

A SAÚDE EM DEBATE

Perspectivas atuais para práticas



Prefácio: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

*Adriano da Costa Belarmino
Ítalo Lennon Sales de Almeida
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues
Roberta Nunes
(Organizadores)*



Organizadores:

Adriano da Costa Belarmino

Ítalo Lennon Sales de Almeida

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues

Roberta Nunes

A saúde em debate: Perspectivas atuais para práticas

1ª Edição

2021



Copyright © dos autores e autoras. Todos os direitos reservados.

Esta obra é publicada em acesso aberto. O conteúdo dos capítulos, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento, com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar a obra, de nenhuma forma, ou utilizá-la para fins comerciais.

Revisão e normatização: dos autores e autoras.

Conselho Editorial:

Adriano Monteiro de Oliveira, Editor-chefe, Quipá Editora

Dra. Aida Figueiredo, Universidade de Aveiro (UA, Portugal) / Me. Ana Nery de Castro Feitosa, Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará (UFC) / Me. Ana Paula Brandão Souto, Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará (UFC). / Dr. Marcelino Gevelbergue Viana, Universidade Regional do Cariri (URCA) / Dra. Mônica Maria Siqueira Damasceno, Instituto Federal do Ceará (IFCE)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A saúde em debate : perspectivas atuais para práticas / Organizado por S255 Adriano da Costa Belarmino ... [et al.]. — Iguatu, CE : Quipá Editora, 2021.

157 p. : il.

ISBN 978-65-89091-90-5
DOI 10.36599/qped-ed1.071

1. Mortalidade infantil. 2. Método Ponseti. 3. Segurança hospitalar.
4. Acessibilidade. 5. Ética. I. Belarmino, Adriano da Costa. II. Título.

CDD 614

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

Obra publicada pela Quipá Editora em julho de 2021.

www.quipaeditora.com.br / @quipaeditora

PREFÁCIO

Aprecio escrever prefácios. Na perspectiva dos ritos culturais de transição é como ser obstetra, aquele que, ao lado, apoia o parto, ou padrinho, aquele que, diante da possibilidade da perda do pai, fica de antemão designado para exercer a parte social de suas funções. É assim que eu me sinto neste caso, sobretudo como padrinho de um fruto intelectual dos mais saudáveis.

Para a produção dos 10 capítulos que compõem o livro “Saúde em Debate: perspectivas atuais para práticas” uniram-se 27 autores, entre eles os quatro organizadores: graduados, mestres, doutorandos, professores doutores, atuantes nos campos da Enfermagem Clínica e da Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE, acolhendo a marca de várias redes de serviço e outras instituições universitárias, entre as quais se destacam a UNINTA e a UVA, ambas de Sobral, Ceará.

Interessante destacar a presença de Sobral, neste livro. Não sei se por coincidência ou intenção, minha cidade natal é hoje um forte centro universitário e um importante centro de produção de avanços no campo da Saúde Coletiva, pelo protagonismo na reforma sanitária, na reforma da assistência psiquiátrica e na humanização da atenção e da gestão em saúde.

Também é importante destacar a existência de uma clara hegemonia profissional, a Enfermagem, com 24 dos 27 autores desta profissão, distinguindo-se a presença de um fisioterapeuta, um educador físico e uma advogada, cada um co-autorando um de três capítulos do total de 10.

Os temas e as perspectivas da Enfermagem predominam, com ênfase nas questões materno-infantis. Mas, a competência na lógica e na linguagem científicas se superpõe às hegemonias de profissão, de gênero, de origem institucional ou de titulação acadêmica.

O recorte pode ser epidemiológico (mortalidade infantil), técnico (método Ponseti), administrativo (implantação de núcleo de segurança hospitalar), político-social (acessibilidade ao portador de deficiência visual em serviço de saúde), ético (reflexões sobre ética e moral diante do erro humano) e clínico (os demais cinco capítulos), mas o que é produzido atesta o grau de maturidade dos autores, entre candidatos a pós-graduação, pós-graduandos e professores orientadores. O resultado é excelente.

Uma leitura transversal dos sumários já demonstra a necessidade de um livro como este. Mas, além do aperfeiçoamento operacional das práticas de saúde, há um

debate de maior amplitude, aquele envolvendo a defesa da boa qualidade política e humanística do Sistema Único de Saúde - SUS, e, em nível maior de abstração, há o debate sobre o conhecimento crítico-científico que a América Latina proporciona ao construir o paradigma da Saúde Coletiva.

As políticas públicas de saúde, desde a construção dos princípios e das prioridades, até a arquitetura de sistemas, programas, serviços, processos de atenção e de financiamento, respondem a, pelo menos, cinco grandes variáveis, que demandam conhecimento:

1- O perfil demográfico e sócio-sanitário de cada território, que resulta em cenários demográficos e sócio-sanitários distintos, por sua vez geradores de expressões distintas de saúde/doença. O geral do SUS, para o Brasil, precisa desse olhar cuidadoso e criativo sobre o território vivo das práticas.

2- A capacidade de articulação política da sociedade civil e o poder contratual da população, que resulta em cenários políticos e jurídico-legais distintos, por sua vez possibilitadores de políticas, planos, programas, redes, serviços e equipes distintas. O SUS não acontece no vazio e sim no enfrentamento próprio de um país democrático.

3- As características da sociedade política, ressaltando-se a natureza do Estado, ao assumir ser sujeito do planejamento, sua capacidade de representar e liderar a sociedade civil, a maior ou menor homogeneidade do bloco dirigente, tudo isso se traduz na maneira como os líderes serão recrutados e a concreta alocação dos recursos financeiros, pois a ida do dinheiro ao orçamento expressa a prioridade real de quem controla o poder.

4- O paradigma da compreensão sobre a relação saúde/doença, pois o modo como se consolida a compreensão do processo saúde/doença pode fundamentar, explicar e justificar lógicas de intervenção baseadas na doação caritativa, na venda de mercadoria a quem possa comprar ou no contrato social crítico, universal, cidadão, que o SUS defende.

5- A disponibilidade de competência técnica para reduzir, controlar ou resolver as demandas sanitárias, pois, não é a técnica que deve reger a ética e a política, mas a ética e a política que devem reger a técnica, exigindo o desenvolvimento adequado e participativo que torna o SUS mais efetivo, eficiente, eficaz, integral e acessível, equânime e aceito pela sociedade civil como coisa boa e como coisa sua.

O SUS é muito novo, pois instalado no Orçamento da União em 1992, e seus 29 anos de implantação têm ocorrido no olho do vendaval de grave crise econômica internacional, de grave crise fiscal do Estado, de hegemonia de lógicas neoliberais de organização do Estado e de atravessamentos antidemocráticos.

Seus princípios e sua arquitetura, no entanto, são muito bons e potentes, quando defendidos pela sociedade civil. Atenção primária, saneamento básico, promoção de saúde, prevenção de transtornos, educação em saúde e pós-venção carecem de incentivo, de aprimoramento e de encarnação numa política econômica socialmente consequente e inclusiva.

Este livro nos ajuda a compreender e lutar, lutar e compreender.

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Médico (UFC), Psiquiatra (ABP/AMB), Mestre em Medicina Social (IMS/UERJ), Doutor em Medicina Preventiva (FMRP/USP), Professor Titular em Saúde Pública, líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho, coordenador do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde, Docente do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE), membro das Academias Cearenses de Médicos Escritores e de Saúde Pública, Professor e Doutor Honoris Causa pela Universidade Eotvos Lorand, Hungria.

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

CAPÍTULO 1.....09

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE INFANTIL DO ESTADO DO CEARÁ NO ANO DE 2017

Breno da Silva Barroso

Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque

Janaína dos Santos Mendes

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues

Ilvana Lima Verde Gomes

CAPÍTULO 2.....24

REPERCUSSÕES DO PRÉ-NATAL REALIZADO PELO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE EMPODERAMENTO DA GESTANTE

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Ana Karla Dantas Pinheiro

CAPÍTULO 3.....40

INTERDISCIPLINARIDADE NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DISCUTINDO O PROCESSO FORMATIVO EM SAÚDE

Ítalo Lennon Sales de Almeida

Natana de Moraes Ramos

Rhanna Emanuela Fontenele Lima Carvalho

CAPÍTULO 4.....50

PERFIL DE GESTANTES NA VISITA GUIADA À MATERNIDADE

Bruna Aparecida Teixeira Sousa

Ana Karoline Marques Teixeira

Adriano da Costa Belarmino

Larissa Cunha Alves de Holanda

CAPÍTULO 5.....64

CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE OS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

Aretha Maria Aragão Taumaturgo

Adriano da Costa Belarmino

Edmilson Ferreira Bezerra Filho

Maria Cristiane Soares de Lemos

Larissa Cunha Alves de Holanda

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

CAPÍTULO 6.....83

ACESSIBILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Patricia de Oliveira Bastos

Maisa Leitão de Queiroz

Tayane Olimpio Silva

Victor Hugo Santos de Castro

CAPÍTULO 7.....95

ANÁLISE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMEIROS EM PRONTUÁRIOS DE CENTRO DE PARTO NORMAL

Ingrid Stuart de Oliveira Pontes Lima

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues

Roberta Nunes

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

CAPÍTULO 8.....110

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Patricia de Oliveira Bastos

Maisa Leitão de Queiroz

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues

CAPÍTULO 9.....125

REFLEXÕES SOBRE ÉTICA E MORAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO ERRO HUMANO

Ítalo Lennon Sales de Almeida

Lorena Campos de Souza
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa
Maria Vilaní Cavalcante Guedes
Maria Célia de Freitas

CAPÍTULO 10.....134

BENEFÍCIOS DO MÉTODO PONSETI COMO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO:
REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Natara Ponte Lopes
Maria Eunice nogueira Galeno Rodrigues
Adriano da Costa Belarmino
Patricia de Oliveira Bastos
Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque

SOBRE OS AUTORES.....152

ÍNDICE REMISSIVO.....156

CAPÍTULO 1

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE INFANTIL DO ESTADO DO CEARÁ NO ANO DE 2017

*Breno da Silva Barroso
Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues
Janaína dos Santos Mendes
Ilvana Lima Verde Gomes*

RESUMO

A mortalidade infantil e seus determinantes têm sido objeto de muitos estudos no Brasil, pois a redução da mortalidade infantil e fetal são fatores determinantes para a compreensão de saúde de um país. A pesquisa teve como objetivo descrever as características dos óbitos infantis do Estado do Ceará no ano de 2017. Os dados foram coletados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) onde se utilizaram as ferramentas do Ministério da Saúde, pelo Sistema de Agravos e Notificações (SINAN) e Sistema de Mortalidade (SIM). Neste, levantou-se dados referentes ao comportamento epidemiológico da mortalidade infantil, contendo os indicadores de mortalidade no Estado do Ceará. A pesquisa foi realizada durante os meses de fevereiro a junho de 2019, para análise dos dados utilizou-se o Programa Microsoft Excel 2013. A partir das análises, observou-se que os óbitos infantis no ano de 2017, no estado do Ceará, foram classificados segundo macrorregião, ficando a capital cearense Fortaleza com 52,96% dos óbitos infantis; em relação à faixa etária (24 horas a 11 meses de vida) 80,26% dos óbitos foram evidenciados da primeira hora a dois meses de vida; peso ao nascer 43,29% dos óbitos, quanto às causas conforme o CID-10, as afecções perinatais totalizaram-se 59,36% dos casos. Em suma, a mortalidade infantil é uma excelente ferramenta na saúde pública sendo necessário conhecer e avaliar quais as causas e as circunstâncias do óbito infantil para que seja traçado intervenções que almejam a diminuição da taxa de mortalidade infantil e engrandecem as políticas públicas de saúde da criança.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Enfermagem. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil (TMI) representa um importante indicador, pois reflete as condições de vida e saúde de uma população. É definida pelas mortes de crianças em seu primeiro ano de vida em relação ao número de nascidos vivos para o mesmo período. Nas últimas décadas, observa-se uma diminuição desse coeficiente em países em desenvolvimento. No Brasil, o declínio na TMI ocorreu devido a melhorias

das condições socioeconômicas e sanitárias e ao acesso aos serviços de saúde (CAVALCANTE et al., 2018).

Por sua vez, essa taxa pode ser analisada segundo dois componentes: mortalidade neonatal, que representa os óbitos de crianças no período de 0 a 27 dias de vida, e a mortalidade pós-neonatal, que são os óbitos de 28 dias até um ano de vida. A mortalidade neonatal, por sua vez, é subdividida em neonatal precoce (óbitos de 0 a 6 dias completos de vida) e neonatal tardia (óbitos de 7 a 27 dias de vida) (PAULA et al., 2016).

Neste contexto, a taxa de mortalidade infantil facilita analisar a disponibilidade, a utilização e a eficácia dos cuidados de saúde, em especial da atenção ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e à criança no primeiro ano de vida, sendo frequentemente utilizada para definir políticas públicas direcionadas à saúde materno-infantil (KROPIWIEC, FRANCO, AMARAL, 2017).

Diante do cenário, compreende-se que as principais causas de morte são as doenças perinatais, prematuridade da gestação, ineficiência do pré-natal, doenças relacionadas à infância e problemas cardiovasculares e respiratórios, e a tríade: diarreia, pneumonia e desnutrição (LOYOLA, OLIVEIRA, DUTRA, 2018).

Sendo assim, observa-se intervenções em relação à redução da mortalidade infantil no Brasil e no mundo. Como a melhoria na organização do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Uma maior cobertura do saneamento básico, as campanhas de vacinação, e principalmente aos progressos na atenção à saúde da criança, e a qualidade da assistência à gestante durante o pré-natal e parto, reduzindo as mortes maternas e neonatais (SOUZA et al., 2018).

Entretanto, apesar desse progresso, a redução da mortalidade infantil ainda se configura como desafio para os serviços de saúde, especialmente porque, desde a década de 1990, a mortalidade neonatal se configura como o principal componente da mortalidade infantil no país (GAIVA, FUGIMORI, SATO, 2016).

Com efeito, os dados sobre causas de óbito são fundamentais para o conhecimento do perfil epidemiológico da população, sendo decisivos para nortear as atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde. O método ideal para a geração de dados de mortalidade de boa qualidade é por meio de um sistema de informações sobre óbitos que registre as informações certificadas por médicos sobre as causas de morte de todos os óbitos ocorridos (CUNHA et al., 2019).

Para tanto, os óbitos investigados são discutidos no âmbito dos Comitês por um grupo de expert das universidades, secretarias de saúde, conselhos de classe e organizações não governamentais. A discussão destes óbitos permite correção dos

sistemas de informações das estatísticas vitais, avaliação da qualidade da assistência e das condições de acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA, BONFIM, MEDEIROS, 2017).

Assim, para enfrentar o desafio da redução dos óbitos infantis, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) têm sido importantes instrumentos de pesquisa, por serem bases de dados que possibilitam a detecção de fatores associados à mortalidade. Os resultados obtidos nessas bases possibilitam um diagnóstico situacional e visualização da magnitude do problema (SANDERS et al., 2017).

Destarte, frente a desafios tão complexos e plurais e visando à qualificação das estratégias e ações voltadas à Saúde da Criança na agenda da saúde pública brasileira, nas esferas federal, estadual e municipal, mostrou-se necessária a elaboração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2018).

Com a finalidade de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

Justifica-se na busca de entender histórico epidemiológico da mortalidade infantil no Ceará no ano de 2017 devido à quantidade de óbitos e consequentemente, conhecer as causas relacionadas à mortalidade infantil que a partir dos sistemas de informações tornando necessário realizar iniciativas importantes para o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção, em todos os níveis da atenção à saúde.

Dessa forma, o estudo torna-se relevante por evidenciar que há um aumento da taxa de mortalidade infantil durante o ano de 2017 do Estado do Ceará, mostrando-se necessária a busca de melhorias nas deficiências que as políticas de atenção à criança e a mulher necessitam aprimorar e buscar intervir de forma sistemática. O principal objetivo é descrever as características dos óbitos infantis do Estado do Ceará no ano de 2017.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico, descritivo e de abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem como características a observação, registro, análise e ordem dos dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa foi realizada no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) desenvolvida pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Foram coletados dados utilizando as ferramentas do Ministério da Saúde, desenvolvidos pelo DATASUS, pelo Sistema de agravos e Notificações (SINAN) e Sistema de Mortalidade (SIM); para o levantamento dos dados referentes ao comportamento epidemiológico da mortalidade infantil, contendo os indicadores de mortalidade no Estado de Ceará que foram analisados em todas as regiões de saúde.

Iniciou-se através do Sistema de Saúde (TABNET) sendo direcionado o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos). Posteriormente foi selecionado o grupo segundo as ações se enquadrando ao objetivo do estudo e a opção mortalidade do ano de 1996 a 2017 pelo Cid-10; em seguida escolhidos os óbitos infantis sendo abrangidos geograficamente pela região do Ceará no ano 2017.

