manual de educação em saúde. Linha de cuidado com doença falciforme.** Vol. 2. Ministério da saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_educacao_saude_v2.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. **Manual diagnóstico e Tratamento da Anemia Falciforme.** Vigilância Nacional de Saúde. São Paulo: 2007

BRASIL. **Manual Diagnóstico e Tratamento da Anemia Falciforme.** Vigilância Nacional de Saúde. Ano: 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/diagnostico.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual da anemia falciforme para a população.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAVALCANTI, J. M.; MAIO, M. C. **Entre negros e miscigenados: a anemia e o traço falciforme no Brasil nas décadas de 1930 e 1940.** 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18n2/07.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

CESAR, P. **Portal de estudo em Química.** 2010. Disponível em: http://www.profpc.com.br/grandes%20nomes%20da%20ci%c3%ancia/linus_pauling.htm. Acesso em: 14 abr. 2020.

COLLET, N.; OLIVEIRA, BRG. **Manual de Enfermagem em Pediatria.** Goiânia: AB Editora, 2002.

FERRAZ M. H. C.; MURAO, M. Diagnóstico laboratorial da doença falciforme em neonatos e após o sexto mês de vida. **Revista Brasileira Hematológica e Hemoterapia.** Vol. 29. Ano: 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a05.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

FERREIRA, M. C. B. **Doença falciforme: um olhar sobre a assistência prestada na rede pública estadual.** Hemocentro Regional de Juiz de Fora, 2012. Disponível em: [http://www.ufjf.br/pgsaudede coletiva/files/2013/03/doen%c3%87a-falciforme-um-olhar-sobre-a-assist%](http://www.ufjf.br/pgsaudede coletiva/files/2013/03/doen%c3%87a-falciforme-um-olhar-sobre-a-assist%20)

- c3%8ancia-prestada-na-rede-p%c3%9ablica-estadual-hemocentro-regional-de-juiz-de-fora.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.
- KIKUCHI, B. A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Revista Brasileira Hematológica**. Vol. 29. Ano: 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1061.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- MACEDO, L.; MAIO, M. C. **Anemia falciforme**: passado e presente. 2005. Disponível em: <http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.1345.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- MOREIRA G. A. **Repercussões respiratórias da anemia falciforme**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n3/002.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- MOREIRA, H. W. Hemoglobinopatias no Brasil: um tema inesgotável. **Revista Brasileira de Hematologia e Hematoterapia**. São José do Rio Preto, 22 (1):03-04, jan./abr., 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842000000100002&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 15 abr. 2020.
- NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. **A falcização**. 2002. Disponível em: <http://www.hemoglobinopatias.com.br/d-falciforme/fisio-falci.htm>. Acesso em: 15 abr. 2020.
- NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. **Doença das células falciformes**. São Paulo: 2004.
- P. (Org.). **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população afro-descendente**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 13-35.
- PITOMBEIRA, M. da S.; NETO, G. C. de G. **Aspectos moleculares da anemia falciforme**. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442003000100011%20&script=sci_arttext. Acesso em: 15 abr. 2020.
- RODRIGUES, C. C. M. *et al.* A família da criança com doença falciforme e a equipe enfermagem: revisão crítica. **Revista Brasileira de Hematologia**. Vol 32. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-84842010000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 abr. 2020.
- SÃO PAULO. Associação de Anemia Falciforme no Estado de São Paulo. **A anemia falciforme**. 2007. Disponível em: <http://www.aafesp.org.br/o-que-anemia-falciforme.html>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SIMÕES, B. P. *et al.* Transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) em doenças falciformes. **Revista Brasileira Hematológica**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a26.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sickle cell anaemia**.

Report by the secretariat, Executive Board 117th session. 2005, 5f.

ZAGO, M. A.; PINTO, A. C. S. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira Hematológica**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a03.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

ZAGO, M. Anemia falciforme e doenças falciformes. In: HAMANN E; TAUIL

O câncer de mama é, na contemporaneidade, a doença que mais assusta as mulheres, devido à sua alta frequência, sendo responsável por inúmeras consequências psicológicas, por ser a mama um órgão que tem muitos significados para a mulher, representa a feminilidade, é fonte de prazer no ato sexual e de nutrição para os infantes.

O surgimento do câncer de mama na vida da mulher provoca traumas que vão além da enfermidade. Ela, ao se ver com a possibilidade da perda de um órgão de grande significado para si, fica insegura, com medo, e a dor e o sofrimento, tanto físicos quanto psíquicos, são constantes.

A prevalência é maior em mulheres depois dos 35 anos de idade, no entanto pode manifestar-se antes disso e progredir rapidamente. Infelizmente, o câncer de mama é o tipo de neoplasia que mais provoca mortes entre mulheres em nosso país e isso se dá em função da ineficiência do sistema de saúde, pois que, quando o diagnóstico e o tratamento são precoces, a probabilidade de cura é considerável, diminuindo os riscos das sequelas físicas e emocionais.

O tratamento do câncer de mama é um desafio não só para a paciente que enfrentar as consequências da doença, mas também para o Estado e para a sociedade de uma forma geral. O combate a essa enfermidade representa um grande desafio para a saúde pública no Brasil. A alta incidência da doença, aliada aos altos índices de mortalidade, levou à adoção de políticas que favorecem o diagnóstico precoce e o tratamento adequado em tempo hábil.

Neste sentido, a enfermagem possui importante papel no que diz respeito à saúde da mulher, devendo programar medidas que diminuam os agravos decorrentes da doença, a exemplo de orientá-la sobre a importância da frequência do autoexame da mama e de, na eminência de alteração, procurar o serviço de saúde mais próximo.

Quando uma mulher recebe o diagnóstico do câncer de mama, não é fácil, pois ela começa a imaginar a probabilidade da vivência sem a mama e com a possibilidade da proximidade da morte. Na realidade, isso envolve um cenário de emoções, traumas, sentimentos negativos e medos na mulher, repercutindo nos familiares e em seu entorno ao longo do tratamento.

A assistência de enfermagem tem evoluído e sua atuação deve ir além do cuidado técnico. O profissional deve se humanizar para que este sentimento seja impregnado em seu cuidado. Além dos modernos trata-

mentos, equipamentos e pesquisas científicas, surge a necessidade de um trabalho multidisciplinar em que o profissional de enfermagem precisa aprender a trabalhar com profissionais de diferentes áreas, e o foco de sua atenção não deve ser a enfermidade, mas o paciente e sua família.

Desse modo, evidencia-se a importância de prestar uma assistência integral à mulher que enfrenta o preconceito relacionado à doença e percorre diversas etapas a partir do diagnóstico com a confirmação desta, o tratamento e a fase posterior ao tratamento, constituindo momentos de desafios a serem vencidos (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008).

O avanço tecnológico e o crescente estudo oferecido pela ciência e pela medicina têm sido de grande importância, no entanto a mulher necessita de algo que vai além da técnica e dos procedimentos. Nesse momento de dor, angústia e medo, ela precisa de um olhar de compreensão, de apoio, atenção, zelo, carinho; precisa que a percebam não como uma pessoa que têm câncer de mama, mas sim como um ser de possibilidades.

A vivência do tratamento é individual, as mulheres reagem de modo singular, motivo pelo qual não podem ser tratadas como pacotes de portadoras de câncer de mama, mas sim serem vistas em sua singularidade, respeitando o tempo de cada uma e tratando cada necessidade à medida que venham a eclodir. É importante promover espaços para que ela fale das suas inquietações, dos seus anseios e dúvidas quanto ao tratamento. Dessa forma, é necessário compreender cada particularidade para assegurar uma assistência de enfermagem integral e humanizada, possibilitando melhoria na qualidade vida e no bem-estar físico, mental e emocional dela.

Produzir um texto envolvendo este tema representa nossa contribuição para os diferentes segmentos que podem se beneficiar com as informações que incorporamos neste capítulo, sobretudo para os profissionais de enfermagem, para os quais segue nossa alerta acerca da importância em se capacitarem para contribuir eficazmente com as mulheres nesta etapa difícil em que muitas se encontram, além de colaborar com a disseminação do conhecimento.

20.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DE MAMA

O câncer é um grave problema de saúde pública e uma das principais causas de mortalidade no mundo. Dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicam que, quando a pessoa recebe um diagnóstico de câncer, isso pode remetê-la à ideia de sua própria finitude,

com a iminência do temor da morte por dela e dos outros a sua volta (FORGERINI, 2010). Muitos têm medo do sofrimento que a enfermidade de poderá produzir pelo tratamento, muitas vezes invasivo e mutilador.

Conforme estudos realizados pelo órgão supracitado, em 2014 aconteceram mais de 57 mil casos de câncer de mama no Brasil. Nos Estados Unidos, no mesmo ano, estima-se que foram diagnosticados mais de 200 mil novos casos em mulheres e 40 mil mortes. Embora o câncer de mama atinja, com maior frequência, pessoas do sexo feminino, a doença também pode afetar os homens. De acordo com o *National Cancer Institute*, foram mais de dois mil casos e cerca de 430 mortes nesse mesmo ano (BRASIL, 2016).