Foram descritas as variáveis relacionadas aos óbitos segundo a macrorregião do Ceará, óbitos por faixa etária das 24 horas a 11 meses de vida; óbitos por peso ao nascer. Segundo o capítulo do CID-10, óbitos por local da ocorrência e óbitos investigados.

A pesquisa foi realizada durante os meses de fevereiro a junho de 2019. A população constituiu-se de todos os óbitos no ano de 2017 na região cearense totalizando 127.797 óbitos, enquanto a amostra foi composta por todos os óbitos infantis durante o ano de 2017, resultando em 1688 óbitos.

Utilizou-se o Programa Microsoft Excel 2013, pertencente ao pacote Microsoft Office 2013, para Windows, e os resultados estão dispostos em tabela e gráficos com valores relativos e absolutos. Foram discutidos através de literatura pertinente e atual.

A pesquisa não utiliza informações de seres humanos e baseia-se em dados secundários de domínio público, disponibilizados no DATASUS, portanto não foi submetida à apreciação por comitê de ética em pesquisa.

Quanto aos benefícios, foi possível analisar as características da mortalidade infantil no estado do Ceará, evidenciado pelas principais causas que acomete a criança, tornando pertinente o planejamento e execução de intervenções que diminuam os óbitos infantis por causas evitáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos óbitos infantis por Macrorregião

No ano de 2017 no Ceará foram totalizados 1688 óbitos infantis, sendo o maior índice com 894 dos casos de óbito infantil na capital cearense, Fortaleza, considerada a primeira macrorregião do Ceará.

O Sistema de Saúde do Estado do Ceará tem na sua estrutura 3.793 unidades públicas de saúde, sendo que 12 não são unidades SUS; apresenta um total de 6.607 unidades privadas, sendo que destas, 416 são complementares, atendendo pacientes do SUS. No total, o Estado do Ceará apresenta 10.400 unidades de saúde, distribuídas nas 05 Macrorregiões de Saúde (CEARÁ, 2016).

Tabela 1 - Caracterização dos óbitos infantis por Macrorregião do Estado do Ceará no ano de 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

ÓBITOS INFANTIS POR MACRORREGIÃO		
N		%
	1º MACRO	
	FORTALEZA	
894		52,96
	2º MACRO	
	SOBRAL	
307		18,18
	3º MACRO	
	CARIRI	
263		15,58
	4º MACRO	
	SERTAO CENTRAL	
132		7,81
	5º MACRO	
	LITORAL LESTE/JAGUARIBE	
92		5,45
1688		100%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2017.

Em segundo plano, observa-se Sobral, sendo considerada a segunda macrorregional do Ceará, com o segundo maior índice de mortalidade infantil evidenciando 307 dos casos.

Caracterização dos óbitos infantis segundo a faixa etária

Na tabela 2, relaciona-se o óbito infantil com a faixa etária (as primeiras horas e dias vividos pelo recém-nascido). Mostra-se que a maioria dos óbitos ocorreu durante as 24 horas de vida tendo maior valor dos casos de óbitos. Relacionando as 24 horas de vida até 28 dias e dois meses contabilizou mais de um terço dos óbitos, mostrando que essa fase da vida, nascimento e adaptação, é considerada mais sensível para criança.

A mortalidade neonatal no Brasil representa mais de 70% da mortalidade no primeiro ano de vida, sendo que 25% dos óbitos ocorrem nas primeiras 24 horas pós-parto. Essa realidade é o resultado da combinação de diversos fatores, que estão intimamente vinculados às condições de saúde materna e do recém-nascido, condições de vida da mulher e da família e, também, principalmente, à qualidade da assistência prestada à mãe, durante gestação, parto, pós-parto, e ao neonato nos primeiros momentos de vida e durante a internação hospitalar (GAIVA, FUGIMORI, SATO, 2016).

Dentre as ações para a redução dos óbitos infantis, há de se considerar a agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança com vistas a reduzir a Mortalidade Infantil, que na Primeira Semana de Vida deve-se investigar o cartão da criança, as condições de alta e a unidade onde foi assistida; avaliação geral da criança e da puérpera; identificação de crianças de risco ao nascer (baixo peso ao nascer, asfixia grave: Apgar <7 no 5º minuto, prematuros); orientações quanto ao aleitamento, triagem neonatal e auditiva, imunização (TEIXEIRA et al., 2016).

Tabela 2 - Caracterização dos Óbitos Infantis segundo a faixa etária do Estado do Ceará no ano de 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Óbito Infantil segundo a faixa etária	N	%
Menos de 24 horas	481	28,49
1 a 6 dias	444	26,30
7 a 27 dias	250	14,81
28 dias a 2 meses	180	10,66
3 a 5 meses	210	12,44
6 a 11 meses	122	7,22
Menor de 1 ano, detalhe ignorada	1	0,05
	1688	100%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2017.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a prematuridade um problema mundial, principalmente por sua relação com a mortalidade neonatal. O Brasil situa-se entre os dez países com as taxas mais elevadas, os quais são responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo. No Brasil, atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil (OLIVEIRA et al., 2016).

Óbitos por peso ao nascer

Durante o ano de 2017 na região Cearense, houve 731 casos de óbitos infantis de baixo peso ao nascer (BPN), muito baixo peso e extremo baixo peso a nascer, totalizando mais de um terço dos casos.

Considera-se recém-nascidos com baixo peso como aqueles com peso ao nascer inferior a 2500g, os de muito baixo peso são aqueles que apresentam peso ao nascer menor que 1500g (CAÇOLA, BOBBIO, 2010) enquanto os recém-nascidos com extremo baixo peso (peso de nascimento menor que 1000g) (SOUZA et al., 2017).

Tabela 3 - Caracterização dos Óbitos Infantis segundo peso ao nascer do Estado do Ceará no ano de 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Óbito Infantil segundo o peso ao nascer	N	%
Menos de 500g	127	7,52
500 a 999g	409	24,22
1000g a 1499g	195	11,55
2500g a 2999g	178	10,54
3000g a 3999g	249	14,75
4000g a mais	23	1,36
Ignorado	235	13,92
	1688	100%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Embora a maior preocupação dos pesquisadores em estudar o peso de nascimento se relaciona principalmente ao baixo peso ao nascer (BPN), seus fatores de risco e suas consequências para a vida do indivíduo a curto e a longo prazo, chama a atenção a proporção de crianças que nascem com peso insuficiente (peso de nascimento entre 2.500 e 2.999 g) (SANTOS et al., 2016).

A importância da atenção e cuidado com o RN prematuro e/ou de baixo peso ao nascer deve-se ao fato dessas causas serem responsáveis pelo maior índice de morte neonatal. Importante ressaltar que o baixo peso ao nascer e a prematuridade são considerados causas evitáveis por meio do acesso a serviços de saúde e acompanhamento adequado de pré-natal (PESSOA et al., 2015).

Caracterização do Óbito infantil pela lista de mortalidade CID-10

Quanto à causa do óbito, CID-10, no Ceará durante o ano de 2017, a maioria foi devido a afecções originadas no período perinatal, feto e recém-nascido por fatores maternos, transtornos relacionados à duração da gravidez, desconforto (angústia) no recém-nascido, afecções respiratórias, septicemia bacteriana, malformações congênitas, deformidades, anomalias, hipóxia intrauterina, asfixia ao nascer e outras afecções e malformações do recém-nascido.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam queda no número de mortes na infância em âmbito mundial, passando de 12,7 milhões de casos em 1990 para estimados 5,9 milhões em 2015. Apesar dos avanços, ainda é grande o número de mortes evitáveis, especialmente no período neonatal, responsável por aproximadamente 45% dos óbitos deste período, com estimativa de um milhão de mortes no dia do nascimento e perto de dois milhões na primeira semana de vida. Entre as principais causas, estão a prematuridade, a pneumonia e as complicações decorrentes do trabalho de parto, entre outras (SLEUTJE et al., 2018).

Tabela 4 - Caracterização do Óbito infantil pela lista de mortalidade CID-10 do Estado do Ceará no ano de 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Óbito Infantil segundo CID-10	N	%
1 Algumas doenças infecciosas e Parasitárias	71	4,2
2 Neoplasias	4	0,23
3 Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	10	0,59
4 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	24	1,42
5 Doenças do sistema nervoso	37	2,19
6 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,05
7 Doenças do aparelho circulatório	20	1,18
8 Doenças do aparelho respiratório	65	3,85
9 Doenças do aparelho digestivo	12	0,71
10 Doenças do aparelho geniturinário	3	0,17
11 Algumas afecções originadas no período perinatal	1002	59,36
12 Malformações congênitas, deformidades e anomalias	385	22,80
13 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clí.	29	1,71
14 Todas as outras doenças	1	0,05
	1688	100%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Registrou-se que os óbitos perinatais são eventos potencialmente evitáveis e refletem a qualidade da assistência prestada no pré-natal e no parto (SHARMA, SIDHU, KAUR, 2016).

No Brasil, as doenças respiratórias são consideradas a primeira causa de óbito em crianças entre 1 e 4 anos de idade (PINTO, ARAÚJO, AMARAL, 2017).

Destaca-se que a sepse neonatal é classificada em precoce e tardia. Na sepse precoce, o RN apresenta sintomas nos primeiros três dias de vida incompletos, ou seja, com menos de 72 horas de vida, sendo relacionada com fatores de risco maternos. Na sepse tardia, os sintomas ocorrem a partir do quarto dia de vida, ou seja, com mais de 72 horas de vida e está relacionada com fatores neonatais, acometendo, em geral, os RN que se encontram internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sendo que os agentes responsáveis são de origem hospitalar. A sepse neonatal tardia está fortemente associada aos procedimentos e contaminação presentes nas UTIN (SILVA et al., 2015).

A maioria das mortes por anomalias congênitas (AC) ocorrem durante o primeiro ano de vida, impactando na taxa de mortalidade infantil. No Brasil, as AC constituem a segunda causa de mortalidade infantil, contribuindo com 11,2% destas mortes, perdendo apenas para as causas perinatais (MENDES et al., 2018).

Nesse sentido, cerca de 60% das anomalias congênitas possuem origem desconhecida. As anomalias congênitas genéticas contam com maior número de estudos, como as cromossomopatias, e as de etiologia ambiental, causadas por teratógenos. Entre os fatores causais das AC, destacam-se agentes infecciosos, agentes ambientais, como radiação, fatores mecânicos e compostos químicos, assim como doenças maternas. Alguns fatores maternos como idade, estilo de vida, tipo de gestação e saúde materna, entre outros, têm sido pesquisados e relacionados à ocorrência de anomalias congênitas (COSME, LIMA, BARBOSA, 2017).

Segundo as causas de óbitos com menores números, estão as gastroenterites infecciosas, doença virais, outras infecções por doenças infecciosas e parasitárias, leucemia, neoplasias, síndrome de down, doenças hematológicas, outras malformações, doenças do sistema nervoso, geniturinário, digestivo e causas externas de morbidade e mortalidade.

Caracterização dos óbitos infantil por local da ocorrência

Nota-se que de acordo com o local da ocorrência dos óbitos infantil, o hospital tem sido o local com maior índice de mortalidade infantil.

O crescente aprimoramento tecnológico tem propiciado avanços importantes nas possibilidades terapêuticas empregadas no cuidado de crianças prematuras, permitindo a sobrevida de recém-nascidos de idades gestacionais e peso de nascimentos cada vez menores. É nesse sentido que o advento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem auxiliado na diminuição nas taxas de mortalidade de RNMBP. Na adaptação à vida extrauterina prematura, a necessidade de suporte respiratório e nutricional é a mais frequente indicação de permanência desses prematuros em unidades especializadas (CARNEIRO et al., 2015).

Chama-se a atenção que entre as mortes na infância, cerca de 40,0% são de recém-nascidos nos primeiros dias de vida ou no período neonatal. A maior parte dos óbitos neonatais (75,0%) ocorre na primeira semana de vida (componente neonatal precoce), das quais entre 25,0% e 45,0% nas primeiras 24 horas. Os países em desenvolvimento concentram a maior parte desses óbitos, que poderiam ser evitados em pelo menos 2/3 dos casos (RAMOS et al., 2016).

Tabela 5 - Caracterização dos óbitos infantis por local da Ocorrência do Estado do Ceará no ano de 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Local da Ocorrência	N	%
Hospital	1574	93,24
Outro estabelecimento de saúde	14	0,82
Local da Ocorrência	N	%
Domicílio	52	3,08
Via Pública	20	1,18
Outros	26	1,54
Ignorado	2	0,11
	1688	100%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2017.

Nesse contexto, a fragilidade do recém-nascido e a morbidade aumentada exigem a hospitalização do neonato prematuro logo após o nascimento para permitir a sobrevida e evitar a ocorrência de sequelas em longo prazo. A hospitalização de uma criança recém-nascida dificulta a convivência com os pais, motivada pelo período de internação prolongado, por rotinas da instituição hospitalar e condições clínicas da criança (SILVA et al., 2016).

A principal causa de morbimortalidade neonatal é a prematuridade, na qual tem apresentado um elevado índice ao longo dos tempos e observado grande quantidade

de casos de hospitalização devido ao nascimento prematuro (VIANA; ARAÚJO; SALES, 2018).

O período neonatal, que compreende os primeiros 28 dias de vida, é considerado como o mais vulnerável para a sobrevivência do indivíduo. Quando em situação de risco de morte, a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é o serviço de internação responsável pelo cuidado integral do recém-nascido, devendo possuir estrutura e condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. A maioria de todas as mortes neonatais (73%) ocorre durante a primeira semana de vida e 36% em menos de 24 horas (DAMIAN, WATERKEPER, PALUDO, 2016).

Assim, levando-se em consideração as taxas ainda elevadas de mortalidade neonatal e a importante contribuição deste componente entre os óbitos ocorridos no primeiro ano de vida no Brasil, percebe-se a necessidade de uma melhor compreensão dos fatores condicionantes dos óbitos em recém-nascidos, especialmente, o papel da assistência hospitalar (BRASIL et al., 2018).

Caracterização do óbito infantil investigado

Conforme a (Tabela 6), nota-se que na maioria dos casos de óbitos infantis no território cearense no ano de 2017 foram realizadas as investigações das causas dos eventos, sendo 1639 das investigações com ficha-síntese informada em relação aos 56 dos casos de óbitos não investigados. Observa-se que houve melhoria e veracidade da contribuição da vigilância do óbito dando ênfase na causa como instrumento para aprimoramento das estatísticas vitais e planejamento de ações.

A vigilância do óbito infantil (VOI) é recomendada como uma estratégia que contribui para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. No Brasil, foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma política de Estado em 2010, com a publicação de uma base normativa e legal, a partir da experiência de alguns municípios que desenvolviam essa estratégia (OLIVEIRA et al., 2018).

Entretanto, a VOI é recomendada como uma estratégia que contribui para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. No Brasil, foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma política de Estado em 2010, com a publicação de uma base normativa e legal, a partir da experiência de alguns municípios que desenvolviam essa estratégia (OLIVEIRA et al., 2018).

Embora a vigilância do óbito seja apontada como um bom indicador de efetividade dos sistemas de saúde, só em 2010 o Ministério da Saúde instituiu a sua

obrigatoriedade com vistas à melhoria da qualidade das informações vitais e à promoção de reflexões para trabalhadores e gestores sobre a assistência prestada às mulheres e crianças (OLIVEIRA et al., 2016).

Tabela 6 - Caracterização dos Óbitos Infantis investigados do Estado do Ceará no ano de 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

ÓBITOS INFANTIS INVESTIGADOS		Óbito investigado com ficha síntese informado		Óbito investigado, sem ficha síntese informado		Óbito não investigado	
N	%	1639	97,09	20	1,18	29	1,71
1688	100%						

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2017.

O Ministério da Saúde tem realizado investimento específico importante nos sistemas de informação nacionais nos últimos anos, destacando-se, entre as várias iniciativas propostas, a inclusão de metas relacionadas à qualidade das informações sobre óbitos na Programação Pactuada e Integrada dos municípios; bem como a implantação sistemática da busca ativa de óbitos e a investigação das causas dos óbitos declarados como mal definidos, além de estímulo aos comitês de prevenção do óbito materno, infantil e fetal (FRANÇA et al., 2017).

À vista disso, na operacionalização da VOI os óbitos são identificados, investigados e discutidos em fóruns específicos, gerando propostas de promoção e atenção à saúde, além de correção das estatísticas vitais. A investigação do óbito permite, retrospectivamente, avaliá-lo por meio dos registros em prontuários e entrevistas com a família e profissionais envolvidos na atenção materno-infantil. Para desvendar as circunstâncias em que o evento ocorreu, a investigação explora a diversidade de determinantes da morte infantil, identificando falhas na cadeia de ações do cuidado (OLIVEIRA et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o exposto, a geração de informações a respeito da mortalidade infantil é uma importante ferramenta para a saúde pública, visto que identifica características locais passíveis de correlações com outras situações semelhantes, favorecendo a discussão sobre o tema e elevando o nível de interesse de gestores e profissionais da

saúde. Portanto, é fundamental conhecer as causas dos óbitos infantis de uma determinada localidade e suas relações com variáveis biológicas e sociais para traçar diretrizes que reduzam a mortalidade.

Dessa forma, é importante analisar dados epidemiológicos de mortalidade e suas causas quando relacionamos óbitos infantis interligados ao cenário onde estão inseridos, pois, observa-se que através das políticas de atenção às crianças, há uma diminuição dos índices de mortalidade infantil quando comparado aos anos anteriores.

Levando-se em consideração esses aspectos, tem-se que a participação dos serviços de saúde é fundamental. Contudo, não se deve negligenciar a necessidade de uma política social contínua e eficaz para melhoria das condições sanitárias, de educação materna e acesso aos bens e serviços em geral, incluindo o acesso oportuno à atenção médica de qualidade.

Em vista disso, necessita-se que as práticas assistenciais expliquem as diferenças encontradas no desfecho clínico dos recém-nascidos tornando identificar a combinação de práticas consideradas potencialmente melhores para promover impacto na redução da mortalidade infantil. A identificação de falhas específicas na qualidade de atendimento constitui ponto de partida e pode subsidiar intervenções mais efetivas na redução dos óbitos infantis.

Reitera-se que para que as medidas de prevenção e controle da morbidade e mortalidade infantil sejam aprimoradas e novas ações possam ser desencadeadas, é preciso constante monitoramento dos dados, tanto os epidemiológicos como os socioeconômicos e de saúde. Daí a importância de entender o perfil epidemiológico da mortalidade infantil, causas como também a vigilância e monitoramento dos dados realizados pelas políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília 2018. Dispõe sobre Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Orientações para implementação.

BRASIL, T.B.; PINTO, F.J.M.; SAMPAIO, R.M.M. et al. Fatores associados à mortalidade neonatal com ênfase no componente da atenção hospitalar ao recém-nascido. **Arq. Catarin Med.** v. 47, n. 2, p. 70-86, abr-jun. 2018.

CARNEIRO, J.A. et al. Características de recém-nascidos de muito baixo peso admitidos em unidade de terapia intensiva neonatal **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7207-12, abr., 2015.

CEARÁ. Secretária de saúde do Estado do Ceará. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** Disponível em:

<https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/plano_estadual_de_saude_2016_2019.pdf>. 2019.

COSME, H.W.; LIMA, L.S.; BARBOSA, L.G. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. **Revista Paulista de Pediatria** [online]. v. 35, n.1, p.33-38. 2017.

CUNHA, C.C. et al. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no estado da Bahia, Brasil, em 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 5, p. 1831-1844, 2019.

DAMIAN, A.; WATERKEMPER, R.; PALUDO, C.A. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. **Arq. Ciência Saúde**. v. 23, n. 2, p. 100-105 2016.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2012.

FRANÇA, E.B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 20, n.1, p. 46-60 Maio, 2017.

GAIVA, M.A.M; FUJIMORI, E.; SATO, A.S. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 25, n. 4, p. 2290015, 2016.

KROPIWIECA, M.V.; FRANCO, S.C.; AMARAL, A.R. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano. **Revista Paulista de Pediatria**. V. 35, n. 04, oct.-dec., 2017.

LOYOLA, C.D.; OLIVEIRA, R.M.P.; DUTRA, V.F.D. Caring for the future: decrease in infant mortality in Maranhão State. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. v. 71, n. 3, p. 1479-84, 2018.

MENDES, I.C. et al. Anomalias congênitas e suas principais causas evitáveis: uma revisão. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 28, n. 1977, 2018.

OLIVEIRA, C.M. de; BONFIM, C.V. do; MEDEIROS, Z.M. Mortalidade infantil e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos das ações de vigilância do óbito. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife. v. 11, n. 2, p. 1078-85, fev., 2017.

OLIVEIRA, C.M. et al. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 29, n. 3, p. 282-90. 2016.

OLIVEIRA, C.M.O. et al. Adequação da investigação dos óbitos infantis no Recife, Pernambuco, **Brasil Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 3, p. 701-714, 2018.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Levels and Trends in Child Mortality 2015. **Relatório Anual de Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil**, 2015.

Organização das Nações Unidas (ONU). Agenda 2030. 2015. Disponível em: <<http://www.agenda2030.com.br/biblioteca/Agenda2030-completo-site.pdf>>.

PAULA- JÚNIOR, J.D. et al. Profile of neonatal mortality in the municipality of Ubá/ MG, Brazil (2008-2010). **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 18, n. 3, p. 24-31, jul-set, 2016.

PESSOA, T.A.O. ; MARTINS, C.B. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. **Avances en Enfermería**. v. 33, n. 3, p. 401-411. 2015.

PINTO, B.F.; ARAÚJO, P.Q.; AMARAL, J.D.F. Atuação da fisioterapia no esforço respiratório em crianças hospitalizadas com infecção respiratória aguda: um estudo comparativo. **Fisioterapia Brasil**. v. 18, n.2, 2017.

RAMOS, V.M. et al. Avaliação dos óbitos neonatais em um hospital de ensino. **SANARE, Sobral** - v.15, n.01, p.39-46, Jan./Jun., 2016.

SANDERS, L.S.C. et al. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Coletiva**. v.18, n.64, p. 6576, 2017.

SHARMA,S.; SIDHU, H.; KAUR, S. Analytical study of intrauterine fetal death cases and associated maternal conditions. **International Journal of Applied And Basic Medical Research**. v. 6, n. 1, p. 11-13, Jan-mar, 2016.

SILVA, R.M.M. et al. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. revista de **Enfermagem Centro Oeste Mineiro**. v. 6, n. 2, 2016.

SILVA, S.M.R. et al. Seps neonatal tardia em recém-nascidos pré-termo com peso ao nascer inferior a 1.500g. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36, n.4, Oct-Dec., 2015.

SLEUTJES, F.C.M. et al. Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 8, p. 2713-2720, 2018.

SOUSA, D.S. et al. Morbidade em recém- nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife. v. 17, n. 1, p. 149-157 jan-mar., 2017.

SOUZA, F.J.S. et al.Perfil epidemiológico da mortalidade neonatal no rio grande do norte-brasil: um estudo de base secundária. **Revista Ciência Plural**. v. 4, n. 2, 2018.

TEIXEIRA, G.A. et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Online, v. 8, n.1, p. 4036-4046, jan-mar., 2016.

VIANA, M.R.P. et al. Vivência de Mães de Prematuros no Método Mãe Canguru. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Online. v. 10, n. 3, p. 690-695, 2018.

CAPÍTULO 2

REPERCUSSÕES DO PRÉ-NATAL REALIZADO PELO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE EMPODERAMENTO DA GESTANTE

*Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
Ana Karla Dantas Pinheiro*

RESUMO

A vivência do parto envolve diversos fatores, sejam eles culturais, sociais, econômicos ou biológicos, tornando-se um evento muito significativo na vida de uma mulher. A gestação requer uma assistência voltada às necessidades da mulher, tendo os seus direitos garantidos e a sua autonomia preservada. O objetivo do estudo é identificar as evidências disponíveis sobre as repercussões do pré-natal realizado pelo enfermeiro no processo de empoderamento da gestante para a vivência do parto. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no primeiro semestre de 2019. As informações foram coletadas através das bases de dados online LILACS, MEDLINE E BDENF, utilizando os descritores cuidado pré-natal, enfermeiro, gestantes, empoderamento e parto. Após critérios de inclusão e exclusão, 11 estudos foram selecionados para análise, identificando-se duas categorias: percepção da consulta de enfermagem no pré-natal, evidenciando-se uma percepção positiva e uma valorização do atendimento após a primeira consulta; e empoderamento para a vivência do parto, no qual se destacou o plano de parto e as ações em educação em saúde como fatores essenciais para o autoconhecimento da gestante e para a sua autonomia durante o parto. Conclui-se que a satisfação das mulheres está diretamente ligada a qualidade da assistência, sendo comprometida em alguns momentos quando a comunicação não foi efetiva. A percepção do atendimento realizado pelo enfermeiro foi pautada por acolhimento, escuta, formação do vínculo entre a gestante e profissional, favorecendo a adesão das gestantes ao pré-natal, o aprendizado e, consequentemente, o empoderamento da mulher para uma vivência positiva da gestação e do parto.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Enfermeiro. Parto.

INTRODUÇÃO

A gestação favorece uma vivência única na vida da mulher, pois várias transformações, sejam elas físicas ou psicológicas, ocorrem nesse período e são vivenciadas a cada gravidez. Surpresas, dúvidas, medo, alegrias e angústias são alguns dos sentimentos que permeiam essa fase da vida da mulher, se intensificando ao aproximar-se do trabalho de parto (MESQUITA et al., 2015).

A vivência do parto envolve diversos fatores, sejam eles culturais, sociais, econômicos ou biológicos, tornando-se um evento muito significativo na vida de uma

mulher. A gestação representa um período específico e que necessita de uma assistência voltada às necessidades da mulher, tendo os seus direitos garantidos e a sua autonomia preservada. No entanto, gradativamente os direitos das mulheres têm sido violados e a perda da autonomia um episódio constante. O parto fisiológico foi substituído pela realização de cesarianas, caracterizando-se pelo aumento da dependência de intervenções tecnológicas e medicalizadas (REIS et al, 2017).

Segundo Kottwitz *et al.* (2018), diante desse novo modelo assistencial, as mulheres têm o seu poder de decisão comprometido, deixando de serem protagonistas na gestação e no momento do parto e gerando uma assimetria entre profissional e usuário.

De acordo com Lima e Castro (2017), a gravidez é um período responsável por inúmeras mudanças, resultando em adaptações físicas e psicológicas, gerando dúvidas, insegurança e incertezas, tanto ao período em que a gestação se desenvolve, quanto ao momento do parto. Uma forma de minimizar essas dúvidas e angústias das mulheres seria durante as consultas de pré-natal, pois é um momento ideal para que os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, promova a autonomia das gestantes, por meio de orientações e cuidados voltados ao parto humanizado.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde enfatiza a importância da atuação do enfermeiro no acolhimento e nas práticas humanizadas, além do desenvolvimento de ações que visem ampliar o conhecimento das gestantes quanto aos seus direitos em todos os níveis de atenção à saúde, bem como estimular o empoderamento, resgatando o seu protagonismo no período gravídico-puerperal (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019).

Nessa perspectiva, questiona-se: quais as repercussões do pré-natal realizado pelo enfermeiro no processo de empoderamento da gestante para a vivência do parto?

A motivação para pesquisar tal temática surgiu ao atuar como orientadora de estágio na sala de parto de uma unidade hospitalar, da rede pública de saúde, e perceber a falta de empoderamento da gestante na vivência do parto. Elas desconhecem os seus direitos e como se dará o processo do parto na unidade de saúde, além das decisões sobre o seu corpo serem tomadas por profissionais da saúde que, na maioria das vezes, dão ênfase ao parto assistido utilizando-se intervenções técnicas, medicalizadas e pouco humanizadas.

A partir da necessidade do estudo sobre os fatores relacionados ao empoderamento das mulheres no processo do parto, a referida pesquisa reveste-se de importância, sendo fundamental a discussão da temática para as reflexões profissionais e possíveis mudanças de práticas nos serviços. Dessa forma, esse trabalho tem como

objetivo analisar as evidências científicas disponíveis sobre as repercussões do pré-natal realizado pelo enfermeiro no processo de empoderamento da gestante para a vivência do parto.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na referida revisão de literatura serão discutidos dois tópicos que darão embasamento à temática estudada, tais como: “O papel profissional do enfermeiro no pré-natal”; e “Desafios para o empoderamento da mulher na vivência do parto”.

O papel profissional do Enfermeiro no pré-natal

A realização do pré-natal é uma ação fundamental na prevenção e na proteção de eventos adversos à saúde obstétrica, possibilitando identificar e intervir, em tempo oportuno, sobre possíveis fatores de risco que resultem em complicações à saúde da mãe e do recém-nascido. Portanto, diante da não realização do pré-natal ou quando realizado de forma inadequada, tem demonstrado maiores taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (NUNES et al., 2016). Segundo Tomase et al. (2017), um pré-natal de qualidade permite identificar o risco gestacional, orientar as gestantes de forma adequada, bem como realizar o encaminhamento correto e em tempo oportuno, em cada momento da gravidez.

O enfermeiro pode acompanhar todo o pré-natal de gestantes de baixo risco, na atenção básica de saúde, segundo o Decreto nº 94.406 de 1987 e conforme a Lei vigente do Exercício Profissional. A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, independente e que objetiva a promoção da saúde da gestante, bem como a sua qualidade de vida, através da sua competência técnica e científica e da participação da gestante em todos os momentos da assistência (BRASIL, 2012).

Na atual política de atenção à saúde materna no Brasil, Rede Cegonha, é dado ênfase a atuação do enfermeiro no acolhimento, na formação de vínculo e nas práticas humanizadas, atendendo a mulher de forma integral e resgatando a sua autonomia em todo o período gravídico-puerperal (BRASIL, 2011).

Conforme Amaral et al. (2019), como estratégia de mudança do modelo tecnocrático para outro mais humanizado, a Rede Cegonha foi essencial na inserção do enfermeiro obstetra, no âmbito da assistência, para enfrentar a redução da mortalidade materna e infantil. Inicialmente utilizando o acolhimento e a classificação de risco, qualificou a assistência obstétrica e melhorou o acolhimento às gestantes. Evidencia-se

que o enfermeiro preparado para a assistência obstétrica, possibilita mudanças nas práticas assistenciais e nas rotinas das instituições.

De acordo com Nogueira e Oliveira (2017), o enfermeiro tem um papel fundamental nas ações destinadas ao pré-natal, que inclui não apenas os procedimentos técnicos, mas busca construir uma relação de confiança com a gestante, a partir do apoio, da escuta e da discussão de aspectos relevantes para a saúde da mulher. A participação do enfermeiro nessa fase é fundamental para que as consultas não se restrinjam a queixas e solicitações de exames, característicos do modelo biomédico.

Desafios para o empoderamento da mulher na vivência do parto

O nascimento representa, para muitos, um momento significativo. Envolve aspectos biológicos, culturais, sociais e econômicos, por isso a assistência deve ser voltada para as necessidades da mulher, priorizando os direitos e a sua participação durante o parto. Porém, esses direitos têm sido violados e o evento do parto conduzido por intervenções tecnológicas, interferindo a autonomia da mulher na vivência do parto. (REIS et al., 2017).

De acordo com Kottwitz *et al.* (2018), no século XIX e mais intensamente no século XX, inseriu-se uma assistência medicalizada e intervencionista, em virtude da popularização do parto cirúrgico, que tinha como objetivo contribuir com a assistência, melhorando os desfechos maternos e neonatais, mas que passou a ser utilizado excessivamente. Esse processo contribuiu significativamente para a perda da autonomia da mulher durante o parto.

O modelo assistencial vigente no Brasil desrespeita os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, desestimula o parto normal, predomina os altos índices de cesarianas e evidencia-se vários relatos de mulheres insatisfeitas com o parto vivenciado. Além disso, supervaloriza a patologia e caracteriza a mulher como um ser incapaz de parir, repercutindo no seu protagonismo (SILVA, 2018).

Para Riesco (2014), durante o parto, diversas intervenções são realizadas de forma desnecessária, sem nenhuma evidência científica, tais como restrição alimentar, amniotomia artificial, posição horizontal, manobra de Kristeller, episiotomia, uso de ocitocina e puxo dirigido, favorecendo as complicações. Essas ações podem resultar em trauma físico e mental para a mulher e, conseqüentemente, uma visão negativa do parto vaginal.

Para a qualidade da assistência humanizada ao parto, são imprescindíveis o oferecimento de métodos não farmacológicos de alívio da dor e o suporte emocional à mulher e seus familiares. Quanto ao emprego de métodos não invasivos durante o parto é importante entender que o principal objetivo é a valorização do autoconhecimento e domínio, pela mulher, do seu próprio corpo e a desmistificação do trabalho de parto como um processo patológico e doloroso (MOUTA et al., 2017).

MATERIAIS E MÉTODOS

Etapas metodológicas da Revisão Integrativa

Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa

Trata-se de uma revisão integrativa, tendo como questão norteadora: *Quais as repercussões do pré-natal realizado pelo enfermeiro no processo de empoderamento da gestante para a vivência do parto?*

Para a construção da pergunta norteadora, foi utilizado a estratégia PICO que, de acordo com Santos, Pimenta e Nobre (2007), representa um acrônimo para Problema, Interesse e Contexto, sendo elementos fundamentais para descrever os componentes relacionados ao problema identificado e construir a pergunta da pesquisa.

A seguir, um quadro detalhando a estratégia PICO da referida pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1- PICO da pesquisa. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.

PROBLEMA	Falta de empoderamento das gestantes durante o trabalho de parto.
INTERESSE	Repercussão do pré-natal realizado pelo enfermeiro no processo de empoderamento.
CONTEXTO	Consulta pré-natal.