De acordo com o autor supracitado, o câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, respondendo por cerca de quase 30% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por esse tipo de câncer continuam elevadas, especialmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. O autoexame das mamas e a mamografia são essenciais para tentar diminuir essa estimativa ainda tão alta.

Existem vários tipos de câncer de mama. Alguns evoluem de forma rápida, outros não. A maioria dos casos tem bom prognóstico. Para o Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Devido ao aumento da prevalência do câncer de mama dentro das doenças não transmissíveis, ele tornou-se um problema de saúde pública para o sistema de saúde brasileiro, o que exige intervenções vinculadas a tecnologias leves e duras, concomitantemente a mudanças de estilo de vida inseridas em um projeto terapêutico de cuidado contínuo (SILVA *et al.*, 2014).

O câncer de mama tem sido uma doença crescente na atualidade, atingindo principalmente as mulheres. Os dados são alarmantes e preocupantes, sendo assim o sistema de saúde pública vem adotando medidas para um diagnóstico precoce, tratamento eficaz, diminuição do agravamento e índices de mortalidade ocasionados pela doença.

20.2 SINAIS, SINTOMAS E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Os principais sinais e sintomas encontrados nas mulheres com câncer de mama são: nódulos endurecidos, indolor, pouco móvel, presença

de secreção espontânea com ou sem sangue, endurecimento na região da mama, edema cutâneo com característica de casca de laranja, pode ocorrer retração do mamilo e aréola, hiperemia cutânea e em casos avançados podem ocorrer metástase com alterações da visão, convulsões e dor (MOHALLEM e RODRIGUES, 2007). Os autores relatam ainda que, quando o diagnóstico é precoce, existe maior chance de sucesso no tratamento.

Quanto à etiologia, ela é multicausal. Diversos são os fatores que estão relacionados à doença. Através da prevenção é possível evitar que hábitos comportamentais sejam somados aos fatores hereditários, diminuindo a probabilidade da propagação da doença. Neste sentido, é imperioso orientar sobre a importância de uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física; do mesmo modo, abster-se do consumo alcoólico e do tabaco, bem como evitar exposição solar prolongada.

Para que a prevenção seja efetiva, ela deve ser realizada em todos os níveis de complexidade, desde a primária, com promoção de saúde, informação e campanhas, até a quaternária, em que todos visem à recuperação de sequelas, para que este indivíduo reabilitado consiga retomar suas atividades diárias de vida em meio à sociedade (MOHALLEM e RODRIGUES, 2007) de modo produtivo e pleno.

Além dos exames habituais, o INCA informa que 30% dos casos de câncer de mama poderiam ser evitados ao se adotar um estilo de vida com hábitos saudáveis, como a prática de exercícios físicos, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e o excesso de peso, e, se possível, amamentar (BRASIL, 2017), pois a prática da amamentação representa um fator protetivo.

O Ministério da Saúde alerta que a terapia de reposição hormonal (TRH), quando estritamente indicada, deve ser feita sob rigoroso controle médico e pelo mínimo de tempo necessário, em função de ser fator de risco para a doença (BRASIL, 2020).

O conhecimento das possíveis alterações que podem ocorrer na mama e a prática do autoexame com regularidade são aliados para a detecção precoce dos sinais que surgem no aparecimento da doença, assim como os hábitos de vida saudáveis contribuem de modo significativo para evitar a progressão dela, uma vez que não exista prevenção eficaz.

20.3 O CORPO FEMININO: A SIMBOLOGIA DA MAMA

A realidade dos tempos modernos é que a sociedade consumista cria padrões de beleza, e o corpo se torna uma representação particular para

cada mulher. O que acaba acontecendo é que, na maioria das vezes, as mulheres, ao não conseguir atingir esse ideal de corpo, tornam-se frustradas por não realizarem seus desejos.

A beleza da mulher está conectada à autoestima e à identidade. As imagens publicadas na televisão e nas redes sociais vêm construindo-se para estimular o prazer que se obtém na própria imagem. Além da percepção quando se vê as publicações de corpos perfeitos em outrem, conforme os padrões de beleza exigidos pela sociedade moderna, é vendida uma sensação de vida plena e realizada. O que se percebe é que esse padrão faz com que o corpo da mulher se transforme num investimento social e subjetivo, que precisa ser cuidado ou modificado. Nas palavras de Del Piore (2000, p. 14), “as noções de feminilidade e corporeidade sempre estiveram [...] ligadas em nossa cultura”.

De fato, só através do contato com a problemática das mulheres portadoras de câncer de mama pode-se perceber com nitidez a realidade enfrentada por elas e os vários problemas – físico, social, cultural e emocional – que repercutem no cotidiano. O câncer de mama, para muitas mulheres, tem um significado devastador, ameaçador, depressivo e é percebido como um processo de limitação.

Compreender o significado do câncer de mama para a mulher e como ela encara esse significado é fundamental para a execução de ações preventivas que poderão reduzir ou amenizar os impactos na sexualidade, na autoimagem, no relacionamento com o outro, na sua autoestima, entre tantos outros problemas consequentes do diagnóstico dessa doença.

A mudança da imagem corporal como consequência do tratamento do câncer de mama causa aspectos psicossociais, sendo necessárias práticas interventivas visando à melhoria de percepção dessas mulheres (SANTOS, 2010). Isto porque a mama é um órgão associado à feminilidade e, quando mutilada em função do tratamento, resulta na alteração negativa da autoimagem, representando uma limitação estética e funcional que pode trazer prejuízo e incômodo na satisfação e no prazer sexual.

A mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos. Esse impacto é potencializado pelos tratamentos indicados associados à cirurgia. A situação da doença e da mastectomia afeta os relacionamentos interpessoais na família, visto que as alterações de ordem física, emocional e social na vida da mulher se estendem aos familiares (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

Trata-se, sem dúvidas, de um momento marcante nas vidas das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, pois que, além dos aspectos

relacionados ao físico, como dor e mutilações, elas passam por agressivo impacto psicológico, social e familiar, acarretando sentimentos e sensações de intensidades e naturezas diversas, como medo, dúvida, angústia, ansiedade. Ademais, segundo Nascimento *et al.* (2014), há ainda apreensão quanto à incapacidade para o desempenho das responsabilidades familiares e com o trabalho, incerteza, culpa e perda da sua feminilidade (PEREIRA *et al.*, 2009). Estes sentimentos povoam o mundo íntimo da mulher e contribuem de modo desfavorável no tratamento, além de ampliar o sofrimento que a doença imprime.

20.4 CUIDANDO DO PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA

Os sentimentos da pessoa que tem um diagnóstico de câncer de mama são permeados de estigmas e sofrimentos. O diagnóstico e o tratamento mudam a condição emocional da mulher, afetando o psicológico de acordo com cada estágio de evolução da doença, podendo prejudicar a qualidade de vida dessas mulheres (SIQUEIRA *et al.*, 2014).

O cuidado ao indivíduo com uma patologia grave como o câncer de mama requer o envolvimento de uma equipe multiprofissional, de modo que a assistência seja ampla e atenda às necessidades prementes deste. Aqui trataremos da participação da equipe de enfermagem nesses cuidados.

É essencial que essa equipe entenda o impacto causado pelo câncer nos pacientes, para estabelecer estratégias de cuidado. A enfermagem imprimiu no cuidado a capacidade de interagir com o paciente, exercitando o diálogo e colocando-se disponível para escutar o que o aflige, contribuindo deste modo para minimizar a sensação de medo e angústia manifestados. Essa atitude poderá facilitar o processo de aceitação do câncer pelo paciente, e contribuir com o tratamento da doença e reabilitação. Isso porque, quando o paciente desenvolve uma relação de confiança com a equipe que lhe presta cuidados, tende a responder melhor ao tratamento (BONASSA; SANTANA, 2005).

Os enfermeiros devem assumir a responsabilidade da detecção de anormalidades na mama no decorrer das consultas que realizam, através do exame clínico delas; nestas oportunidades, devem também ensinar as mulheres a realizarem o autoexame das mamas. Entretanto, Cavalcante *et al.* (2013) constataram em seu estudo que não há efetividade na execução destas atividades em função do excesso de atividades e falta de capacitação dos enfermeiros. Isso requer desses profissionais que reflitam sobre seu papel, de modo a promover uma assistência integral, resolutiva

e humanizada (SILVA *et al.*, 2014). Para tal, o acolhimento é fundamental, de modo que as orientações através das atividades educativas sejam incorporadas pela mulher.

No que se refere ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem, percebe-se que estes profissionais, por estarem mais próximos dos pacientes, têm mais oportunidades de conhecer suas fragilidades e dificuldades, assim como, por meio da sensibilidade e do conhecimento técnico-científico, de perceber até que ponto a mulher tem condições de receber a quimioterapia (CIRILO *et al.*, 2016), pois que, em muitos momentos, em função do quadro de clínico estar bastante comprometido, inviabilizam a administração da terapêutica para não agravar ainda mais a condição da paciente.