Fonte: Elaborado pelo autor.

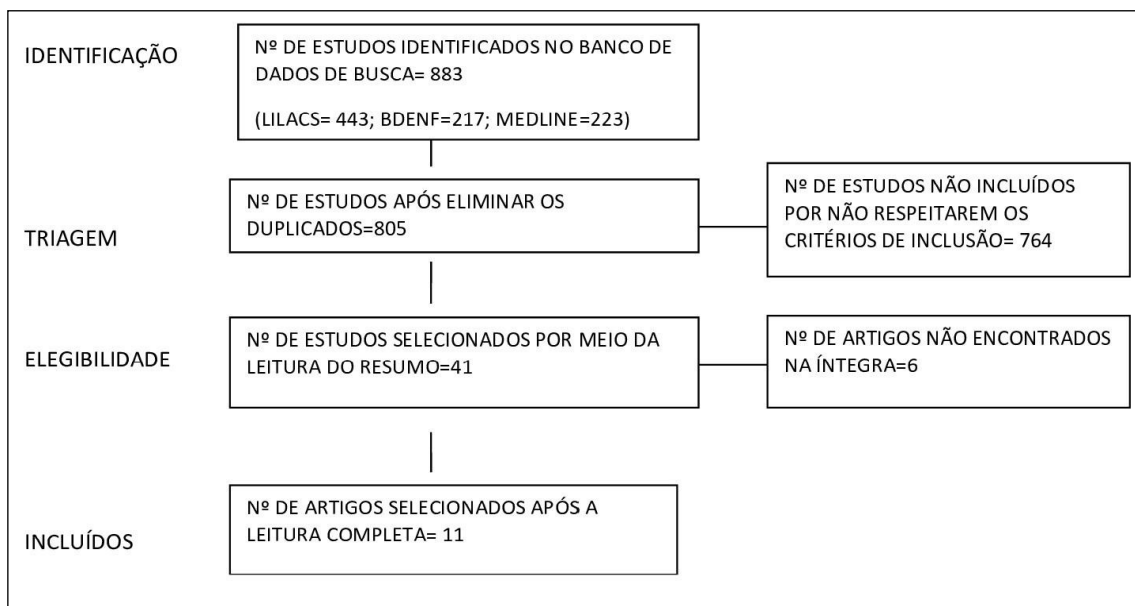
Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão e determinação da amostra ou busca na literatura

As informações foram coletadas no primeiro semestre de 2019 a partir da base de dados online *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Base de Dados em Enfermagem* (BDENF), acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: “Cuidado pré-natal”, “Enfermeiro”, “Gestantes”, “Empoderamento” e “Parto”. Para associar os descritores foi utilizado o conectivo AND e realizado as seguintes associações: “Cuidado pré-natal” AND Enfermeiro”; “Cuidado pré-natal” AND “Empoderamento”, “Cuidado pré-natal” AND “Gestantes”; “Empoderamento” AND “Parto”.

No que diz respeito aos critérios de inclusão, foi incluso artigos em português, inglês ou espanhol cujo conteúdo do resumo abordasse, pelo menos, uma das palavras-chave contidas na pergunta norteadora do referido trabalho, dando ênfase a assistência prestada por enfermeiros e não foi predeterminado tempo específico para publicação dos artigos.

Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, artigos de opinião, de revisão e editoriais, além de textos completos lidos que não se relacionavam ao tema.

Para detalhar as diferentes fases da revisão integrativa, foi utilizado o fluxograma PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálise), que segundo Moher et al. (2015), compreende um fluxograma de quatro etapas que favorece melhor esclarecimento das etapas da pesquisa. Nesta busca foram identificados 883 artigos nas bases de dados, sendo 443 localizados no LILACS, 217 no BDENF e 223 no MEDLINE. Do total de estudos, restaram 805 após eliminar os que estavam duplicados; destes, 764 não foram incluídos por não preencherem os critérios de inclusão. Dos 41 estudos restantes, 06 foram eliminados por não ser possível a leitura na íntegra e 35 por não estarem diretamente relacionados ao tema. Para análise final, foram selecionados 11 artigos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma PRISMA. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos

Nesta etapa objetiva-se, de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), organizar as informações, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo, contendo: nome dos autores e ano, a amostra do estudo, os objetivos, a metodologia empregada, os resultados e as principais conclusões.

Após a busca do material na literatura, foi realizada a leitura e posterior seleção dos artigos que condizem com a temática proposta.

Quarta etapa: avaliação dos estudos da revisão integrativa

Nesta etapa foi realizada uma análise detalhada do estudo, avaliando os resultados de forma imparcial, buscando explicação para os diferentes resultados, de forma a garantir a validade do referido estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Quinta etapa: interpretação dos resultados

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), esta etapa refere-se à discussão dos resultados encontrados no referido estudo. Com base nos resultados,

realiza-se a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões, bem como as implicações resultantes da revisão integrativa.

A análise de dados realizada torna possível a validação dos dados e permite a dedução dos conhecimentos contidos nestes. Após a leitura e identificação das ideias, o estudo foi classificado em duas categorias: Percepção da consulta de enfermagem no pré-natal e Empoderamento para a vivência do parto.

Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do documento

Um documento deve ser elaborado nesta etapa, contemplando a descrição das etapas percorridas pelo revisor, explicando, de forma clara, todas as ações empregadas na elaboração da revisão, bem como os resultados identificados após análise dos artigos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos artigos analisados

A partir da análise dos 11 artigos, percebe-se que o ano de publicação foi correspondente ao período de 2009 a 2019, sendo encontradas mais publicações no ano de 2019.

Quanto ao tipo de pesquisa, dois deles desenvolveram a pesquisa exploratória, uma descritiva e seis descritivas exploratórias, sendo que todas utilizaram uma abordagem qualitativa. As pesquisas foram realizadas em unidades de saúde de diferentes regiões do Brasil, prevalecendo maior quantidade de estudos nas regiões nordeste e sudeste.

Com base no conteúdo abordado, destacamos duas categorias que contemplam o panorama da repercussão do pré-natal realizado pelo enfermeiro no processo de empoderamento da gestante na vivência do parto.

Percepção da consulta de enfermagem no pré-natal

Inicialmente a gestante tem a percepção de que a consulta de enfermagem é complementar a do médico, desconhecendo o trabalho do enfermeiro e só tendo acesso a consulta após ser encaminhado pelo médico. Mesmo tendo respaldo legal, o primeiro atendimento no pré-natal gera desconfiança quanto à qualidade da

assistência de enfermagem, mostrando ainda ser um profissional pouco reconhecido (ASSUNÇÃO et al., 2019; SHIMIZU, LIMA, 2009).

Mesmo se passando dez anos entre as publicações fica evidente que o enfermeiro, apesar de detentor do saber-fazer científico para realização do pré-natal, ainda não possui o devido reconhecimento por parte da população.

Contudo, estudos mostram que o enfermeiro é um dos profissionais mais preparados para a realização do pré-natal, é um profissional que possui uma função essencial na promoção da saúde das gestantes, através do vínculo, do acolhimento, do apoio e da confiança estabelecida com a mulher. Essas atitudes refletem também na adesão e na continuidade das consultas de pré-natal (JARDIM, SILVA, FONSECA, 2019; OLIVEIRA et al., 2015).

Isso fica evidente, a partir dos relatos de mulheres, após a primeira consulta de enfermagem, passando a avaliá-la positivamente, demonstrando confiança no trabalho, formação de vínculo, substituindo os sentimentos negativos pelos de segurança (OLIVEIRA et al., 2015; ASSUNÇÃO et al., 2019; SHIMIZU, LIMA, 2009).

A gestação é marcada por muitas mudanças biológicas, fisiológicas e psicológicas, a expectativa e o medo em relação ao processo gestacional, ao parto e aos cuidados com o recém-nascido, são sentimentos que permeiam a mulher e que, muitas vezes, trazem pensamentos negativos. Esses sentimentos devem-se a vários fatores, dentre eles a incapacidade de enfrentar as mudanças em sua vida, decorrente da vinda de um novo ser; quanto a saúde da criança; as mudanças no corpo; a vivência do parto, dentre outros anseios presente nessa fase da vida da mulher (SOUSA, ROSA, BASTINI, 2011; SHIMIZU, LIMA, 2009; OLIVEIRA et al., 2015).

De acordo com Guerreiro et al. (2012), Spindola, Proganti e Penna (2012), no atendimento a gestante, o enfermeiro tem respaldo não apenas técnico e científico, ele possui uma visão holística da mulher, não visualizando a gestação somente como um processo natural, mas que envolve um ser que possui sentimentos, que está inserida em um contexto social e que possui necessidades. Essa forma de assistência se dá por meio da escuta, da conversa, do olhar, do toque e dos esclarecimentos de dúvidas, favorecendo a formação de vínculo entre profissional e gestante e contribuindo para o enfrentamento dessa fase.

Na percepção das mulheres, as relações de poder entre enfermeiro e gestante são menos autoritárias, elas se sentem mais à vontade, são valorizadas, percebem acolhimento e um atendimento mais atencioso e privacidade durante a consulta. Além disso, evidencia-se que os enfermeiros incentivam as gestantes a aderirem ao pré-natal, abordam vários assuntos relativos à gestação, ao parto e ao puerpério e

incentivam a autoconfiança da mulher (JARDIM, SILVA, FONSECA, 2019; ASSUNÇÃO et al., 2019; SPINDOLA, PROGIANTI E PENNA, 2012; RODRIGUES et al., 2016).

De acordo com Guerreiro et al. (2012), Shimizu e Lima (2009); Oliveira et al. (2015), para as gestantes, o enfermeiro é a principal referência quanto ao esclarecimento de dúvidas e as ações de promoção e prevenção da saúde. No decorrer das consultas, várias informações são repassadas, através de ações educativas, sejam elas individuais ou em grupo, voltadas a gravidez, ao parto e aos cuidados com o recém-nascido.

A consulta de enfermagem é um momento fundamental para ajudar as mulheres adquirirem conhecimento, diminuir as dúvidas e os medos presentes nessa fase, no intuito de terem autonomia e serem protagonistas das ações e multiplicadoras de informações, através das vivências positivas.

Embora o pré-natal realizado pelo enfermeiro tenha uma percepção muito positiva por parte das gestantes atendidas, alguns fatores negativos foram identificados. A mecanicidade do atendimento, evidenciado por preenchimento de instrumentos com fins burocráticos, procedimentos técnicos e prescrição de orientações, de forma que os protocolos das instituições se sobrepõem, muitas vezes, à singularidade da gestante. Outro problema observado foi a falta de feedback acerca das orientações repassadas, não sendo possível identificar se as necessidades das gestantes foram contempladas durante a consulta de enfermagem (RODRIGUES et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015).

Conforme Spindola, Progianti e Penna (2012), a satisfação das gestantes com as consultas no pré-natal está diretamente relacionada à qualidade da assistência prestada pelo profissional, o vínculo, o acolhimento e os serviços ofertados. A comunicação, o acolhimento e o atendimento humanizado é um diferencial no atendimento do enfermeiro.

Empoderamento para a vivência do parto

Historicamente é imposta a mulher a ideia de um ser frágil e passivo, que não questiona e que, culturalmente, aceita tudo que lhe é proposto, seja na vida social ou durante a assistência de saúde, tornando a mulher, muitas vezes, objeto das práticas de saúde autoritárias (SILVA et al., 2018).

É neste cenário de vivências impositivas que muitas gestantes são submetidas durante o processo do trabalho de parto. A mulher foi perdendo autonomia do próprio corpo e do nascimento do filho e decisões sobre o tipo de parto, a posição na hora do

trabalho de parto, a forma como a mulher deve se comportar nesse momento, dentre outras ações, são decididas por profissionais da saúde, sem a participação e o consentimento das mulheres, tornando essa fase um processo doloroso e frio, contribuindo para uma visão negativa, especialmente do parto normal (SILVA et al., 2018; JARDIM, SILVA E FONSECA, 2019; MOUTA et al., 2017).

Estudos mostram que, em sua maioria, as gestantes não têm conhecimento prévio sobre quando reconhecer quando estão em trabalho de parto, nem sobre as práticas adotadas durante o parto. Mas é através da educação em saúde que as mulheres ganham informações e se empoderam, resgatando a autoconfiança em partejar. Empoderar significa conquista, avanço, superar os medos e anseios e enfrentar os possíveis problemas que venham a surgir, relacionados ao processo de parturição. (SILVA et al., 2018; JARDIM, SILVA E FONSECA, 2019).

De acordo com Alves et al. (2019), no tocante ao parto, as gestantes precisam de conhecimentos prévio, informações sobre direito ao acompanhante de sua livre escolha, preparo físico adequado, intervenções não farmacológicas para alívio da dor e para indução, variedade de posições, dentre outras possíveis intervenções a serem realizadas nesse período. Segundo Jardim, Silva e Fonseca (2019), a maioria das mulheres, quando questionadas, refere desconhecer os procedimentos realizados durante o trabalho de parto ou costumam exteriorizar experiências negativas vivenciadas por elas ou por outras pessoas do seu convívio.

O pré-natal é uma ótima oportunidade para preparar a mulher para a vivência do parto. É um momento no qual o profissional deve apoiar a mulher, ouvir e promover o conhecimento do seu corpo e do processo fisiológico do parto. A comunicação, muito presente nas ações do enfermeiro durante as consultas, influencia diretamente na qualidade da assistência prestada, isso mostra a importância do profissional, bem como a grande oportunidade para promover uma vivência positiva da gestante, nesse momento singular que é a hora do parto (SPINDOLA, PROGIANTI; PENNA, 2012; MOUTA et al., 2017).

O plano de parto é uma técnica não invasiva, ainda desconhecida por muitas mulheres, mas que é fundamental para o autoconhecimento e empoderamento durante o processo de parturição. A sua construção deve ser realizada durante o pré-natal e possibilita as mulheres refletirem sobre suas necessidades, limites e desejos, possibilitando o autoconhecimento. As mulheres que tiveram a oportunidade de elaborar o plano de parto relatam o quão foi importante, pois se sentiram protagonistas dos seus partos e vivenciaram um momento prazeroso, menos doloroso e marcante em suas vidas (MOUTA et al., 2017).

Conforme Oliveira et al. (2015) e Guerreiro et al. (2012), durante o pré-natal as mulheres recebem muitas informações, através da educação em saúde, que diz respeito ao aleitamento materno, cuidados com os seios, com a alimentação, sinais do parto, momento de procurar a maternidade, mas indagam que outros temas devem ser explorados para ampliar os conhecimentos das gestantes. Quanto à preparação para o parto, ainda existe carência de informações e instruções.

Nos estudos observa-se que o fato das mulheres não terem recebido determinadas informações ou de não recordarem se as receberam, deve-se ao fato de alguns profissionais adotarem uma assistência baseada no modelo de educação tradicional, onde as ações educativas resumem-se ao mero repasse de informações e exposição de temas, não havendo espaço para perguntas ou para um processo de comunicação efetiva. Uma das queixas dos enfermeiros é o fato de não disponibilizarem de tempo adequado durante as consultas, para conversar e, principalmente, ouvir. Segundo os autores dos estudos, é importante a sensibilização dos profissionais da saúde quanto à importância das orientações sobre saúde e a efetividade da comunicação (SOUZA, ROSA, BASTIANI, 2011; OLIVEIRA et al., 2015; GUERREIRO et al., 2012).

Dessa forma, de acordo com Shimizu e Lima (2009) os programas de educação em saúde devem buscar meios adequados de a população obter conhecimento que facilitarão e conduzirão aos comportamentos favoráveis à saúde, a partir de uma metodologia participativa. De acordo com Silva et al. (2018) a autonomia da mulher é adquirida através de informações, ficando evidente a importância e o poder que a educação tem em resgatar a confiança da mulher e empoderá-las para a vivência do parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que antes de participarem da primeira consulta com o enfermeiro, as gestantes possuíam uma visão equivocada deste profissional. Achavam ser um procedimento complementar ao do médico e não compreendiam a dimensão da assistência prestada. No entanto, após iniciarem o pré-natal com o enfermeiro, elas passam a ter uma percepção positiva, sentindo-se acolhida, segura e mais valorizada quando comparado ao atendimento de outros profissionais.

Também se evidencia que o enfermeiro é a principal referência quanto às ações de educação em saúde durante o pré-natal, abordando vários temas ligados à gestação, ao parto, ao puerpério e aos cuidados com o recém-nascido. Contudo, outros

temas precisam ser abordados, especialmente quanto à preparação para o parto, pois os estudos mostram que ainda existe carência de informações sobre esse assunto, dificultando o empoderamento da gestante.

O plano de parto é identificado como um instrumento que deve ser preenchido pela gestante, juntamente com o profissional da saúde, durante o pré-natal, pois possibilita o autoconhecimento da gestante e experiências positivas na vivência do parto.

Como fatores limitantes no atendimento pré-natal realizado por alguns enfermeiros, foi identificado um atendimento mecanizado, a mera transmissão de informações, sem que haja uma preocupação se as necessidades das gestantes foram realmente contempladas, comprometendo o processo da comunicação efetiva.

Diante do exposto, observa-se que a satisfação das mulheres está diretamente ligada a qualidade da assistência. Quando o atendimento realizado pelo enfermeiro é pautado no acolhimento, na comunicação e na escuta, ocorre à formação do vínculo entre a gestante e o profissional, favorecendo a adesão das gestantes ao pré-natal, facilitando o desenvolvimento de ações educativas, favorecendo o aprendizado e, conseqüentemente, empoderando a mulher para uma vivência positiva da gestação e do parto.

Na presente revisão integrativa observou-se, como limitação do estudo, escassez de artigos ao utilizar os descritores contidos no site do Descritor em Ciências da Saúde (DeCS). Outro fator foi alguns estudos, que poderiam ter contribuído para essa pesquisa, terem sido excluídos por não estarem disponíveis na íntegra, sendo possível ler somente os títulos e os resumos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. C. S. et al. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. 20180218, 2019.

ASSUNÇÃO, C. S. O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes. **J. Res.: fundam. care. Online**, v. 11, n. 3, p. 576-58, abr.-jun., 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>>. Acesso em: 25 de outubro de 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes**. 1.^a edição. Brasília-DF, 2011.

GUERREIRO, E. M. et al. O Cuidado Pré-Natal na Atenção Básica de Saúde Sob o Olhar de Gestantes e Enfermeiros. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set., 2012.

JARDIM, M. J. A; SILVA, A. A.; FONSECA, L.M.B. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Rev Fund Care Online**. v. 11, n. p. 432-440, 2019.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA H. G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**, v. 22, n.1, 2018.

LIMA, P. M.; CASTRO, J. F.L. Orientações no pré-natal de baixo risco acerca do parto humanizado: um estudo comparativo entre duas Unidades de Saúde da Família. **Revista. Brasileira de Pesq. Saúde, Vitória**. v. 19, n. 2, p. 115-123, abr-jun, 2017.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências em saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. n. 17, v.4, p. 758-64, out.-dez. 2008.

MESQUITA, A. A. et al. Compreendendo o temor do ser no mundo gestante de baixo risco no último trimestre gestacional. **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n. 4, p. 655-661, Out/dez, 2015.

MOHER, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, abr-jun, 2015.

MOUTA, R. J. O. et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana Enfermagem**. v. 31, n. 4, p. 20275, 2017.

NUNES et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

NOGUEIRA, L. D. P.; OLIVEIRA, G. S. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro – um levantamento bibliográfico. **Revista Enfermagem Atenção Saúde**. v. 6, n. 1, p. 107-119, Jan/Jun 2017.

OLIVEIRA, J. C. S. et al. Assistência pré-natal realizada por enfermeiros: o olhar da puérpera. **Revista de Enfermagem. Cent. O. Min.** v. 5, n. 2, p. 1613-1628, mai/ago, 2015.

REIS, T. L.R et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 38, n. 1, p. 64677, mar., 2017.

RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Cad Saúde Pública**, v. 30 , p. 17-S47, 2014.

RODRIGUES, I. R. et al. Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes. **Rev Rene**. v. 17, n. 6, p. 774-81, nov-dez., 2016.

SANTOS, C. M. C, PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 15, n. 3, maio-junho, 2007.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**. v. 62, n. 3, p. 387-92, maio-jun, 2009.

SILVA, R. C. F. et al. Satisfação no parto normal: Encontro consigo. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 39, p. 20170218, 2018.

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

SOUZA, Z. N. R.; ROSA, M. C.; BASTINI, J. A.N. Maternidade: percepções de gestantes primíparas usuárias do Serviço Básico de Saúde. **J Health Sci Inst**. v. 29, n. 4, p. 272-5, 2011.

SPINDOLA, T.; PROGIANTI, J. M.; PENNA, L. H. G. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. **Ciencia y Enfermerla**, XVIII, n. 2, 2012.

TOMASI, E. et al . Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Caderno de Saúde Pública**. v. 33,n. 3, p. 00195815, 2017.

CAPÍTULO 3

INTERDISCIPLINARIDADE NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DISCUTINDO O PROCESSO FORMATIVO EM SAÚDE

Ítalo Lennon Sales de Almeida

Natana de Moraes Ramos

Rhanna Emanuela Fontenele Lima Carvalho

RESUMO

As práticas formativas em saúde com foco na cultura de segurança do paciente existem e devem ser alvo de reflexão e discussão para que sejam incorporadas em projetos pedagógicos. A operacionalização das práticas também merece especial atenção para que sejam alvo de planejamento das instituições formadoras. Objetiva-se refletir sobre o processo formativo em saúde com foco na interdisciplinaridade do cuidado pautado na cultura de segurança do paciente. Trata-se de um ensaio teórico de cunho reflexivo, oriundo de estudos e debates pertinentes à disciplina de Análise Crítica do Cuidado Clínico de Enfermagem e Saúde, a nível de Doutorado, da Universidade Estadual do Ceará. Sendo desenvolvida no período de outubro a dezembro de 2020. As barreiras enfrentadas para conquistar uma efetiva formação interdisciplinar em saúde são muitas e continuam a existir enquanto prevalecem questões corporativistas e de domínio de classes. O enfrentamento dessas barreiras e sua dissolução exige intenso processo de mudança na estrutura de formação acadêmica dos profissionais da saúde na graduação e na pós-graduação. O processo formativo em saúde para o fomento da cultura de segurança do paciente deve ter na interdisciplinaridade um pilar fundamental para uma formação dialógica que considera a comunicação interprofissional. Esse processo possui diversas práticas que lhe favorecem como a existência de experiências interdisciplinares ainda na graduação em saúde, a formação da pós-graduação em residências multiprofissionais e os programas do SUS que investem em educação permanente para formar trabalhadores alinhados com a interação profissional e o diálogo entre saberes.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; Cultura de Segurança do Paciente; Formação em saúde.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre o conceito de interdisciplinaridade vem acontecendo de forma contínua ao longo do século XX e no percurso do século XXI, assumindo a ideia de que a própria conceituação do termo é um fator limitador e que argumenta contra a atitude de agregar saberes propostos pelos entusiastas do saber interdisciplinar (LIMA, 2017).

Na formação em saúde é de interesse refletir e pensar como promover a interdisciplinaridade entre discentes de cursos da área, sendo este um processo constituinte de profissionais que estabeleçam uma comunicação interacional que supera as barreiras da disciplinaridade e especialização exacerbada. Tal perspectiva surge como abordagem necessária para que profissionais da saúde sejam capazes de desenvolver suas ações e aplicar seu saber científico de forma estruturada e conjunta. Um dos campos de discussão que evidencia a necessidade de uma formação interdisciplinar em saúde é o que aborda a segurança do paciente.

Especificamente, evidencia-se a contribuição para a formação de profissionais engajados com dimensões fundamentais para a cultura de segurança do paciente nos seus campos de atuação. Sendo esta, o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos determinando o compromisso, estilo e proficiência no manejo de segurança em saúde de uma organização (NQF, 2010).

As práticas formativas em saúde com foco na cultura de segurança do paciente existem e devem ser alvo de reflexão e discussão para que sejam incorporadas em projetos pedagógicos. A operacionalização das práticas também merece especial atenção para que sejam alvo de planejamento das instituições formadoras.

Isto posto, objetiva-se refletir sobre o processo formativo em saúde com foco na interdisciplinaridade do cuidado pautado na cultura de segurança do paciente.

REFERENCIAL TEÓRICO

Partindo da análise de como o saber científico era tratado pelos grandes filósofos e pensadores da Grécia Antiga, passando pelo período de triunfo do Império Romano, Idade Média e Idade Moderna percebe-se que profundas mudanças estão acontecendo. Primeiro, tem-se o homem que a partir da observação da natureza e reflexão sobre questões fundamentais observava o mundo a sua volta de forma ampla e indiscriminada, contudo faz parte da evolução do ser humano, como investigador da sua existência, a ideia da especialização ou da fragmentação da análise de um fenômeno (ORTEGA; GASSET, 1966).

A partir dessa mudança há um afastamento do ser humano da teia da vida, ou seja, da ideia de conexão entre a natureza, o homem e os diversos elementos que se conectam entre esses dois. Para que haja a reconexão entre o sujeito e todas as ideias que permeiam sua existência deixa-se de enfatizar as partes e articula-se com o todo,

considerando todas as implicações possíveis, trabalhando cada vez mais com a ideia de complexidade e de que o todo vai além da simples soma de todas as partes.

É nesse ponto que a interdisciplinaridade se propõe a ser um meio de reconexão do homem com múltiplas áreas, com a totalidade do ser no meio e do meio no ser. A ideia de unificação de saberes ganha forma na era moderna com o surgimento de enciclopédias, universidades e teorias complexas que se fundamentam em saberes diversos e tem em sua concepção e teorização o encontro intrínseco de diversos conceitos e fundamentos (GIBBONS et al., 1997).

Em um movimento não contrário, mas enfatizado por especialidades e fragmentação de saberes, o século XIX e o XX despontaram o surgimento de novas ciências, novas formas de divisão do saber. Com isso, o movimento unificador necessitava de um conceito mais amplo para a reaproximação da teia de conhecimentos que explicam a natureza para o homem (ORTEGA; GASSET, 1966). A Europa foi a pioneira nas discussões sobre a interdisciplinaridade como conceito capaz de sustentar a ideia de unificação. Com rápida disseminação e ampliação dos debates sobre o tema inicialmente acreditava-se tratar de uma matéria da educação, dos professores, ou seja, do ensino formal escolar.

A operacionalização do conceito de interdisciplinaridade por pensadores do último quarto do século XX tem tornado a sua aplicação prática comum no cotidiano, o que passou a evidenciar questionamentos referentes à unidade que lhe precede, no caso, a disciplina (LIMA, 2017).

Ao alcançar essas discussões passamos a refletir sobre, por exemplo, a diferença entre a disciplina científica e a escolar que podem pressupor semelhanças, mas são substancialmente diferentes quando reconhecemos a disciplina escolar como uma forma adaptada de abordagem das disciplinas científicas, considerando o agrupamento de algumas, já estas caracterizam-se por dar sua originalidade na construção de saberes, sendo a forma mais básica de criação de conhecimento e representando grandes áreas. Essas duas disciplinas se unem na sua perspectiva de lógica científica, segundo os autores do tema.

As visões acerca das finalidades da interdisciplinaridade são também necessárias no processo de reflexão sobre a operacionalização do conceito. Logo, na análise dos estudiosos duas visões podem ser aplicadas para a interdisciplinaridade. A primeira perspectiva tem como propósito a edificação de uma síntese conceitual ou acadêmica do fato. A outra refere-se a uma perspectiva instrumental e propõe-se a resolver problemas da existência cotidiana com base em práticas particulares (POMBO, 2004).

A literatura sugere que ao aplicar práticas interdisciplinares chega-se a quatro finalidades de operacionalização, são elas: a científica, a prática, a técnica e a escolar. Sendo a última referente ao processo de formação formal em escolas, universidades e demais campos de aplicação de práticas de ensino (FAZENDA, 2008).

A finalidade escolar será abordada na reflexão teórica aqui apresentada, suas interfaces na formação de profissionais da saúde para diálogos interdisciplinares e as barreiras ainda existentes para o alcance.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um ensaio teórico de cunho reflexivo, oriundo de estudos e debates pertinentes à disciplina de Análise Crítica do Cuidado Clínico de Enfermagem e Saúde, a nível de Doutorado, da Universidade Estadual do Ceará.

A disciplina foi desenvolvida no período de outubro a dezembro de 2020, abordando conceitos e questionamentos sobre a interdisciplinaridade nos diversos contextos de formação e cenários do cuidado clínico de forma dialógica.

O manuscrito foi estruturado em um eixo temático, a saber: Formação em saúde com foco interdisciplinar para a cultura de segurança do paciente, embasado na literatura nacional e internacional, associados a experiências no ensino, na prática e gestão dos autores.

Dessa forma, para o desenvolvimento do presente estudo, não se faz necessário submissão ao comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o *National Quality Forum* (NQF), a melhoria da cultura da segurança do paciente tem sido identificada como uma das principais recomendações para promover a segurança nos serviços de saúde. Tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto o NQF consideram a cultura de segurança como um indicador básico que favorece a implantação de boas práticas em serviços de saúde, além da utilização efetiva de outras estratégias, tais como a notificação de incidentes e a aprendizagem com os problemas de segurança. Implementar a cultura de segurança nas instituições de saúde, pode ter associação direta com a diminuição dos eventos adversos (EA) e da mortalidade, implicando melhorias na qualidade da assistência à saúde (NQF, 2010; WHO, 2011).

Logo, faz-se necessário discutir sobre como a educação e a formação dos profissionais da saúde poderão contribuir para que agentes comprometidos com as relações interprofissionais levem até os ambientes de trabalho a ideia de que o diálogo estreito, os cuidados pensados de forma conjunta e as metas definidas em equipe são a melhor forma de alcançar resultados em saúde desejados e de qualidade (WEGNER et al., 2016).

São muitas as experiências que vêm sendo adotadas para o fortalecimento da formação interdisciplinar. Em um processo formativo, criar condições de convivência contínua entre áreas diferentes produz um deslocamento na formação de origem de cada uma dessas áreas, o que gera uma partilha, um espaço de contaminação e composição, a partir de situações concretas das quais elas participam (AZEVEDO; PEZZATO; MENDES, 2017).

A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade evidenciam a preocupação dos profissionais com o que cada núcleo pode contribuir para qualificar a atenção prestada ao usuário, destacando assim, que o agir multiprofissional supera este conceito e invade fronteiras dos limites de atuação (SILVA et al., 2014), com o intuito de compreender o indivíduo como um todo indivisível e suas dimensões biopsicossociais e espirituais.

Na graduação, experiências de formação interdisciplinar têm ganhado destaque e sendo o foco de ações práticas nesse sentido. A Saúde Coletiva deve ser destacada como campo de formação reconhecidamente interdisciplinar desde seus primórdios. No sentido de constituir uma formação pautada em diálogos com outros saberes, a experiência de disciplinas ofertadas para diversos cursos da saúde vai além da simples reunião de discentes em um mesmo espaço de ensino-aprendizagem. Convergir experiências, costurar saberes diversos e estabelecer os primeiros passos para a construção de uma comunicação interprofissional efetiva são alguns dos pontos que podem ser evidenciados diante de tais experiências (VELLOSO et al., 2016).

Os Programas de Residências multiprofissionais (PRMS) em saúde são um exemplo de processo formativo que a partir da formação pós-graduada realizada em serviço e sob supervisão docente-assistencial destina a uma equipe multiprofissional de saúde a articulação de experiências práticas, teórico-práticas e teóricas, integrando ensino e trabalho, além de integrar os saberes e as práticas particulares de cada membro da equipe (OLIVEIRA et al., 2017).

A formação voltada para a segurança do paciente também precisa ser analisada, considerando que o processo formativo desse tema abriga necessariamente em suas discussões tópicos que envolvem a comunicação interprofissional e a formação de

agentes de mudanças treinados para visualizar os riscos que envolvem a oferta de cuidados e as falhas sistêmicas que podem estar acontecendo para facilitar a ocorrência de eventos adversos. A comunicação interprofissional pouco efetiva sendo considerada e destacada como importante e grave falha sistêmica poderá ser alvo de mudança desses agentes.

Em investigação recente o conhecimento sobre segurança do paciente entre residentes multiprofissionais foi limiar, uma vez que quase metade dos itens da avaliação realizada junto deles alcançou a positividade mínima e somente a enfermagem obteve o padrão estabelecido entre as diferentes áreas profissionais. O enfermeiro foi, assim, o profissional mais habilitado desde a sua formação para protagonizar as ações de gestão estratégica para a assistência (mais) segura considerando as relações interdisciplinares que envolvem a aplicação dessas ações (OLIVEIRA et al., 2017).

Porém, destaca-se nessa discussão o protagonismo e a autonomia relativa dos sujeitos nos processos em que se inserem. Em outras palavras, é possível pensar estratégias que humanizem as relações de trabalho, pois é justamente nesta dimensão – a dos processos de trabalho – que se pode evidenciar o posicionamento ético, político e o compromisso com os ideais do Projeto de Reforma Sanitária para o SUS, responsável pelo movimento que iniciou a tomada de autonomia de várias categorias profissionais e o reconhecimento de suas práticas como ações fundamentais no sistema de saúde. Dito isso, cabe ressaltar que o PRMS ainda é novo e tem possibilidades de construção ainda em aberto, dando possibilidades de se construir e desenvolver com base em suas potencialidades e nas potencialidades das categorias profissionais que atuam no SUS (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2020).

Assim, é imprescindível analisar os elementos da interdisciplinaridade de maneira articulada aos determinantes macro políticos, levando em consideração que as concepções acerca do processo saúde-doença e a estruturação da política pública de saúde, além dos PRMS, são influenciadas pelas formas de organização social a qual estão inseridas (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2020).