De acordo com Moreira (2009), o desenvolvimento de habilidades humanas pela equipe de enfermagem reflete-se no cuidado de enfermagem, pois possibilita ao paciente capacitar-se para o autocuidado ao longo do cotidiano. Além disso, desperta sentimentos de segurança e confiança, refletindo no bem-estar deles e dos familiares durante o tratamento. Neste sentido, Sousa *et al.* (2014) afirmam que os enfermeiros, se comparados a outros profissionais, são os que têm maior oportunidade para aprimorar os vínculos, por estarem mais próximos do paciente.

Portanto, o enfermeiro pode ter um papel essencial quando atua como estimulador de ações humanizadas no planejamento de cuidados com pacientes, principalmente com a mulher durante o tratamento do câncer de mama. Sua atuação na assistência à mulher mastectomizada não deve se limitar à coleta de dados, nem às orientações do pós-cirúrgico, mas deve salientar o cuidado humanizado. Deste modo, pode-se dizer que a enfermagem tem função de atender às necessidades biopsicossociais dessas pacientes, assegurando a estabilidade emocional, o que favorecerá a pós-mastectomia (SILVA *et al.*, 2014).

O enfermeiro pode contribuir estimulando atividades que ensinem as mulheres a conhecerem seu corpo e o funcionamento dele, assim como dos procedimentos de detecção precoce, através do autoexame das mamas, de modo que elas sejam capazes de perceber alterações na constituição física do órgão; podem ainda criar meios para que as atividades de conscientização aconteçam no decorrer das consultas de enfermagem, da mesma forma que é preciso responsabilizá-las pela sua saúde e bem-estar.

A equipe de enfermagem pode atuar também no desenvolvimento de ações que contribuam com a promoção de saúde e a prevenção de doença nas mulheres. Através de uma assistência sensível desses profissionais, é possível compreender os sentimentos vivenciados pelas mulheres com

câncer de mama, buscando priorizar a integralidade do cuidado e proporcionar melhor qualidade de vida a essas pessoas.

20.5 A MULHER COM CÂNCER DE MAMA: A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR

A família tem importância fundamental para que a aceitação da doença se dê e o tratamento seja efetivo, pois ela será o alicerce no qual a mulher encontrará forças em face dos obstáculos durante o processo de convalescência e reabilitação, pois muitas vezes o medo, a vergonha, a negação da doença, a barganha com Deus como crença para a cura da doença tem se configurado, em vários casos, nas etiologias para que a mulher adie a busca de assistência. Não raro, mulheres com câncer, em fase de ulceração, escondem a situação da família e inclusive do companheiro (LOPES, 2006).

É importante salientar que a família deve exercer um papel acolhedor, de maneira que a paciente perceba o envolvimento daqueles que são importantes para ela. A família deve ter uma postura realista e animadora, fazendo com que a paciente se sinta motivada a vencer a doença (MELO; SOUZA, 2012).

Nesse momento, a mulher se sente fragilizada por enfrentar um tratamento desgastante, com vários efeitos colaterais, dos quais talvez o mais difícil seja a queda abrupta dos cabelos, que funciona como moldura do rosto feminino e tem importante significado, pois que, associada à remoção da mama, afeta a autoimagem e o sentir-se bela e atraente é comprometido. Aí reside o papel da família e do parceiro para que os processos de aceitação e de tratamento se deem de modo menos traumático, e esses atores precisam fortalecer os vínculos e apoiar a mulher para que o aspecto psicológico interfira de modo positivo na recuperação dela.

Deste modo, é muito importante a oferta de cuidados e de atenção à mulher mastectomizada, para uma recuperação mais rápida e menos traumática. O afeto familiar permite-lhe manter certa estabilidade para lutar contra a doença, conseguindo suprir suas carências emocionais e alcançando uma melhor aceitação e orientação comportamental. (BERGAMASCO; ÂNGELO, 2001).

Além disso, a retomada ao convívio social depende diretamente do apoio familiar, pois a mulher precisa sentir-se segura, vencer seus próprios fantasmas e medos, voltar a fazer tarefas corriqueiras, como ir à padaria, ao mercado, ou pequenos eventos entre amigos e conhecidos, o que demanda preparo psicológico, pois um olhar, um gesto podem pro-

vocar-lhe um sentimento de incompletude, pois pode acreditar que as pessoas à sua volta enxergam-na como alguém que está em falta com seu corpo, gerando um sentimento de ser vista como coitada, uma piedade dolorosa da qual ela não precisa.

Portanto, a família deve estar bem orientada acerca da patologia, da recuperação e da condição dessa nova fase da vida em que a mulher se encontra, de modo a se sentir também segura para passar confiança para ela, estimulando o retorno de suas atividades cotidianas e de sua reinserção na sociedade.

Dias e Durà (2001) consideram a família um “agente de extensão” no tratamento oncológico, tornando-se um alicerce psicossocial. As preocupações e os medos são compartilhados pelos mais próximos, havendo um sentimento de impotência diante da nova realidade. Portanto, para uma equipe de saúde, a família pode ser considerada como “pacientes de segunda ordem”, visto que a dinâmica dessa família muda, sofrendo com os impactos emocionais. Em certo sentido, o câncer de mama é um problema da família como “unidade de tratamento”, e não só da mulher, isso porque a família se constitui como “prestadora de cuidados” à paciente, exercendo seu papel social.

20.6 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A mulher em tratamento de câncer de mama encontra-se fragilizada, o que requer da equipe de enfermagem uma assistência além de qualificada, humanitária, na qual a paciente, e não a doença, seja o centro do cuidado. Ela precisa ser ouvida e encontrar espaço para emitir sua opinião acerca do cuidado que está sendo prestado, de modo que este não amplie a dor e o sofrimento vivenciados por ela em função da terapêutica e da doença.

A assistência de enfermagem a essa paciente não deve se limitar à coleta de dados e transmissão de informações, é preciso ir além, através de práticas humanitárias, principalmente com aquelas que estão passando por um procedimento agressivo, considerado mutilador, como a mastectomia, que pode ser parcial ou total, momento angustiante que muitas mulheres vivenciam. Essa mulher precisa ser vislumbrada em sua singularidade, e o tratamento deve ser cercado de atenção e carinho, o que pode contribuir para que a fase de internação seja menos traumática.

Por outro lado, sabemos que a tecnologia tem contribuído de forma exponencial com os tratamentos das doenças neoplásicas. Entretanto, ela não deve ser preterida em relação ao paciente, que neste momento

encontra-se necessitado de zelo, cuidado, atenção, que precisa ser percebido não como uma pessoa que tem câncer, mais como um ser de possibilidades.