Destaca-se que os PRMS são cenários potencializadores da formação qualificada e das pesquisas brasileiras, no entanto, existem situações que fragilizam o processo, sendo necessário estabelecer estratégias de melhoria dos programas (MARTINS; KLUTHCOVSKY; BORGES, 2020).

Para isso, as estratégias de formação voltadas para a segurança do paciente também precisam ser pensadas. Ao analisar os temas discutidos e explorados na produção científica relacionada ao ensino do tema segurança do paciente em cursos de

graduação da área da saúde foi possível detectar que o enfoque na discussão sobre trabalho em equipe ainda é limitado (WEGNER et al., 2016).

Sendo assim, a educação interprofissional em saúde torna-se ferramenta promissora para suscitar os debates, as reflexões e as ações que trarão mudanças para os ambientes de trabalho. É fundamental que os profissionais sejam formados para oferecer cuidados clínicos de qualidade. Para isso, mais do que bons técnicos em suas áreas, precisamos que sejam formados agentes de mudanças para o paradigma que envolve o trabalho em equipe nas instituições de saúde.

Destaca-se que a construção de alternativas que qualifiquem a formação em saúde deve considerar a importância de todos os atores que constituem o cenário da saúde pública no Brasil, sejam eles profissionais ou população. Trata-se da fundamental importância de considerar as instâncias de controle e participação social, por meio da voz ativa e construção conjunta com a população usuária dos serviços e integrando-a nas discussões que objetivam consolidar o PRMS, em consonância com os princípios do SUS (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2020).

A literatura aponta que a realização de pesquisas em diferentes regiões do Brasil verificou enquanto potencialidade a formação profissional e fragilidade a restrição dos aspectos pedagógicos (MARTINS; KLUTHCOVSKY; BORGES, 2020). Os dilemas vivenciados nos PRMS não estão isolados e acompanham uma realidade nacional, diretamente ligada à estrutura política, social e econômica brasileira (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2020).

Os PRMS têm contribuído para qualificar o trabalho nos serviços de saúde e possibilitado uma visão ampliada de saúde. Há limites importantes que inibem o potencial do PRMS em contribuir com o projeto contra hegemônico na saúde. Requer revisar o currículo de forma a contemplar o eixo comum, materializar a tríade “integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade” que compõe os objetivos do PRMS e pensar nele enquanto espaço, de formação continuada que forma para o SUS, na luta pela consolidação dos princípios da perspectiva (GUERRA; COSTA, 2017).

Se faz essencial refletir sobre o agir intersetorial para que haja a integralidade do cuidado, pensando assim de forma micro e macrosocial, a dimensão sociohistorica, sua relação com a vida individual e coletiva, sendo necessária, no cotidiano dos processos de trabalho, a perspectiva interdisciplinar, compreendendo a importância de cada saber como possibilidade de intervenção, elencando a intersetorialidade como estratégia de atuação em equipe, o que requer alterar o modelo assistencial e de gestão, com potencialidades para novas práticas de saúde, bem como pautadas na segurança do paciente (GUERRA; COSTA, 2017).

Ainda, a literatura atual recomenda tecer um olhar crítico sobre as falhas do processo de segurança dos pacientes, a fim de propor resoluções para as lacunas existentes e permitir a adoção progressiva de uma cultura de segurança positiva, que beneficia pacientes, familiares e profissionais em suas variadas formações na área da saúde (NOTARO et al., 2019).

As barreiras enfrentadas para conquistar uma efetiva formação interdisciplinar em saúde são muitas e continuam a existir enquanto prevalecem questões corporativistas e de domínio de classes. O enfrentamento dessas barreiras e sua dissolução exige intenso processo de mudança na estrutura de formação acadêmica dos profissionais da saúde na graduação e na pós-graduação. O Sistema único de Saúde como local de atuação desses profissionais também deve zelar e atuar pela composição de competências interdisciplinares junto de seus trabalhadores, logo é corresponsável pelo processo formativo de pessoas comprometidas com a interação de saberes em saúde, a comunicação efetiva e de qualidade, além da oferta de cuidados que considere os mais diversos saberes das diferentes categorias em uma atuação sistematizada com foco na formação de uma cultura de segurança do paciente organizacionalmente fortalecida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão aqui realizada evidenciou que o processo formativo em saúde para o fomento da cultura de segurança do paciente deve ter na interdisciplinaridade um pilar fundamental para uma formação dialógica que considera a comunicação interprofissional. Esse processo possui diversas práticas que lhe favorecem como a existência de experiências interdisciplinares ainda na graduação em saúde, a formação da pós-graduação em residências multiprofissionais e os programas do SUS que investem em educação permanente para formar trabalhadores alinhados com a interação profissional e o diálogo entre saberes.

A interdisciplinaridade como um movimento histórico que se opõe a superespecialização de saberes e a fragmentação de conhecimento deverá ser usada na saúde como uma ferramenta de construção de práticas interprofissionais cada vez mais efetivas. Favorece-se desse movimento a cultura de segurança do paciente em organizações de saúde, pois a atuação profissional de forma conjunta efetiva a prática do trabalho em equipe que é importante fator para a oferta de um cuidado seguro que considera os riscos envolvidos e tem capacidade para prevê-los e preveni-los.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Adriana Barin de; PEZZATO, Luciane Maria; MENDES, Rosilda. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 647-657, Apr. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200647&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711323>.

FAZENDA, Ivani (org.). **Didática e interdisciplinaridade**. Campinas, SP: Papirus, 1998. - (Coleção Práxis).

GIBBONS, Michael et al. **La nueva producción del conocimiento: la dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas**. Barcelona: Pomares-Corredor, 1997.

LIMA, Márcio José Silveira. Filosofia e interdisciplinaridade. **Pro-Posições**, Campinas, v. 28, n. 1, p. 125-140, Apr. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072017000100125&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2016-0012>.

MARTINS, J. C.; KLUTHCOVSKY, G. C.; BORGES, P. Potencialidades e fragilidades: uma análise das pesquisas sobre residência multiprofissional em saúde. **Perspectivas em Diálogo**, v.7, n. 15, p. 40-55, 2020.

National Quality Forum. **Safe practices for healthcare - 2010 update: a consensus report**. Washington: The National Quality Forum; 2010. Available from <https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx> Access on 22 Dec. 2020.

NOTARO, K. A. M.; MANZO, B. F.; CORRÊA, A. R.; TOMAZONI, A.; ROCHA, P. K. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2019;27:e3167. Access 31 Dec. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>.

OLIVEIRA, J. L. C.; SILVA, S. V.; SANTOS, P. R.; MATSUDA, L. M.; TONINI, N. S.; NICOLA A. L. Patient safety: knowledge between multiprofessional residentes. **Einstein**. v. 15, n. 1, p.50-7, 2017. Acess 31 Dec. 2020. doi: 10.1590/S1679-45082017AO3871

ORTEGA Y GASSET, J. La rebelión de las masas. In J. Ortega y Gasset, **Obras Completas** (vol. 4). Madri: Revista do Ocidente, 1966.

POMBO, O. Interdisciplinaridade: ambições e limites. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2004.

SILVA, C. T.; TERRA, M. G.; CAMPONOGARA, S.; KRUSED, M. H. L.; ROSO, C. C.; XAVIER, M. S. Permanent health education based on research with professionals of a multidisciplinary residency program: case study. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014. Acess 31 Dec. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.44512>.

SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Multiprofessional Health Residency Program: what publications show. **Saúde debate**, v. 43, n. 123, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>

VELLOSO, Marta Pimenta et al. INTERDISCIPLINARIDADE E FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE COLETIVA. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 257-271, Mar. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100257&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00097>.

WEGNER, W. et al . Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, e20160068, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso>. Access 18 May 2020. Epub June 07, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.

World Health Organization (WHO). **Patient safety curriculum guide**:multi-professional edition. Geneva: World Health Organization; 2011. Available from <https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/> Access 22 Dec. 2020.

CAPÍTULO 4

PERFIL DE GESTANTES NA VISITA GUIADA À MATERNIDADE

Bruna Aparecida Teixeira Sousa

Ana Karoline Marques Teixeira

Adriano da Costa Belarmino

Larissa Alves Cunha

RESUMO

A Rede Cegonha é uma rede que assegura o acesso, acolhimento e a resolutividade por meio da atenção voltada à saúde materno-infantil, sendo uma das suas estratégias a vinculação da gestante à maternidade para fortalecer o vínculo de confiança entre o serviço de saúde e a mulher, contribuindo para diminuir peregrinações e mortalidade materno-infantil. Este artigo teve como objetivo descrever características das gestantes vinculadas à uma maternidade durante visita guiada. Pesquisa exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa e delineamento documental. Foram incluídas as visitas ocorridas no serviço no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Os dados foram coletados em etapa única, através de um questionário semi-estruturado, sendo agrupados no programa Microsoft Excel® 2010 e apresentados por meio de gráficos e descrições percentuais. Como resultados, dos 100% das gestantes relataram facilidade no acesso à maternidade; 95,46% consideraram importante a presença do acompanhante no momento do parto, sendo o de maior escolha o esposo (59,10%). Nos fatores relacionados à amamentação e ao parto, 100% das gestantes pretendem amamentar e 59% desejam amamentar até os 6 meses de idade; no que se refere a via de parto, 81,90% relatam a via de parto vaginal. No quesito estrutura hospitalar, 90% das visitantes ficaram satisfeitas, e a maioria 95% relatou que tudo exposto no momento foi atrativo e agradou-as. A visita guiada da gestante é o incentivo para que as gestantes conheçam a maternidade previamente ao parto, como forma de garantia de direito relativo ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Maternidades. Gravidez. Serviços de saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam, seja na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado, sendo a assistência pré-natal um desses mecanismos (LEAL et al., 2021).

Em conformidade a isso, a assistência pré-natal compreende um conjunto de

cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando o acompanhamento gestacional que é acompanhado por mudanças físicas e emocionais, além de ser vivenciado pelas gestantes de forma distinta e única. Destarte, o pré-natal representa uma estratégia para as mulheres receberem uma assistência que lhes garanta qualidade de vida no período gravídico (MENDES et al., 2020).

A melhoria da prestação dos serviços de saúde constitui um grande desafio, uma vez que ainda existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção, na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis às especificidades culturais, independentemente de características geográficas ou de sua situação socioeconômica (Brasil, 2015). Objetivando vencer desafios e melhorar cada vez mais o atendimento à gestante e à criança e priorizando a atenção continuada à saúde, é que o governo vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde materno-infantil (MENDES et al., 2020).

Neste ínterim, destaca-se a estratégia Rede Cegonha como modelo de estruturação da saúde materno-infantil brasileira. A Rede Cegonha foi instituída em 2011 como uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459. Tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde materno-infantil. Dessa forma, a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte e regulação (BRASIL, 2016).

Sendo assim, a Rede Cegonha propõe a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, bem como da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro tanto para o pré-natal quanto para o parto, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016).

Diante disso, toda gestante deve ser vinculada, desde o pré-natal, ao local onde será realizado o parto. Essa ação é fundamental para que ela se sinta segura e confiante no momento do nascimento da criança, no sentido de evitar a peregrinação à procura de vaga, situação que coloca em risco a vida das mulheres e bebês. O serviço de pré-natal deve favorecer, sempre que possível, a visita das gestantes à maternidade de referência, fortalecendo assim, o vínculo de confiança entre o serviço e a mulher (POPOLLI et al, 2018).

Uma das diretrizes da Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459 de 2011, é a vinculação da gestante e o acompanhante à maternidade para conhecer o local e minimizar a ansiedade e o medo em relação ao trabalho de parto e parto. A visita da instituição antes do momento do parto representa uma estratégia para oferecer segurança às gestantes (BRASIL, 2016).

Nesta perspectiva, a visita guiada com gestantes é uma parceria entre maternidades ou centros de parto normal com unidades básicas de saúde com intuito de oportunizar a integração das gestantes e o desenvolvimento de ações educativas, compreendendo a visita como espaço de intervenção e a educação em saúde como dimensão do processo de cuidar. Além de mostrar os benefícios ao ser realizada no pré-parto, tem como intuito reduzir anseios e curiosidades das gestantes, além de garantir o acesso ao serviço terciário (POPOLLI et al, 2018).

A partir do contexto descrito acima, surge a seguinte pergunta norteadora: Quais as características de gestantes vinculadas a uma maternidade da região Norte do Ceará durante a visita guiada?

Há necessidade de melhorar os índices de saúde relativos a resultados maternos e neonatais e o desenvolvimento de estudos que podem promover estratégias de melhoria na vinculação da gestante aos locais de parto e diminuir a peregrinação no momento de parir são desejáveis. Além disso, há ainda lacunas no conhecimento acerca da visita guiada da gestante, sendo imprescindível seu preenchimento.

Por sua vez, esse estudo possibilita observar resultados dos processos de vinculação e satisfação materna decorrentes, fortalecer o vínculo entre maternidade e gestante reconhecendo como importante fator na diminuição da mortalidade materna devido a peregrinação, assim como contribuir na gestão em saúde materno-infantil para que possam viabilizar programas de incentivo, mobilizando um número maior de participantes e as gestantes para que usufruam desse momento durante o ciclo gravídico.

O estudo teve como objetivo descrever características das gestantes vinculadas à uma maternidade durante visita guiada.

REFERENCIAL TEÓRICO

O desenvolvimento de políticas no âmbito da saúde materno-infantil tem se destacando nos últimos anos, impulsionados por acordos internacionais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de 1990-2015, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, que tinha entre suas metas garantir

saúde e bem-estar para todos, diminuir mortalidade materna e neonatal e assegurar direitos essenciais e elementares (MARINHO et al., 2020).

Os índices de mortalidade materna mundial tem diminuído e variado no mundo, principalmente em contextos desfavoráveis, com suas principais causas a hemorragia (14%), desordens hipertensivas como eclâmpsia (14%) e sepse (11%) (TODD et al., 2019).

No Brasil, a mortalidade infantil teve redução acentuada dos anos de 1960 em que morriam cerca de 117 neonatos para cada 1000 nascidos vivos para 16,2 no ano de 2010 (SILVA e PAES, 2019). A mortalidade materna seguiu premissas similares com a melhoria dos indicadores de mortalidade de 143 mortes em 1990 por 100 mil nascidos vivos para 68 mortes em 2010, com percentual de 19,93% de mortes maternas (RUAS et al., 2020).

Entre políticas brasileiras de destaque encontra-se o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) de 2000, que priorizou melhoria do acesso, cobertura e acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e neonatal, tendo a humanização da atenção obstétrica e neonatal como prioridade (FUJITA; SHIMO, 2020).

Outro programa de destaque consiste na estratégia Rede Cegonha foi lançada em 2011 no Brasil como política de saúde materno infantil através de garantia de assistência e cuidado na gestação, no parto e puerpério e nos primeiros dois anos de desenvolvimento da criança. Suas principais diretrizes envolvem acolhimento em obstetrícia e classificação de risco; empregabilidade de boas práticas no trabalho de parto, parto e pós-parto; monitoramento e vigilância da mortalidade materna e infantil; gestão participativa e ambiência da maternidade (AGUEMI, 2021).

Uma das suas principais diretrizes, a vinculação à maternidade de referência tem contribuído para diminuição da peregrinação da gestante para conseguir assistência na gestação, diminuindo a insegurança, o medo, as incertezas e dúvidas, aumentando a confiança na equipe de saúde e a humanização do parto (POPOLLI et al., 2018).

A inserção das ações de cuidado obstétrico humanizado através de enfermeiros obstetras são outras medidas adotadas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos para redução de índices de mortalidade e morbidade, de taxas de cesariana e de realização de intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto (CASSIANO et al., 2021).

Todas essas ações e políticas vêm culminando nos últimos anos em melhorias e resultados promissores mas ainda insuficientes para alcance de índices adequados e aceitáveis mundialmente na saúde materno-infantil.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, de delineamento documental (MEDRONHO, 2016)

Foi realizada em um hospital de alta complexidade localizado na região Norte do Estado do Ceará. A instituição sede do estudo atende 1,5 milhões de habitantes dos municípios das cinco regiões de saúde componentes da Macrorregião Norte do estado (IBGE, 2015).

O hospital referido consta com o setor de saúde materno-infantil constituído por emergência obstétrica, clínica obstétrica, centro de parto normal e unidades neonatais de internamento. O setor obstétrico consta de 33 leitos e incluem realização de cuidados clínicos, partos normais e partos cirúrgicos (ISGH, 2015).

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a junho de 2019. Os critérios de inclusão constam de gestantes que participaram da visita guiada ao hospital e aceitaram responder o instrumento de avaliação da unidade. A amostra final constou de 22 gestantes. Seguiu-se critérios de conveniência para determinação da amostragem final.

Os dados da pesquisa foram coletados em etapa única, através de um questionário de perguntas fechadas para acessar informações da gestante sobre a visita e aspectos relacionados aos direitos conferidos à mulher durante o TP, parto e puerpério neste processo. A coleta ocorreu retrospectivamente relativos às visitas ocorridas no serviço no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Os dados coletados a partir do instrumento foram agrupados no programa Microsoft Excel® 2010, sendo apresentados por meio de gráficos.

Todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, como confidencialidade e privacidade dos indivíduos pesquisados, garantindo a proteção da imagem dos mesmos. Foram observadas as recomendações da resolução 466 de 2012 que dispõe sobre as diretrizes de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto foi encaminhado para a Comissão Interna de Ética em Pesquisa (CIP) do Hospital Regional Norte (HRN), após anuência foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar-CEP/ISGH, obtendo o parecer favorável de nº 3.381.859.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas duas visitas no ano de 2017, nos meses de maio e novembro, com a presença de 07 gestantes e 06 gestantes respectivamente. No ano de 2018 ocorreram duas visitas nos meses de abril e julho, com a presença de 4 gestantes e 5 gestantes respectivamente. Essa visita é agendada quando as gestantes estão no terceiro trimestre de gravidez.

Primeiramente foi descrito informações relacionadas ao acesso das pacientes à maternidade, assim como dados relativos ao desejo do acompanhante na hora do parto. Posteriormente foi descrito pontos críticos para a decisão da escolha da via de parto e fatores relacionados ao pós-parto e ao atendimento durante a visita.

Acesso à maternidade

Relativo à acessibilidade da gestante ao hospital observou-se que nenhuma das 22 gestantes relataram dificuldade em comparecer às visitas, sendo considerado um critério importante para avaliação da adesão das mulheres a esta boa prática, em que pode contribuir para a realização de novas visitas. Das participantes, 100% revelaram acesso facilitado à maternidade, independente de barreiras geográficas, de serviços de saúde e obstáculos culturais e sociais.

Observou-se que as dificuldades de acesso na entrada às maternidades no momento do parto e nascimento podem trazer prejuízos para a saúde materna e neonatal, ocasionadas pela desarticulação e a fragmentação da assistência à mulher no período gestacional e puerperal (SILVA, 2018).

Além do questionamento sobre o acesso ao local do parto, as mulheres foram questionadas sobre o desejo da presença do acompanhante no momento do parto. Esta medida está respaldada pela Lei nº 11.108 de sete de abril de 2005, que garante às parturientes a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAULA et al., 2020)

Com efeito, o surgimento dessa lei e o incentivo à participação do acompanhante ocorreram devido ao reconhecimento de que essa prática contribui para a humanização do parto e nascimento. Acredita-se que a vivência de mulheres que tiveram a oportunidade de ter alguém que escolheram ao seu lado durante esses eventos, é diferente das que vivenciaram essa experiência sozinha, mesmo que os profissionais envolvidos no processo tenham oferecido o cuidado e conforto necessários. O respeito da escolha da mulher sobre seu acompanhante foi classificado como uma prática

comprovadamente útil e que deve ser estimulada, com base em evidências científicas (PAULA et al., 2020).

Representa a intenção das gestantes em ter a presença do acompanhante no momento do parto. Das 22 gestantes que responderam o questionário, 21 (95,46%) acham importante a presença do acompanhante durante o parto e apenas 1 (4,54%) respondeu que não seria importante a presença do acompanhante.

Ainda assim, tais instituições alegam não estar preparadas para receber o acompanhante durante todo o período de internamento da gestante. As justificativas dos profissionais de saúde e dos gestores estão pautadas em dificuldades de ordem organizacional e estrutural (BRUGGEMAN et al., 2016)

A presença do acompanhante está mais de acordo com a filosofia de cada Unidade Obstétrica, por isso, em alguns locais é estimulada, em outros não é tolerada ou há restrições (SENA; TESSER, 2017).

Desta forma, as estratégias de humanização preconizam que as instituições de saúde devem receber a mulher, seus familiares e o recém-nascido, considerando-se o princípio da dignidade da pessoa humana, por meio de ações que promovam o acompanhamento do parto e do nascimento, impedindo a realização de práticas intervencionistas desnecessárias (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

Complementa-se que a permanência de uma pessoa no cenário da parturição acompanhando a mulher, oferecendo-lhe apoio contínuo, implica em resultados positivos no que tange tanto a aspectos físicos quanto psicológicos do casal. Assim, compreender o direito ao acompanhante supera a ideia de ter um aliado, pois está relacionado ao reconhecimento da cidadania e da autonomia da mulher, de sua família e rede de apoio social, além dos benefícios para o processo de parto e nascimento, bem como para a interação puérpera, bebê e família como um todo (SOUSA et al., 2020).

As atividades de apoio compreendem medidas de conforto físico e emocional, que variam de acordo com a cultura e as necessidades individuais de cada mulher. Além de medidas que ajudam a vivenciar o estresse, as mulheres também desejam a presença contínua de uma pessoa com empatia (SOUSA et al., 2020). Nesta dinâmica, a maioria das gestantes tem uma preferência por um acompanhante no parto, sendo o pai do bebê o mais comum. Demonstraram também, que a maioria dos acompanhantes escolhidos era do sexo feminino, as mães das gestantes, em seguida irmã e sobrinha.

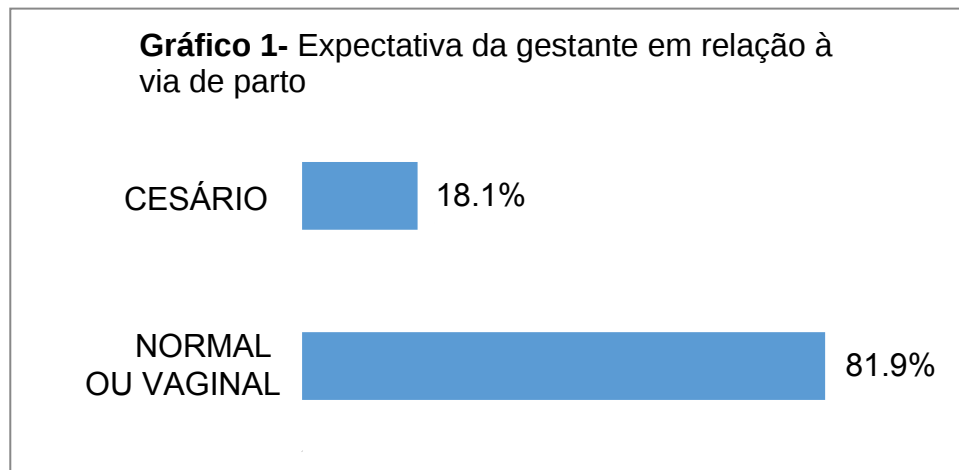
Compreende-se que o apoio emocional oferecido à parturiente fortalece a mesma no seu caminho até o parto, contribuindo na construção do conhecimento sobre

o processo do nascimento e sobre si mesma, levando a uma experiência positiva e um nascimento tranquilo e saudável (STORT, 2004). As pesquisas demonstram que a satisfação da mulher no parto está fortemente associada ao ambiente acolhedor e à presença de uma companhia, pois a presença de estranhos e o isolamento das pessoas familiares no trabalho de parto estão diretamente relacionados com o aumento do medo, do estresse e da ansiedade, retardando o progresso do parto (SOUSA et al., 2020; PAULA et al., 2020).

Relacionadas à amamentação e ao parto

A escolha pelo tipo de parto está muito relacionada com as expectativas que as mulheres têm a respeito da maternidade e com as informações que recebem. Essas informações podem ser baseadas em evidências científicas, por meio de conversas com profissionais, leituras, depoimentos ou até mesmo em conversas informais (Caixeiro, 2017). Assim, quando se discute a perspectiva da mulher quanto aos motivos pela preferência da via de parto, observou-se que das 22 gestantes, 18 tem preferência pelo parto normal e 4 preferem o parto cesáreo, conforme o gráfico 1:

Gráfico 1: Expectativa da gestante em relação à via de parto. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Próprio autor.

Registrou-se que a maioria das gestantes deste estudo (81,9%) manifestou preferência pelo parto natural, justificada pela praticidade do procedimento e por ser um processo natural, não necessitando intervenção cirúrgica. A preferência pela via de parto pode variar do início para o final da gestação.

Observa-se também, que as que escolheram parto normal justificaram pelo fato de ser uma via de recuperação mais rápida (13,6%), os riscos no parto e pós parto são

mínimos (13,6%) e (68,18%) não justificaram o motivo da escolha da via de parto.

Os benefícios do parto natural além da rápida recuperação é o fato da mulher ter menos risco de infecção pós- parto, como também o aumento da produção de leite materno, fazendo com que o seu útero volte ao seu tamanho normal mais rapidamente. Relativo aos recém-nascidos, o bebê ao nascer pode ser imediatamente colocado em cima da mãe, o que acalma mãe e filho, aumentando laços sentimentais (KATZER, 2016).

Compreende-se que a realização das práticas não farmacológicas faz diferença no processo de parto, substituindo o uso de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, tornando esse processo o mais fisiológico possível. O uso desses recursos provoca menos efeitos colaterais para a mãe e o bebê, pois são técnicas que não utilizam medicações e propiciam a mulher maior sensação de controle do parto (KATZER, 2016).

Todas as gestantes mostraram propensão a amamentar, todas declararam preferência pela prática (100%).

Destaca-se aqui que o ato de amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, fisiologia, desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015).

Com efeito, a prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte, não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno. Ela deve estar inserida em um ambiente que a ampare na sua opção.

A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância. Os pais têm sido identificados como importante fonte de apoio à amamentação. No entanto, muitos deles não sabem de que maneira podem apoiar as mães, provavelmente por falta de informação. Alguns sentimentos negativos dos pais, comuns após o nascimento de um filho, poderiam ser aliviados se eles estivessem conscientes da importância do seu papel, não apenas nos cuidados com o bebê, mas também nos cuidados com a mãe. Mesmo apoiando a amamentação nos primeiros meses da criança, é comum os pais não apoiarem a manutenção da amamentação por dois anos ou mais (BRASIL, 2015).

Diante do gráfico 02, 13 das 22 gestantes entrevistadas pretendem amamentar

até 6 meses, 4 até o tempo necessário, 3 até 1 ano e 2 têm o intuito de amamentar até 2 anos.

Gráfico 2 - Distribuição das pacientes em relação ao tempo que pretende amamentar. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Próprio autor.

Na idade de 6 a 12 meses o leite materno pode contribuir com aproximadamente metade da energia requerida nessa faixa etária e 1/3 da energia necessária no período de 12 a 24 meses.

Assim, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes após os 6 meses de idade, além dos fatores de proteção que fazem parte da sua composição. Além disso, é uma importante fonte de energia e nutrientes para crianças doentes e reduz o risco de mortalidade em crianças mal nutridas (BRASIL, 2015).

Além disso, o ato de amamentar é bem mais do que simplesmente o bebê receber o leite de sua mãe. É também fonte de troca de calor, amor e conforto tão importantes para o desenvolvimento psíquico e emocional da criança (SILVA et al., 2020).

Nível de satisfação com a estrutura do hospital e sugestões de melhoria

Conforme os participantes, o nível de satisfação com a estrutura que o hospital oferece é quase que absoluto, já que das 22 gestantes, 20 estavam satisfeitas com a estrutura e somente 2 estavam insatisfeitas. Percebe-se que a qualidade dos serviços de saúde e do cuidado em saúde depende de uma articulação complexa do processo de trabalho da equipe multidisciplinar com as condições de infraestrutura, dos serviços

e do sistema de saúde, tendo a gestão um papel importante nessa articulação (WALTON et al. 2019).

Um dos elementos que compõem a estrutura dos serviços de saúde é a organização dos profissionais, que inclui: o número e o perfil de qualificação, a disponibilidade de normas e diretrizes clínicas, presença de mecanismos de monitoramento da qualidade, manutenção e promoção da competência dos profissionais. Além disso, identificam que a adequação da qualificação dos profissionais à sua efetiva prática clínica, o monitoramento, com retorno da informação aos profissionais e as análises de casos clínicos melhoram a qualidade do cuidado.

Nesse processo de formação de opinião é que o cliente vai elaborando a imagem da organização. Essa imagem exercerá influência sobre decisões posteriores de retorno ou não àquele serviço. Nesse sentido, a satisfação é entendida como "o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa" (SAMPAIO et al., 2018).

A percepção de satisfação do usuário dos serviços de saúde é indispensável para a melhoria da qualidade da assistência prestada, uma vez que a fala dos usuários estão associadas a um conjunto de indicadores técnicos que permitem avaliar resultados finais de atendimento e da maneira mais fidedigna possível (SILVA, 2018).

Da mesma forma, 95% das entrevistadas gostariam de todos os momentos de integração do serviço realizados na visita guiada. Na avaliação foi colocada como sugestão uma maior divulgação (59,09%) já que a quantidade de participantes ainda é reduzida relacionado a demanda de parto realizadas no serviço, não opinaram (36,37%) e sugere um tempo maior (4,54%). A duração da visita é de 2 horas. Essa pergunta surge com a proposta de melhoria e auxilia na minimização de falhas do planejamento de demanda, verificando também pontos a serem melhorados.

Destaca-se que a qualidade no atendimento é um dos principais focos da administração hospitalar, garantindo ao usuário um espaço acolhedor. E muitas vezes, a sugestão de melhoria é a continuidade desse momento, tornando-se o canal de sugestões, dúvidas e reclamações de pacientes e familiares.

CONCLUSÃO

As gestantes entrevistadas apresentaram satisfação com a realização da visita programada à maternidade, com as explicações sobre o funcionamento da instituição e as orientações acerca do parto e pós-parto e o conhecimento prévio do ambiente.

Dado o exposto, enfatiza-se também que é possível delimitar um perfil das gestantes que visitam o serviço relacionado às vias de parto, estas têm preferência de acompanhante e dúvidas relacionadas à amamentação, assim como a satisfação com o serviço que é ofertado pela unidade e o acesso até a maternidade.

Em virtude dos fatos mencionados, tem-se que o resultado desse estudo é de suma importância. Porém, percebe-se uma baixa adesão no que refere ao quantitativo de gestantes que comparece à visita, mesmo na avaliação de satisfação realizada pelo serviço demonstra que não há dificuldade de acesso à maternidade e o momento vivenciado é atrativo.

Com isso, faz-se necessário o incentivo dessa prática para que as gestantes conheçam a maternidade previamente ao parto, como forma de garantia de direito relativo ao parto e nascimento.

Portanto, surge como proposta uma maior divulgação dessa prática a fim de atrair e beneficiar um maior número de participantes. Espera-se que esse trabalho seja propulsor de novos estudos direcionados ao tema, contemplando assim essa proposta do Ministério da Saúde direcionada à gestante, podendo ser mais difundido entre outras maternidades da região, já que a maternidade explorada é a pioneira na região Norte do Estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

AGUEMI, A.K. Maternal indicators to monitor hospitals in the Rede Cegonha: a proposal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 781-787, 2021 Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232021263.35562020>. Acesso em: 23 de março de 2021.

BOURGUIGNON, A.M.; GRISOTTI, M.A. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p. 485-502 abr.-jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010> Acesso em: 24 de março de 2021.

BRASIL, M. L. et. al. Contribuições da Rede Cegonha para o acompanhamento do pré-natal por enfermeiras da atenção básica. Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. **Anais**. 2015. Disponível em: <http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I45350.E11.T8629.D7AP.pdf>. Acesso em: 02 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar (**Cadernos de Atenção Básica** ; n. 23). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2015. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques. - São Luís: EDUFMA, 2016. 64f.

BRUGGEMANN, O. M; et al. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016.

CASSIANO, A.N. et al. Performance of nurse-midwives from the perspective of Epistemologies of the South. **Escola Anna Nery**. v.25, n. 1, p. e20200057, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0057>. Acesso em: 23 de março de 2021.

CAIXEIRO, Thainá. **Razões para Preferência do Tipo de Parto**: Resultado da pesquisa “Nascer no Brasil” na Região Sudeste - Rio de Janeiro, 2017.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./ jun. 2014.

FUJITA, J. A. L. M.; SHIMO, A. K. K. Humanizing labor: experiences in the unified health system. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 18, n. 4, p. 1006-1010, out-dez, 2014. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20140074>. Acesso em: 23 de março de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da população de Sobral em 2015**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=231290&idtema=130> Acesso em: 17 de novembro de 2018.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. **ISGH**. 2016. Disponível em: <http://www.isgh.org.br>. Acesso em: 23 de novembro de 2018.

KATZER, Taís. **Métodos não farmacológicos para o alívio da dor**: Percepções da equipe multiprofissional no trabalho de parto e parto. Santa Cruz do Sul, 2016.

POPOLLI, E. de C.; et al. Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. **Enfermagem Brasil**. v. 17. n. 3, p. 199-207, 2018.

LEAL, M.S. et al. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 74, n.4, p. 20190743, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>. Acesso em 23 de março de 2021.

MARINHO, C.S.R. et al. Millennium Development Goals: the impact of healthcare interventions and changes in socioeconomic factors and sanitation on under-five mortality in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 36, n.10, p. 00191219, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00191219>. Acesso em: 23 de março de 2021.