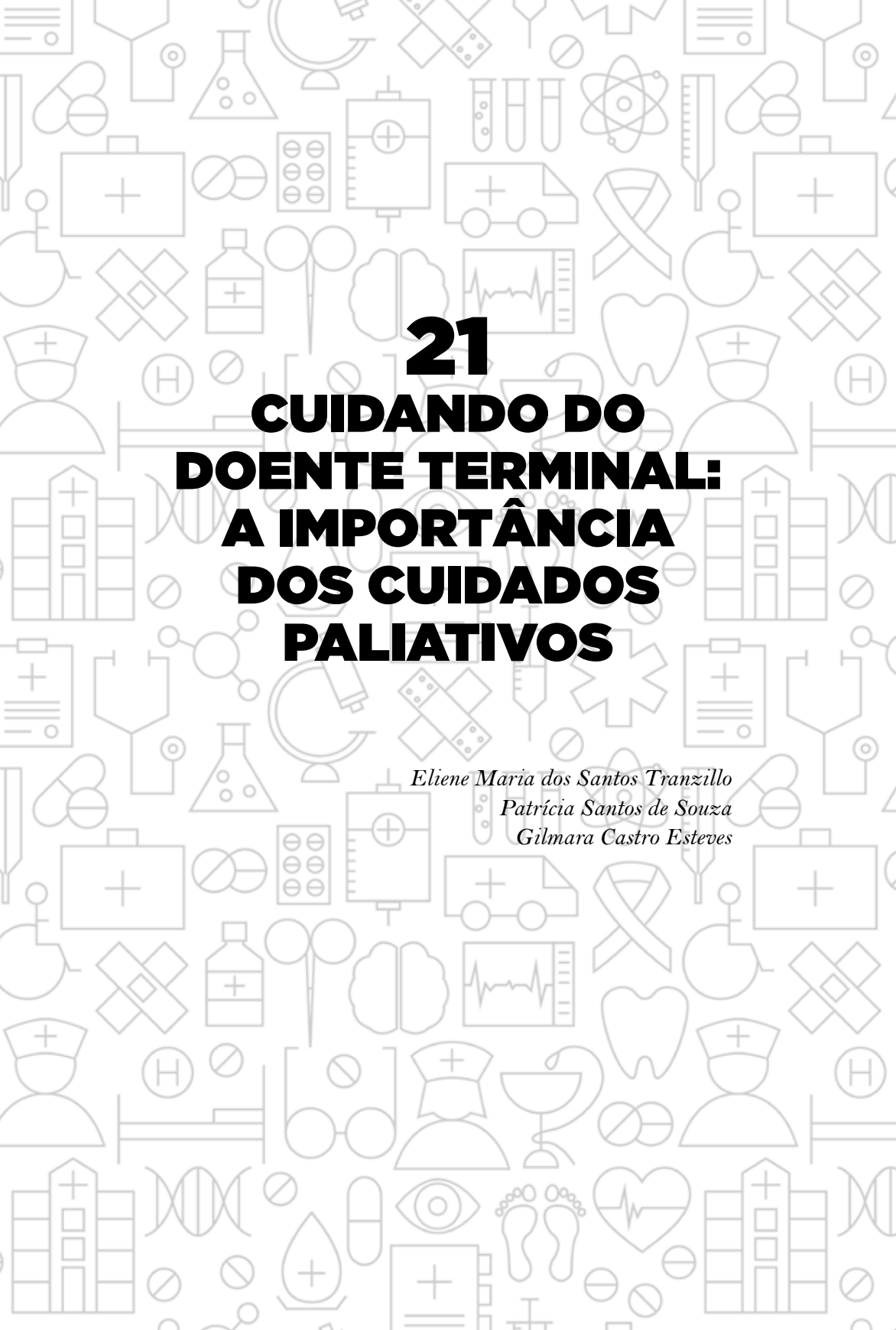
A família tem um papel importante nesse período de dor, ela representa o alicerce para que a mulher consiga superar as dificuldades que esse momento representa. Embora a família represente uma “unidade de tratamento”, ela deve buscar se fortalecer e envolver a mulher em carinho, buscando conexão com a Força Suprema do Universo – Deus –, de modo a esperar na cura tão necessária e requerida.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, V. M. de. **DESAFIOS DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**: assistência de enfermagem. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ensino Superior de Ilhéus, Ilhéus-BA, 2019.
- BERGAMASCO, R. B; ÂNGELO, M. O. Sofrimento de descobrir-se com câncer da mama como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 47(3): 277-82, 2001. Disponível em: www.inca.gov.br/rbc/n-47/v03/pdf/artigo4.pdf. Acesso em: 3 maio 2020.
- BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica?** São Paulo: Atheneu, 2005.
- BRASIL. **Câncer de mama**: sintomas, tratamentos, causas e prevenção. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>. Acesso em: 3 maio 2020.
- BRASIL. **Prevenção câncer de mama**. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/prevencao>. Acesso em: 3 maio 2020.
- BRASIL. **Tipos de câncer. Mama**. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>. Acesso em: 3 maio 2020.
- CAVALCANTE, S. de A. M. *et al.* Ações do enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia** 59(3): 459-466, 2013. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_59/v03/pdf/17-revisao_literatura-a

- coes-enfermeiro-rastreamento-diagnostico-cancer-mama-brasil.pdf. Acesso em: 3 maio 2020.
- CIRILO, J.D. *et al.* A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-4130015.pdf. Acesso em: 3 maio 2020.
- DEL PRIORE, M. **Corpo a corpo com a mulher**: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: SENAC, 2000.
- DIAS, M. do R.; DURÀ, E. **Territórios da Psicologia Oncológica**. Climepsi Editores, 2001.
- FERREIRA, C. B.; ALMEIDA, A. M. de; RASERA, E. F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o viveram. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 12, n. 27, p. 863-871, 2008.
- FORGERINI, M. **Sobreviver ao câncer de mama**: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru-SP, 2010, 209 f.
- LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher**. Goiânia: AB, 2006.
- MELO, E. M.; SILVA, R. M. da; FERNANDES, A. F. C. Relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 51 (3), 219-225, 2005. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1444/8123d6d68510ef5ab3de419f7c27320268d4.pdf>. Acesso em: 3 maio 2020.
- MELO, M. C. S. C. de; SOUZA, I. E. de O. Ambiguidade: modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 41-48, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100006. Acesso em: 3 maio 2020.
- MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES A. B. Enfermagem oncológica. 2. ed. ampl. **Rev. Barueri**, SP: Manole, 2007, p. 416.
- MOREIRA, C. I. V. **Mastectomia**: experiências de mulheres jovens. Barcarena, Monografia (Conclusão de Curso) - Curso de Enfermagem/Universidade Atlântica, 2009, 114 f.

- NASCIMENTO, K. T. S. do. *et al.* Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, João Pessoa, v. 18, n. 3, p.435-440, jul. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000300435&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 4 maio 2020.
- PEREIRA, L. C. de L. *et al.* A atuação de enfermagem no cuidado emocional às mulheres acometidas por câncer de mama e suas famílias. **Rev. Enferm. UFPE online**. Oct/Dec;3(4):1057-64, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5602/4822>. Acesso em: 4 maio 2020.
- SANTOS, D. B. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2011.v16n5/2511-2522/pt/>. Acesso em: 4 maio 2020.
- SILVA, R. da *et al.* Importância da assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama frente às fragilidades e desafios do tratamento. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. **Revista Realize**, 2014. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID2303_15052017160643.pdf. Acesso em: 4 maio 2020.
- SIQUEIRA, L. das G. *et al.* Sentimentos das mulheres ao receber o diagnóstico de câncer de mama. **Humanidades**. Vol. 3, n. 2, p. 70-84, 2014. Disponível em: http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a121.pdf. Acesso em: 4 maio 2020.
- SOUSA, A.L.V. et al. Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. **Com Ciências Saúde**. Vol. 25, n. 1, p. 13-24, 2014. Disponível em: http://bvsm.saudef.gov.br/bvs/periodicos/analise_qualidade_qualidade_vida_mulheres.pdf. Acesso em: 4 maio 2020.



21

CUIDANDO DO DOENTE TERMINAL: A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Eliene Maria dos Santos Tranzillo

Patrícia Santos de Souza

Gilmara Castro Esteves

A arte de cuidar vai além do cuidado técnico. A enfermagem é uma ciência e uma arte que se dedica à proteção, promoção, recuperação da saúde, bem como a prevenir doenças. Essa arte tem sua essência e especificidade na assistência/cuidado ao ser humano de forma integral e holística; cuidar de alguém sugere importar-se e envolver-se com ele, promover a melhoria. Entretanto, nem sempre essa melhora tão esperada pelo cliente está ao alcance, devido a inúmeras patologias tão frequentes na atualidade, como câncer, Aids, doenças degenerativas de natureza neurológica, hematológica, renais crônicas, cardiopatias terminais, pneumopatias e tantas outras, que até então a medicina ainda não encontrou a cura.

Essas doenças estão tornando-se progressivamente mais expressivas entre a população, e um dos fatores que tem contribuído é o envelhecimento populacional, que na atualidade configura-se como um fenômeno mundial, trazendo reflexos na vida social das pessoas, principalmente na saúde e assistência médica; diante desse fenômeno, os cuidados paliativos precisam ser inseridos neste contexto como uma perspectiva de assistência que não deve ser desprezada. Os cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares ante doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual (BRASIL, 2009).

O desempenho efetivo desse cuidado exige conhecimento técnico-científico, sendo cada indivíduo tratado em sua individualidade, necessidade e contexto, levando a fundo sua concepção e não perdendo de vista a valorização da pessoa humana, independente do prognóstico da doença. É nesse contexto que entra a importância dos cuidados paliativos, e o enfermeiro precisa aprender a abordar o ser humano, na sua condição terminal, de forma integral e humanística. Os cuidados paliativos são conjuntos de práticas e discursos voltados para o período final da vida de doentes fora de possibilidades terapêuticas de cura, é uma nova especialidade de saúde, que reflete uma mudança de paradigmas e conceitos sobre o corpo humano, o adoecimento e a morte (SILVA, 2008, *apud* PAIVA *et al.*, 2014).

Essa abordagem refere-se a um modelo humanitário e solidário de cuidar, que se emprega através de benfeitorias do progresso técnico-

-científico e ético, originando uma morte humana e digna, no período em que esta irá acontecer. Infelizmente, ainda temos profissionais que desconhecem o assunto e sua representatividade, ficando fragilizada essa assistência em decorrência da dificuldade que estes têm em lidar com pacientes terminais e suas famílias.

A maioria dos profissionais da saúde não têm sido devidamente preparados e/ou treinados para uma abordagem mais natural e humanista junto aos pacientes em fase terminal e a seus familiares. As escolas formadoras de profissionais de saúde possuem um considerável compromisso em despertar em seus alunos a importância sobre os cuidados paliativos na formação e preparo destes profissionais. Entretanto, ainda não despertaram para tal compromisso. Elas precisam introduzir na sua grade curricular, de forma crítico-reflexiva, um programa de educação específico para a temática de morte e morrer. É importante respeitar a dignidade daqueles que se aproximam da morte, fazendo que se sintam humanos até o fim. Aprender a lidar com a morte do outro nos faz refletir que a morte é parte do ciclo da vida de todos nós e que um dia ela também nos alcançará. Que esse dia seja de paz em nossa consciência pelo dever retamente cumprido.

Há ainda a necessidade de se construir um programa de educação específico para a temática da morte, tendo em vista a ação-reflexão-ação na abordagem crítico-social, para a efetiva transformação da realidade vigente, programa este que seria aplicado, de maneira geral, aos docentes, possibilitando assim a construção de planos educativos voltados não só para o processo de cura, mas também para o processo de morrer dignamente (SANTOS; BUENO, 2011, p. 275).

Percebe-se, contudo, muitos empecilhos nesta trajetória, desde instituições cujos docentes não utilizam, de forma completa, as metodologias assistenciais voltadas para o processo de enfermagem que permitem um olhar reflexivo sobre as situações de saúde e doença do indivíduo, família e coletividade, a discentes descomprometidos com o processo de aprendizagem, que muitas vezes estudam apenas para passar na prova, sem se preocuparem com a efetivação do aprendizado de forma consistente, de modo que possam atuar nos diferentes cenários e nas diversas etapas do ciclo de vida do ser humano.

Salvar vidas é um dos principais combustíveis que alimentam a enfermagem e a medicina; sob essa perspectiva, há vários fatores que condicionam essa visão, sendo um deles o cuidado para com o paciente enfermo, não apenas de forma curativa, mas também paliativa, pois atualmente temos percebido um aumento de casos e complicações por

patologias crônico-degenerativas e neoplásicas, e a inserção do cuidado paliativo se torna cada vez mais premente. Para tanto, faz-se necessária a formação apropriada de profissionais enfermeiros que certamente lidarão com esses pacientes, e os cuidados paliativos precisam ser abordados na formação acadêmica, evitando a carência de conhecimento do profissional sobre o assunto e contribuindo de forma efetiva para uma assistência eficaz a essa clientela.

O serviço de cuidados paliativos é de fundamental importância em um hospital, sendo um grande paradigma da medicina que está surgindo, caracterizado pelo cuidado ativo total de pacientes cuja doença não corresponde mais ao tratamento curativo, controlando a dor e outros sintomas, problemas de ordem psicoafetiva, social, espiritual e cultural, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida para os pacientes e seus familiares.

A motivação para incluir as motivações aqui elencadas se deu em função do exercício profissional de uma das autoras como cuidadora e da outra por ter sido a cuidadora familiar de dois amores: pai e esposo, e muitas vezes sentiram a necessidade de um preparo mais efetivo para que o cuidado se desse de forma eficiente. Para tal, o conhecimento sobre os cuidados paliativos é imprescindível, de modo que o profissional se comprometa com uma assistência qualificada, possibilitando ao mesmo tempo segurança para lidar com as intercorrências que surgem diariamente no contexto profissional. O enfermeiro precisa incorporar em sua assistência um enfoque centrado na qualidade de vida do paciente terminal, bem como orientar também o cuidador familiar, a fim de que ele possa contribuir efetivamente nesse momento de dificuldade.

21.1 BREVE HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos sempre estiveram presentes na humanidade. Nos primórdios não se dispunha de recursos para tratar ou curar os pacientes de forma efetiva, e o tratamento era através dessa modalidade terapêutica, que oferecia conforto para aliviar o sofrimento físico, psicológico e espiritual das pessoas.

Eles foram inseridos através dos hospice, derivado de hospedaria, que eram abrigos destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do Leste no Hospício do Porto de Roma (BRASIL, 2012).

No século XVII, São Vicente de Paulo, padre francês, fundou a Ordem das Irmãs de Caridade em Paris e abriu várias casas para abrigar órfãos, pobres, doentes, moribundos. A prática do voluntarismo foi consolidando-se nas organizações religiosas católicas e protestantes. No século XIX o tratamento dos doentes passou a ter característica hospitalar (BRASIL, 2012, p. 24).

O movimento hospice moderno foi introduzido por uma médica, Dame Cicely Saunders, que tinha formação também como assistente social e enfermeira. Ela cuidou de um paciente com uma colostomia paliativa devido a um câncer inoperável, visitou-o até a morte, e com ele tinha longas conversas. Esse fato foi-lhe o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar (MATSUMOTO, 2012).

Ela cunhou a expressão *dor total*, que inclui, além da dor física, a dor mental, social e espiritual. Não considerar essa expressão mais abrangente da dor representa uma das principais razões dos pacientes não receberem adequado alívio de sintomas dolorosos (PESSINE, 2009). Saunders alterou o conceito de hospice para uma filosofia de trabalho, buscando minimizar a dor em todos os seus aspectos e oferecer suporte ao paciente em fase terminal e sua família, incluindo o luto.

Em 1968, a Dra. Elizabeth Kübler-Ross, uma psiquiatra que trabalhava com pacientes terminais nos Estados Unidos, publicou o livro *On death and dying*. Nesse compêndio foi descrita pela primeira vez a crise psicológica do paciente terminal em todas as fases, tornando-se literatura essencial aos que lidam com a terminalidade. Essa profissional foi a primeira a colocar as necessidades do paciente cuja morte está próxima, a discutir sua autonomia, a ideia de morrer com dignidade e os benefícios de morrer em casa, ao lado dos familiares, em vez de tal evento ocorrer em uma instituição hospitalar (PINHEIRO, 2010).

Conforme a Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), no Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos cuidados paliativos foram encontradas desde a década de 1970. Porém, apenas nos anos 1990 começaram a surgir os primeiros serviços organizados, de forma experimental no país. Nesta época, o Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurou em 1998 o Hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos cuidados paliativos (ANCP, 2017).

Atualmente existem várias instituições que se dedicam aos cuidados paliativos. Entretanto, ainda há muito a ser conquistado, principalmente

no que tange à mudança de conduta dos profissionais de saúde em incorporar a importância que esta modalidade de cuidado representa para o paciente em finitude e sua família.

21.2 OS CUIDADOS PALIATIVOS

O cuidado paliativo consiste na valorização de cada momento em que perdura a existência de vida, a meta é proporcionar qualidade de vida, dentro do que é possível, para o paciente e sua família, através de um cuidado ativo e humanístico que busca a prevenção e o alívio do sofrimento (BRASIL, 2012, p. 26) para os pacientes que não respondem mais ao tratamento curativo. É centrado no cuidado integral, através de suporte clínico para o paciente por uma equipe multidisciplinar que controle a dor e outros sintomas, além de inserir aspectos de ordem espiritual, social e psicoafetiva.

Ele não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida, nem em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer” (MATSUMOTO, 2012, p. 26).

Os cuidados paliativos devem ser iniciados a partir da definição do diagnóstico da doença fatal ou incurável, mesmo que esse paciente tenha dez ou mais anos de vida, a morte e o morrer estão ligados entre si, e dessa forma, à medida que a patologia progride, os cuidados curativos são suavizados e os paliativos intensificados.

Segundo a ANPC (2012), a OMS publicou em 1986 princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos, sendo reafirmados na revisão realizada em 2002 e referem-se a:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis.
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal dela.
- Não acelerar nem adiar a morte.
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais.
- Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

➤ Ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Os medicamentos para alívio da dor são essenciais, além da adesão a ações não farmacológicas, e focar nos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam a “dor total” é imprescindível para promover o alívio dela e de outros sintomas desagradáveis, o que deve ser considerado na assistência.

O cuidado paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida (MATSUMOTO, 2012). É necessário que o indivíduo reconheça que toda vida tem um fim, a ênfase passa a ser o momento, que deve ser vivido com qualidade.

As técnicas interdisciplinares utilizadas nos cuidados paliativos diminuem o sofrimento e a angústia de pacientes sem perspectiva de cura e de seus familiares. Não se propõe abreviar a vida da pessoa, recomendando-se medidas de conforto, controle de sintomas, respeito ao paciente e aos familiares, para que aceitem o momento da morte.

Nessa perspectiva, a equipe multidisciplinar agrega conhecimento técnico-científico a esse paciente sem perspectiva de vida, permitindo a viabilização da ortonásia (o morrer bem e tranquilo) e evitar a eutanásia (morte sem dor, colocar fim à própria vida ou ajudar no seu suicídio) e a distanásia (morte lenta e sofrida) (SUSAKI; SILVA e POSSARI, 2006, p. 144). Esta última modalidade, infelizmente, geralmente ocorre na maioria dos hospitais, pela obstinação terapêutica que emprega recursos diversos de prolongamento da vida para pacientes sem possibilidade de cura.

Quanto à integração no cuidado dos aspectos psicológicos e espirituais, Silva e Sudigurky nos dizem que:

Tanto o indivíduo que está morrendo quanto a família, enfrentam questões de natureza existencial (percepção do sentido, da paz, da esperança e do propósito da vida), nas quais suas crenças e seus valores exercem forte influência de como vivenciar o processo de morte e morrer. (SILVA; SUDIGURKY, 2008, p. 507).

Assim, o cuidado paliativo inclui a família, pois ela também está sofrendo com o paciente. A comunicação deve ser sempre verdadeira entre

profissionais, família e paciente. Nesse contexto, surge a necessidade de suavizar o sofrimento de aspectos psicológicos e espirituais, através do apoio da equipe multidisciplinar em todos os sentidos. Ou seja, toda pessoa que está prestes a morrer deve ser atendida em todas as dimensões.

A concepção de uma abordagem multidisciplinar com o indivíduo e família denota um aspecto imprescindível na filosofia de cuidados paliativos, pois são cuidados direcionados aos sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, necessitando de diferentes profissionais para cuidar. É necessário observar o paciente em todas as suas dimensões e aspectos para a composição do seu quadro e análise completa, pois esses aspectos são essenciais para uma abordagem multidisciplinar adequada e de qualidade (SILVA e SUDIGURSKY, 2008). Quando esses aspectos não são considerados, a abordagem é incompleta, o controle dos sintomas, sem eficácia, e o tratamento, inefetivo.

O cuidado paliativo requer da equipe multiprofissional uma visão holística para sua efetividade. Para tanto, Matsumoto (2012, p. 29) nos diz que, quando o paciente é respeitado, seus sintomas controlados, desejos e necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares, tendo oportunidade de resgatar pendências, vivendo com qualidade, ele também viverá mais. O que requer, segundo Serrão (2005), um sistema de apoios para que o doente viva tão ativo quanto possível até a morte.

Outro aspecto importante diz respeito à necessidade de uma abordagem precoce, pois ela permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar o diagnóstico e tratamento adequados de doenças que possam cursar paralelamente à doença principal. Uma boa avaliação embasada nos exames necessários, além da definição da capacidade funcional do paciente, é indispensável para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença (MATSUMOTO, 2012).

A antecipação de sintomas é possível quando se conhece a história natural de uma doença. Medidas terapêuticas jamais podem se limitar à aplicação de fármacos. Todos os recursos não farmacológicos podem ser utilizados, desde que confortáveis e aceitos pelo doente. Uma unidade de cuidados paliativos deve contar com recursos como psicoterapia, acupuntura, massagens e técnicas de relaxamento corporal, musicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia e acesso a procedimentos anestésicos e cirúrgicos para alívio de sintomas. (MACIEL, 2008).

O trabalho desses profissionais possibilita resgatar a dignidade humana, à medida que buscam transformar o período de curso da doença o mais confortável possível para o enfermo. Para tanto, eles precisam ter

valores humanitários, de modo que seu cuidado seja efetivo e pautado nos princípios da humanização da assistência.

21.3 PACIENTES QUE REQUEREM CUIDADOS PALIATIVOS

Conforme a Organização Mundial da Saúde, todos os indivíduos portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem dos cuidados paliativos desde o seu diagnóstico. Entretanto, não se dispõe de profissionais capacitados e serviços suficientes para atender a demanda dessa população (ARANTES, 2012).

Diante de tal contexto, é possível entender esse fenômeno no que tange à capacitação profissional. A enfermagem integra a equipe que prestará cuidados a esses doentes, quando internados em tempo integral, mas não é contemplada com conteúdo que rege a modalidade de cuidados paliativos, porquanto, embora importante, não está inserida na grade curricular da formação do profissional enfermeiro. Além deste aspecto, muitos não tiveram contato/vivência com pacientes terminais durante sua prática acadêmica; em decorrência, muitos profissionais saem da entidade formadora sem ter um conhecimento efetivo acerca do assunto.

Dessa forma, percebe-se a dificuldade de encontrar estes profissionais com conhecimento técnico-científico acerca dos cuidados paliativos e para alterar esse cenário é necessário que as instituições formadoras também se comprometam e cumpram seu papel.

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2006 faleceram no Brasil 1.031.691 pessoas. Se avaliarmos apenas os óbitos decorrentes de doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias, teremos um montante de mais de 725 mil pessoas que morreram em nosso país, com grande possibilidade de sofrimento intenso. Mais de 690 mil pessoas faleceram em hospitais e 224 mil brasileiros morreram no domicílio (BRASIL, 2012).

As patologias que mais incidiram foram as crônicas degenerativas, como câncer, Aids, Alzheimer, esclerose múltipla, doenças neuromotoras, cardíacas e renais. Essas doenças interferem não apenas em elementos físicos, mas também nos psicológicos, sociais e espirituais. Elas agridem a vida do indivíduo e seus familiares em sua totalidade. É de extrema relevância a criação de unidades hospitalares compostas por profissionais qualificados, que promovam o resgate da dignidade da pessoa humana diante dessas enfermidades.

Com o objetivo de contornar a insuficiência de serviços e atender a demanda foram criados critérios clínicos para auxiliar na decisão de encaminhar os doentes aos serviços que empregam os princípios do cuidado paliativo. Alguns destes critérios dizem respeito a condições mórbitas específicas, como insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, esclerose lateral amiotrófica, demência e outras doenças degenerativas progressivas. Indicadores não específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas, perda funcional também são utilizados (ARANTES, 2012).

Conforme Arantes (2012) e Pessini (2009), necessita-se observar o risco da doença eminente e ameaçadora com base na observação dos aspectos sociais da dela, e não somente a cura baseada na recuperação biológica, sendo indispensável o bem-estar e a qualidade de vida do paciente e de sua família.

Para que essa modalidade de tratamento seja efetivada, a família tem grande significação e deve ser incluída. Ela precisa ser orientada e tranquilizada, de modo que consiga oferecer o suporte ao doente para superar as adversidades no decurso da doença. A família deve mostrar tranquilidade, paciência, amor, companheirismo e manifestar palavras e sentimentos que acalmem o paciente, mesmo em períodos de inconsciência, pois a acuidade auditiva é o último sentido a ser perdido.

Nesse momento, o paciente quer encontrar na família compaixão, e não o abandono. Devemos nos lembrar que colhemos o que semeamos e ensinamos através dos nossos exemplos. Hoje ele precisa de nós, amanhã poderemos estar na mesma condição, precisando dos nossos...

21.4 O PACIENTE ONCOLÓGICO

O paciente oncológico apresenta diversos sintomas, independentemente do estágio da doença, que são caracterizados por: dor, fadiga, dispnéia, náuseas, vômitos, constipação intestinal, anorexia e alterações cognitivas. Eles tendem a ser mais expressivos na fase final da doença e são responsáveis pela angústia do paciente e dos familiares envolvidos diretamente com o cuidado (BRASIL, 2009).

O indivíduo com câncer avançado pode sofrer de dor e sofrimento durante todo o curso da doença; em algumas situações são oferecidos tratamentos com radiação ou quimioterapia para redução da intensidade da dor, e os analgésicos narcóticos também cumprem esta finalidade. Tão logo a dor tenha sido controlada, o objetivo passa a ser a prevenção da recorrência dela (KAZANOWSHI *et al.*, 2005).

Além disso, o emprego da técnica não farmacológica, como massagem de conforto, aplicação de calor, frio e relaxamento, pode reduzir a demanda de analgésicos e minimizar o sofrimento do indivíduo (BRASIL, 2008).

É importante diferenciar dor do sofrimento. Pessini (2009) relata que a medicina está relativamente bem equipada para combater a dor, entretanto o sofrimento é uma categoria mais complexa, que pode não necessariamente envolver a presença da dor.

A dor pode ser experienciada como aguda e, portanto, passageira, ou crônica, que é persistente. A experiência do paciente que vivencia a dor no câncer assume uma cronicidade, pois persiste por mais de seis meses.

A dor do câncer pode ser resultante da invasão do tumor e é classificada pelo INCA como moderada ou intensa, a depender do nível de comprometimento (BRASIL, 2001). Sua ocorrência é um sinal de alerta e muitas vezes auxilia no diagnóstico da progressão da doença, ou seja, ela não deve ser subestimada pela equipe.

Existe um momento na doença crônica em que a impotência se torna mais intolerável que a dor, o que a diferencia do sofrimento. Nem sempre quem está com dor sofre. O sofrimento é uma questão pessoal, está ligado aos valores da pessoa. Portanto, o sofrimento é mais global que a dor e, essencialmente, é sinônimo de qualidade de vida diminuída (PESSINI, 2009).

A fadiga é um dos sintomas frequentes no câncer avançado, provocando desconforto intenso, medo e ansiedade, e por muitos é interpretada como piora do prognóstico, podendo ser usada como um indicador de proximidade da morte (BRASIL, 2008). Alguns pacientes apresentam episódios de tristeza, sendo fundamental que o ambiente familiar proporcione tranquilidade e o profissional esteja atento à evolução do quadro.

A dispneia ocorre em decorrência do desgaste metabólico, presença de anorexia-caquexia, ascite, derrame pleural, comprometimento pulmonar (BRASIL, 2008). As náuseas e os vômitos são sintomas que contribuem para a piora do paciente, deixando-o debilitado, com sensação de fraqueza constante.

A constipação intestinal está relacionada com vários fatores, como redução da ingestão de fibras, diminuição de ingestão hídrica e imobilidade. Conforme o Ministério da Saúde (2009), ela pode estar associada também ao uso de opioides (90% dos pacientes terminais fazem uso dessa medicação). A anorexia é outro sintoma comum na doença avançada e pode estar associada a alterações metabólicas do próprio tumor (hiper-

calcemia), vômitos, dor, além dos problemas de trânsito intestinal (BRASIL, 2009).

Já as alterações cognitivas podem ser consequência dos efeitos indesejáveis de algumas medicações usadas no tratamento do câncer, o que leva a interferir na memória e na atenção cognitiva. De acordo com o *Manual de Cuidados Paliativos*, as alterações mais frequentes são depressão, delírio e ansiedade (BRASIL, 2008).

O câncer é uma patologia que, pela sua gravidade, debilita a vida física, emocional e social do paciente e de todos que estão à sua volta; com a evolução da doença, começam a aparecer inúmeros sintomas que são responsáveis por ampliar o sofrimento, tanto para quem a sente, como para os acompanhantes, daí a importância de uma equipe capacitada, que ofereça suporte aos envolvidos, de modo que eles consigam superar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida, dentro do que é possível alcançar.

21.5 AS FASES DO PROCESSO DO LUTO

As fases do processo do luto, ou estágios do luto, são os momentos pelos quais as pessoas passam depois que perdem algo que lhes é muito importante, sendo também vivenciadas pelo paciente em fase terminal de alguma doença. Esses estágios variam com o tempo ou podem estacionar em um período, assim como podem passar por todos os períodos, chegar ao último estágio e superá-lo. Eles foram descritos na década de 60 pela pesquisadora Elizabeth Kübler-Ross (SUSAKI, SILVA, POSSARI, 2006).

Ela descreve as atitudes e reações emocionais apresentadas pelos pacientes terminais com a proximidade da morte. São cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, descritos abaixo (KÜBLER-ROSS, 2005):

A *negação*, como próprio nome diz, se dá quando a pessoa nega a informação, nega a realidade que vive, não acredita na situação em que está vivendo, ignora ou usa ferramentas de fuga. Utiliza-se frequentemente de pensamentos comuns como: “isso não é verdade”; “vou buscar outra opinião”; “isso vai passar”; “eu vou resolver isso”. Esse tipo de comportamento leva o paciente a não aderir ao tratamento e se recusar a falar sobre o assunto, podendo ser uma defesa de curto ou longo prazo, e em alguns casos pode se prolongar até o fim.

A *raiva* consiste na fase de inconformidade. A pessoa expressa raiva e injustiça contra o que está vivendo, culpando o meio externo, a so-

cidade e Deus pelo que está passando. A raiva se propaga em todas as direções. Pensamentos comuns dessa fase são: “por que eu?”; “isso não é justo”; “por que fizeram isso comigo?”; e evita falar sobre o assunto.

Na *barganha*, o indivíduo passa por algum tipo de negociação para que a situação volte a ser como antes. Esse tipo de negociação passa a ser interna, do indivíduo consigo, e, às vezes, com o aspecto religioso. Pensamentos e comportamentos comuns: “eu vou tratar todos bem”; “tudo vai ficar bem”; “vou deixar de ser negativista”; na maioria das vezes a barganha é feita com Deus.

Em seguida vem a fase da *depressão*. Nesta fase os sentimentos predominantes são: medo, culpa, isolamento, desolamento, tristeza profunda. Os pensamentos e a verbalização são derrotistas e se expressam: “eu não tenho capacidade para lidar com isso”; “nunca mais as coisas ficarão bem”; “eu me odeio”; o indivíduo chora frequentemente, afasta-se das pessoas e pode assumir comportamentos autodestrutivos.

Na *aceitação*, o indivíduo percebe a realidade que se apresenta e passa a conviver com a ela; embora trazendo ainda sofrimento, ele se prontifica a enfrentar a realidade e a situação como elas são, adaptando-se às circunstâncias do momento. Os pensamentos e comportamentos comuns dessa fase são: “eu posso superar isso”; “não é o fim do mundo”; “eu posso aprender com isso e melhorar”. Nesta fase a maioria das pessoas busca ajuda para lidar com a situação.

Não há uma ordem para a ocorrência dessas manifestações, tampouco uma cronologia, sendo que o paciente pode vivenciar mais de uma delas concomitantemente, num mesmo período ou até mesmo não vivenciar algumas. Elas são como mecanismos de defesa para enfrentar o processo do morrer, em que surgem conflitos acentuados de ordem variada, afetando diretamente o relacionamento com a equipe de saúde e muitas vezes com a família (SUSAKI, SILVA, POSSARI, 2006, p. 145).

Os autores ainda relatam a importância dos aspectos emocionais da equipe de saúde, pois eles podem demonstrar formas de defesa ao se depararem com o processo de morte e morrer, sendo que estes profissionais são preparados para a manutenção da vida. No encontro com a terminalidade, eles podem ser envolvidos por sentimentos de impotência, tristeza, cansaço, estresse, o que pode contribuir para que o profissional de saúde sem o devido preparado se afaste da situação.

É importante salientar que os familiares também podem vivenciar essas fases, o que requer da equipe conhecimento e preparo para não permitir que sua assistência seja influenciada.

21.6 CUIDANDO DO DOENTE TERMINAL

A morte é um processo natural que faz parte do ciclo da vida, porém ainda é temida, principalmente no Ocidente, onde a maioria das pessoas não consegue perceber nela a oportunidade de metamorfosear-se. A morte pode ser a grande oportunidade para rever conceitos, alterar planos e perspectivas.

A equipe que cuida do doente precisa estar capacitada, de modo a reconhecer os sintomas, sejam eles físicos, sejam emocionais, e auxiliar o paciente e seu familiar cuidador, a fim de melhorar o que se sente e contribuir para que a dor que o momento representa não seja ampliada em decorrência de negligência no assistir.

A enfermagem se destaca na equipe por ser ela quem está ao lado do doente, assistindo-o em tempo integral. A inserção da família neste momento é fundamental, pois a assistência pode ser oferecida tanto no hospital como no domicílio, aí reside a importância do preparo da família, que precisa compreender o que é vivenciado pelo doente e aprender a minimizá-los, uma vez que, com a progressão da doença, alguns sintomas tornam-se exacerbados e podem afetar o convívio familiar. Neste momento é importante que o enfermeiro atenda às expectativas de ambos, agindo como facilitador na implementação do cuidado, de modo a solucionar as demandas.

As ações da equipe de enfermagem devem cooperar e auxiliar a família a desvendar suas próprias soluções, a fim de colaborar com as situações que envolvem o suporte às necessidades apresentadas; ou seja, os familiares devem ser inseridos no processo do cuidar não apenas do ponto de vista da realização dos cuidados, mas também na possibilidade de que suas ações sejam consentidas.

O profissional deverá ouvir o paciente, evitar falsa alegria, nunca descartar uma possível esperança e valorizar os anseios e preocupações que afligem o paciente e seus familiares, sendo a comunicação essencial durante a relação do cuidado. A assistência deve ter como fundamento gestos de carinho no cuidar (COSTA FILHO *et al.*, 2008). Neste momento, pequenos gestos fazem a diferença e contribuem para que o paciente se sinta valorizado.

Desse modo, a enfermagem exerce um papel fundamental na assistência ao paciente terminal e se baseia no atendimento das necessidades físicas e psíquicas, de maneira a amenizar o sofrimento que a doença imprime. Esses cuidados dão ênfase na maximização da qualidade de vida,

independentemente dos efeitos da doença. Não se trata de mudar o curso da doença, e sim abordar complicações, intercorrências ou qualquer sintoma que ocasione sofrimento ao paciente e família; é ter um cuidado holístico, que envolva o acolhimento e a confiança. Esses cuidados são voltados para o controle da dor e outros sintomas que afetam o indivíduo, sendo o foco o paciente, e não a doença ou o órgão afetado. Logo, o controle da dor deve ser priorizado, para que o processo de morrer seja suavizado.

Ter uma morte com dignidade é muito importante para o paciente terminal e sua família, e neste momento pequenos atos passam a ter grande significação. É uma fase em que o paciente precisa ser escutado, valorizado, em que se busca atender seus anseios e desejos. Aqui cada momento é vivido como se fosse o último, e muitas vezes o indivíduo busca resolver as pendências e deve-lhe ser dada a oportunidade para tal.

A assistência deste profissional está presente no decorrer do ciclo da vida do ser humano, indo do atendimento ao pré-natal, parto, cuidados com o recém-nascido e com a puérpera, acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança, envolvendo as fases de puberdade, climatério e menopausa, além da assistência aos indivíduos portadores de doenças crônicas degenerativas e doentes terminais, findando na assistência ao indivíduo no momento da morte, bem como os cuidados com o corpo pós-morte.

Assim, a enfermagem é considerada a arte do cuidar, mas para tal é necessário que o profissional tenha compromisso, seriedade, conhecimento e confiança em sua capacidade de cuidar. Esta arte consiste em estimular e promover o autocuidado no indivíduo, de modo que ele se responsabilize com sua saúde, tenha o respeito à autonomia e dignidade do outro. Ela se fundamenta em uma visão holística, na qual o cuidado deve ser integral e fundamentar-se em princípios humanitários.

21.7 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Atualmente, a incidência de doenças crônicas degenerativas tem crescido de forma exponencial, dentre elas o câncer tem se destacado, o que requer maiores ofertas de serviços de saúde para atender à crescente demanda. Além disso, é preciso incorporarem em sua filosofia os princípios dos cuidados paliativos, de modo a atenuar o sofrimento do doente.

Os cuidados paliativos são uma modalidade de tratamento que vem conquistando o cenário brasileiro. Eles são voltados para o indivíduo

fora das possibilidades terapêuticas de cura, sendo o tratamento centrado no paciente em si, cujo alívio da dor e do sofrimento é priorizado, além de abarcar o controle dos sintomas de natureza física, psíquica, social e espiritual.

O paciente que passa por uma doença sem possibilidade de cura vivencia limitações e sofrimentos, e precisa de tratamento digno e respeitoso. No decorrer da doença, ele apresenta inúmeros sintomas que o debilitam e ampliam o sofrimento, o que requer da equipe sensibilidade e comprometimento, de modo a minorar os sintomas que a condição da doença imprime.

Para tanto, a atuação de uma equipe multiprofissional é fundamental. Ela deve ser qualificada e competente, e o conhecimento e o senso de humanidade precisam ser o alicerce da assistência, de modo que esta busque atender com qualidade as prementes necessidades do cliente e de sua família.

A participação da enfermagem nessa equipe é relevante, pois seus integrantes devem estar preparados para lidar com o paciente terminal, o que não é fácil por conta da proximidade que ela tem com o doente, pois que, como seu cuidado é em tempo integral, acaba construindo um vínculo de afetividade. O profissional precisa de conhecimento, comprometimento, sensibilidade, para que sua assistência seja efetiva, e de inteligência emocional, para não permitir que os quadros vivenciados no ambiente de trabalho interfiram em seu núcleo familiar, nem em seu assistir a outros paciente.

O enfermeiro precisa integrar a família do doente nos cuidados, de modo que ela seja orientada para o enfrentamento das adversidades. Como a doença é de longo curso, em muitos momentos o paciente permanece no domicílio e, com a proximidade da morte, os sintomas tendem a exacerbar. Ela também sofre ao presenciar o sofrimento do seu ente querido, motivo pelo qual precisa ser incluída nos cuidados. O sentimento é de perda, pois o paciente em fase terminal, em determinado momento, morre a cada dia.

A enfermagem é uma profissão, na área de ciências humanas, que tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, incluindo a preservação da vida, a restauração da saúde e a assistência ao processo de morrer e morte. Nesse sentido, a atuação da equipe de enfermagem é importante e indispensável para proporcionar o máximo de conforto ao paciente e seus familiares.

A prática da enfermagem está intimamente relacionada com o cuidado e alívio do sofrimento, porém, nos dias atuais, torna-se cada vez mais importante sua inserção no cenário oncológico; para tanto, além de uma visão holística, o profissional precisa se capacitar, objetivando proporcionar uma assistência digna e humanitária, que busque cada vez mais melhorar a qualidade de vida do indivíduo, a partir da intervenção nos sintomas, e promover alívio, proporcionar conforto ao paciente e seus familiares, e auxiliá-los a vivenciarem o processo de morrer com dignidade.

REFERÊNCIAS

- ANCP. **Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>.
- ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2012.
- ARANTES A. C. de L. Q. Indicações dos Cuidados Paliativos. *In*: ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2012, p. 56-74.
- BRASIL. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- BRASIL. **Câncer no Brasil**: dados dos registros de base populacional. Vol. V. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
- BRASIL. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001, 124 p.
- BRASIL. **Manual de cuidados paliativos em paciente terminal**. 1. ed. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2009.
- BRASIL. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, 2009, 320 p. Disponível em: https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf. Acesso em: 7 jun. 2020.
- BRASIL. **Órgão responsável pelo controle do câncer no Brasil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 19 ago. 2012.
- COSTA FILHO, R. C. *et al.* Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, vol. 20, n. 1, jan./mar. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi507X2008000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 7 jun. 2020.

- KAZANOWSHI, Mary K. *et al.* **Dor**: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. Martins Fontes: São Paulo, 2005, 296 p.
- MACHADO, K. D. G., PESSINI, L., HOSSNE, W. S. **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva**: um olhar da bioética. Centro Universitário São Camilo, 2007; 1 (1) 34-42.
- MACIEL, M. G. S. **Cuidado paliativo**: definições e princípios. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 15-32.
- MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *In*: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, 2009, p. 14-15.
- PAIVA F. C. L. de; ALMEIDA, J. J. J. de; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, vol. 22 n. 3. Brasília set./dez., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019. Acesso em: 7 jun. 2020.
- PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, CFM, 2009. Disponível em: revistabioetica.cfm.org.br. Acesso em: 7 jun. 2020.
- PINHEIRO, T. R. S. P. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 34, n. 3, p. 320-326, 2010.
- SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 45, n. 1, mar. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100038. Acesso em: 7 jun. 2020.
- SERRÃO, D. Os cuidados paliativos. **1ª Jornada de Bioética do Funchal**, Funchal, 2005.
- SILVA, E. P., SUDIGURSKY, D. Concepção sobre cuidados paliativos – revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm.**, 2008; 21(3): 504-8.
- SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, 2006; 19(2) 1449.

Ailla Tamara Moreno Souza

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Daiana Nascimento de Araújo

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Especialista em Nefrologia.

Eliene Maria dos Santos Tranzillo

Enfermeira (UESC). Mestre em Saúde Pública. Especialista em: Enfermagem Obstétrica e Ginecológica; Auditoria de Sistemas de Saúde e em Saúde Pública. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus.

Eciane Querino Albuquerque Benevides

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Pós-graduanda em Saúde Coletiva.

Elis Estéfane Lima Santos

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Pós-graduanda em dermatologia e estética.

Geliane Pereira de Matos

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Géssica Torquato Santos

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Especialista em Obstetrícia e pós-graduanda em UTI Neonatal e Pediátrica.

Gilmara Castro Esteves

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Janaina Fiuza dos Santos

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Jorge Luiz dos Santos Silva

Enfermeiro pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Juma Lua Lucena Cidade de Oliveira Santos

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Leilane Guedes Brandão Peruna

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Letícia Jesus da Silva

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Luana Jesus Moreno

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Lucas Vieira Tourinho

Enfermeiro pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Especialista em Enfermagem do Trabalho.

Ludimilli Eloine Evangelista de Azevedo

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Maiza de Oliveira Duarte

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Márcia Oliveira Castro

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Especialista em Enfermagem Dermatológica e Estética.

Margareth Elizabeth dos Santos Oliveira

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Pós-graduanda em ginecologia e Obstetrícia.

Maria de Cássia Pomponet Caldas

Enfermeira (UESC). Mestre em Terapia Intensiva. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus.

Patrícia Santos de Souza

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Priscilla Teixeira Céio Frisso

Enfermeira (FTC). Doutoranda em Cardiologia. Mestra em Ciências da Saúde. Especialista em Enfermagem em Cardiologia e MBA em Gestão e Auditoria em Saúde.

Rebeca Requião França Magalhães

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus.

Roberta Messias Marques

Enfermeira (UESC). Especialista em Saúde Pública com habilitação em Sanitarista. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus.

Sara Araújo Silva

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Pós-graduanda em Emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

Valéria Barbosa Sepúlveda

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI), Faculdade de Ilhéus. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, e; UTI e Emergência.

Viviane Melo de Araújo

Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior de Ilhéus (CESUPI),
Faculdade de Ilhéus. Pós-graduando em Enfermagem Obstétrica
e Ginecológica. Pos-graduando em Urgência e Emergência.



PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM



Protagonismo da Enfermagem: trajetórias e experiências é uma coletânea composta por sete livros, aqui reunidos, que trata de vários temas do fazer cotidiano do profissional enfermeiro. Você, leitora e leitor, estão prestes a ser envolvidas/os em assuntos de alta relevância, sob uma escrita leve, direta e de fácil compreensão.



MENTE ABERTA