MEDRONHO, R.A. Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu.

MENDES, R.B. et al. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>, acesso em: 23 de março de 2021.

PAULA, E. et al. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto Contexto Enfermagem** [Internet]. v. 29, p.20190248, 2020 [acesso 2021 mar 24]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>

POPOLLI, E.C. et al. Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. *Enfermagem Brasil* 2018;17(3):199-207.

RUAS, C.A.M. et al. Profile and spatial distribution on maternal mortality. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife. v. 20, n. 2, p. 385-396 abr-jun., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004>. Acesso em: 23 de março de 2021.

SENA, Tesser. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface**. v. 21, n. 60, p. 209-20, 2017.

SILVA, Márcia Araújo da. **Sistema de referência para o parto hospitalar do programa Cegonha Carioca: perspectiva das puérperas sobre a assistência das enfermeiras**- Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, E. S. A.; PAES, N. A. Bolsa Família Programme and the reduction of child mortality in the municipalities of the Brazilian semiarid region. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 623-630, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018242.04782017>. Acesso em: 23 de março de 2021.

SILVA G. F. O. et al. Opportunities for nurse midwives to bring change to the hegemonic model of obstetrics. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. v. 28, p. 49421. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49421> Acesso em: 24 de março de 2021.

SOUSA J. E. et al. Presença do acompanhante no processo de parto: percepção dos profissionais de saúde. **Saúde em Redes**. v. 6, n. 2, p. 2538, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.18310/244648132020v6n2.2343g510>.

TODD, C. S. et al. Maternal nutrition intervention and maternal complications in 4 districts of Bangladesh: A nested cross-sectional study. *PLoS Med*. 2019. 16(10): e1002927. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002927>

WALTON V. et al. How Do Interprofessional Healthcare Teams Perceive the Benefits and Challenges of Interdisciplinary Ward Rounds. **Journal of Multidisciplinary Healthcare** v. 12 p. 1023-1032, 2019.

CAPÍTULO 5

CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE OS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

Aretha Maria Aragão Taumaturgo

Edmilson Ferreira Bezerra Filho

Adriano da Costa Belarmino

Maria Cristiane Soares de Lemos

Larissa Cunha Alves

RESUMO

A prematuridade tem sido considerada uma das principais causadoras de mortalidade e morbidade infantil, sendo o projeto Mãe Canguru uma das principais estratégias para sua diminuição. Analisar o conhecimento das mães em relação aos cuidados com recém-nascidos pré-termo durante o planejamento da alta hospitalar. Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa utilizando entrevista com doze mães de Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) internados em hospital referência em neonatologia do interior do Ceará, além de visitas sistemáticas e análise dos prontuários dos RNPT efetuado em 2017. Foi utilizado para análise dos dados a Análise Temática. Diante disso, identificaram-se três categorias temáticas: Sentimentos das mães em relação ao cuidado ao RNPT, A mãe como membro importante no cuidado hospitalar ao RNPT e A importância da educação em saúde do RNPT de alta hospitalar. Verificou-se a incorporação da mãe na prestação do cuidado ao recém-nascido para sua capacitação e cuidados extra hospitalares. Quanto às facilidades e desafios enfrentados no setor, verifica-se um conjunto de componentes que contribuem para a segurança e qualidade na assistência. Faz-se necessário compreender o contexto no qual as mães estão inseridas, assim como suas dificuldades no manejo com o RNPT, em que a equipe de enfermagem deve priorizar estratégias que contemplem a inserção da mãe na gestão do cuidado ao recém-nascido.

Palavras-chave: Mães. Recém-nascido Prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerado um indicador vital de saúde infantil, sendo uma das maiores causadoras mundiais de mortalidade e morbidade neonatal e de gastos excessivos nos países no mundo (OLIVEIRA et al., 2018). O parto prematuro consiste no nascimento ocorrido antes da 37ª semana de gestação, impactando tanto na saúde neonatal como na infantil, com complicações posteriores como deficiência neurológica, doenças respiratórias crônicas, cegueira e surdez (DIAS et al., 2018).

Estudos elencam sua preocupante incidência e consequências na saúde mundial, com cerca de 15 milhões de prematuros nascidos por ano, representando 75% das mortes infantis no primeiro ano de vida, e repercutindo em maior fragilidade, necessidades especiais, problemas mentais, dificuldades psicológicas e no desenvolvimento (BAPTISTA et al., 2018; VARELA et al., 2019). No Brasil, diminuições na mortalidade infantil de 53,4 por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 13,5 por 1.000 nascidos vivos em 2016 têm sido observados, no entanto em 2015 cerca de 70% das mortes ocorreram por causas neonatais (VARELA et al., 2019).

Um dos principais programas direcionados ao tratamento e diminuição desses índices desfavoráveis na saúde infantil consiste no Programa Mãe Canguru, com atenção e cuidado ao recém-nascido pré-termo (<37 semanas de gestação) e de baixo peso (<2.500 kg). Entre algumas ações e cuidados destaca-se o contato pele a pele 24 horas por dia no peito da mãe, do pai ou outro membro da família, e amamentação exclusiva o máximo de tempo possível (MONTEALEGRE-POMAR, SIERRA-ANDRAD e CHARPAK, 2018).

Inúmeros estudos têm evidenciado as repercussões positivas do Programa Mãe Canguru. Estudo efetuado no Nepal elencou importantes melhorias para o neonato prematuro, a família e a comunidade através de métodos tradicionais e novos de Cuidado Mãe-canguru. Outra pesquisa efetuada em cidades isoladas da Colômbia mostrou resultados promissores nos seguimentos do desenvolvimento somático, sensorial e neuropsicomotor (MONTEALEGRE-POMAR, SIERRA-ANDRAD e CHARPAK, 2018; THAPA et al., 2018).

Melhores perspectivas de cuidado neonatal e a família do recém-nascido são observados como descrito anteriormente, sendo importantes fatores para melhoria da saúde infantil e que exigem ações de profissionais de saúde, gestores e de formuladores de políticas públicas de saúde.

Assim, com a vivência prática ocorrida com a participação no projeto de Humanização Hospitalar desenvolvido na “Casa da Mamãe” de setor materno-infantil oportunizou conversar com as mães que estavam com seus bebês internados, a maioria por motivo de prematuridade, chamando atenção a necessidade de conhecer as experiências e habilidades de cuidado desenvolvidas por estas mães durante o período de internação de seus filhos.

Diante do contexto, foi desenvolvido a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento das mães em relação aos cuidados de saúde no planejamento da alta hospitalar do RNPT?

Deste modo, oportuniza-se com a pesquisa apreender o processo de cuidados de enfermagem frente à atenção ao RNPT hospitalizado pré- alta hospitalar, destacando a necessidade de atuação do profissional de saúde, especialmente do enfermeiro, frente à família como potencializador para uma assistência qualificada fora do âmbito hospitalar; além disso, explorar o conhecimento e aprofundamento do tema abordado traz novos questionamentos e embasamentos para as ações a serem desenvolvidas na assistência à saúde do recém-nascido de baixo peso, considerando que as orientações adequadas da equipe de enfermagem às mães dos RNPT contribuirão para garantir melhores cuidados pós-alta e evitar complicações e reinternações hospitalares.

Assim, o estudo teve o objetivo de descrever o conhecimento das mães em relação aos cuidados com recém-nascidos pré-termo durante o planejamento da alta hospitalar.

REFERENCIAL TEÓRICO

Globalmente, a ocorrência de parto prematuro gira em torno de 3,8% a 17,5% dos partos com nascidos vivos, sendo o Brasil um dos 10 países mundiais com maior número de partos prematuros (SADOVSKY et al., 2018). Revisão sistemática realizada acerca da incidência de prematuridade mundial encontrou estimativas de 12,9 milhões de nascimentos prematuros, sendo 10,9 milhões somente na África e Ásia, 0,5 milhões na Europa e América do Norte, e 0,9 milhões na América Latina e Caribe (OLIVEIRA et al., 2018).

Acerca dos fatores de risco maternos para prematuridade, descreve-se a situação socioeconômica desfavorável, baixa escolaridade, etnia negra, baixo peso, idade menor que 20 anos ou maior que 35, ser solteiro, trabalho exaustivo, assim como presença de patologias maternas como diabetes e pressão arterial elevada (SADOVSKY et al., 2018).

Contextualmente, a Organização Nacional da Saúde (OMS) classifica o recém-nascido pré-termo (RNPT) conforme a idade gestacional da prematuridade, sendo pré-termo limítrofe (35-36 semanas), pré-termo moderado (31-34 semanas) e pré-termo extremo (<30 semanas), considerando-se que quanto menor a idade gestacional maior risco de mortalidade, abandono e problemas de saúde (SOARES, SILVA e ZUANETTI, 2017).

No entanto, avanços tecnológicos nas últimas décadas na área de cuidados em neonatologia intensiva tem aumentado a sobrevivência dos RNPT; além disso, o advento de políticas de humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e inclusão

da família nos cuidados aos neonatos tem ampliado a visão dos profissionais de saúde neonatal para além da sobrevivência, com relevância em morbidade e qualidade de vida do neonato (SCHAEFER e DONELLI, 2017).

Com o objetivo de humanizar a assistência ao RNPT foi desenvolvida no Brasil em 1999 a Norma de Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso: Método Canguru, traduzido como política pública, idealizado a partir do *Programa Madre Canguru* implantado na Colômbia em 1979, sendo pautado principalmente no contato pele-a- pele precoce e objetivando humanizar e qualificar o atendimento ao neonato prematuro, promovendo desenvolvimento integral da criança e criação de vínculo familiar (MONTEALEGRE-POMAR, SIERRA-ANDRADE, e CHARPAK, 2018).

Ademais, no Brasil para esse fim foram implantadas as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa), pautadas em condutas voltadas aos recém-nascidos de baixo peso (RNPB), como atendimentos adequados e humanizados, favorecendo aleitamento materno, melhor desenvolvimento cognitivo, segurança, apego materno, vínculo e relacionamento familiar. Assim, o Método Canguru consiste em estratégia assistencial perinatal ligado ao cuidado humanizado, reunindo intervenções bio-psico-sociais (Brasil, 2015). Concomitantemente, o Método Canguru consiste em três etapas, sendo a primeira efetuada na UTIN e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), o segundo na UCINCa e o terceiro momento após alta hospitalar, na residência do neonato (SILVA et al., 2020).

Diante disso, incentiva-se a entrada precoce dos pais em unidades neonatais, estimulando a participação nos cuidados do recém-nascido, assim como a participação nas atividades educativas que associam informações através de intervenções práticas realizadas com os prematuros, aumentando a interação entre os membros familiares e da equipe profissional, o bem-estar mental familiar e diminuindo o tempo de internação do neonato (LOPES, SANTOS e CARVALHO, 2019).

Destaca-se aqui que a criança ao nascer prematuramente e estando internado em UTIN provoca impactos negativos na mãe, sendo que os inúmeros procedimentos invasivos realizados e o ambiente da UTIN, repleto de profissionais especializados, incessante estimulação sonora e visual, com aparelhos, luzes, alarmes, produzem sentimentos de dúvida, incapacidade e insegurança na mãe em relação à vida de seu filho fora daquele ambiente, levando por vezes à idealização da figura da enfermeira como mãe ideal, que cuida delicadamente e com precisão de seu filho (ABREU, DUARTE e DITZ, 2020).

Portanto, a equipe de enfermagem, por ser reconhecida como elemento articulador e integrador dos diferentes saberes em saúde, sobretudo por estar mais

próximo e estabelecer vínculos efetivos com a mãe/RN, deve procurar abordá-la no momento da sua chegada ao hospital, informando-lhe todos os procedimentos de rotina e buscando sanar possíveis dúvidas, a fim de transmitir confiança para a mesma e contar com sua colaboração até sua alta hospitalar (BRASIL, 2017).

Diante disso, as duas primeiras etapas efetuada em ambiente hospitalar devem, além de fortalecer no prematuro estabilidade térmica e regulação fisiológica, fomentar cuidados maternos como amamentação e identificação de sinais de complicações, potencializando suas habilidades e sentimentos de confiança e capacidade de cuidar do seu filho em ambiente extra hospitalar (FARIAS et al., 2017).

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo com natureza qualitativa (Minayo, 2016), desenvolvido em hospital referência no interior do estado do Ceará para cinco regiões de saúde. O setor de neonatologia sede do estudo possui 10 leitos para UTIN, 30 leitos para UCINCo e 09 leitos de UCINCa, com capacidade para realizar até 1.300 internações por mês (CEARÁ, 2012).

Durante o período de internação do RNPT é permitida a permanência da mãe na unidade 24h por dia, estando alocados em setor específico desenvolvido para abrigar as mães denominado Estar Materno. O cenário justifica-se devido o setor de neonatologia receber RNPT com diagnósticos diferenciados, de estado clínico estável ao crítico, no qual requer um apoio familiar eficaz, em prol de uma assistência satisfatória e de qualidade.

Os participantes da pesquisa foram mães de RNPT com idade de 20-37 anos, com idade gestacional do nascimento entre 27-36 semanas, com neonato prematuro internado nos setores neonatais descritos, com alta programada ou próximas de receberem alta hospitalar durante o período da pesquisa em maio de 2017.

Para a coleta das informações foram realizados três momentos distintos: 1) Visitas sistemáticas à unidade hospitalar como forma de alcançar todas as mães dos recém-nascidos que estivessem com previsão de alta durante o período da coleta; 2) Entrevista com utilização de roteiro semiestruturado focalizado contendo questões referentes a dados pessoais maternos, dados do RN e outras questões relevantes relacionadas ao conhecimento adquirido pelas mães na ocasião da programação de alta do RNPT no intuito de atingir o objetivo da pesquisa; 3) Dados do prontuário também foram extraídos com o objetivo de avaliar o perfil do RNPT e complementar as informações. Foi efetuada abordagem direta e individual aos sujeitos.

As entrevistas foram audiogravadas e analisadas minuciosamente, considerando falas e expressões, mantendo sigilo das participantes da pesquisa através de código alfanumérico com a letra M e números correspondentes. O fechamento da amostra se deu por saturação teórica, sendo que finalizou-se a inclusão de novos participantes quando houve repetição e redundância das informações (NODA et al., 2018).

Para categorização e organização dos dados foi empregado Análise Temática, consistindo na análise de falas e discursos relacionando estruturas semânticas (denominadas significantes) com estruturas sociológicas (designados significados) dos enunciados, relacionando estes com fatores determinantes de suas características psicossociais, culturais, entre outras (MINAYO, 2016).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no que tange às diretrizes éticas para pesquisa com seres humanos, aprovado com a CAAE: 64727317.0.0000.5684 (Brasil, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das análises das informações e discursos coletados, os resultados foram agrupados em quatro categorias temáticas: Caracterização dos sujeitos; Sentimentos das mães em relação ao cuidado ao RNPT; A mãe como membro importante no cuidado hospitalar ao RNPT; A importância da educação em saúde do RNPB de alta hospitalar.

Caraterização dos sujeitos

A amostra do estudo constituiu-se de doze mães de RNPT. Analisando-se os dados sociodemográficos, observou-se predominância de mulheres na faixa etária de 20 a 25 anos (6), procedentes da zona urbana (8), com Ensino Médio Completo (6) e do lar (5).

Tratando-se dos dados obstétricos das mães de RNPT destaca-se que em sua maioria eram primíparas (7), com idade gestacional de 36 semanas (4), com a realização de 07 a 12 consultas de pré-natal (5), sendo prevalente gravidez com feto único (11) e partos do tipo cesárea (12).

Acerca das principais doenças obstétricas e ginecológicas encontradas nas mães de RNPT, grande quantitativo de mulheres tiveram pré-eclâmpsia (3) e placenta prévia (2). Em contrapartida, quantitativo similar de gestantes não tiveram nenhuma doença

durante a gestação (3), sendo o motivo da prematuridade o trabalho de parto prematuro.

Especificamente acerca dos dados sociodemográficos, perfil obstétrico e de doenças na gestação, a maioria das informações decorrentes do estudo estão em consonância com outras pesquisas realizadas acerca de fatores de risco, parto prematuro e óbitos neonatais, com predominância de faixa etária materna de 20-35 anos, escolaridade de até 8 anos, parto cesariano, sendo a pré-eclâmpsia a principal patologia associada a maioria das gestações (GONZAGA et al., 2016; GAÍVA et al., 2018; AHUMADA-BARRIOS e ALVARADO, 2016).

No entanto alguns dados forma díspares ao da pesquisa efetuada, como a multiparidade de maioria das gestantes com parto prematuro em estudo caso controle efetuado em Teresina, Piauí (GONZAGA et al., 2016) e pré-natal inadequado ou ausente (AHUMADA-BARRIOS e ALVARADO, 2016), com menos de 6 consultas (GAÍVA et al., 2018).

Relativo aos recém-nascidos de risco ao nascimento, prevaleceu peso inferior ou igual a 2,500kg (8), sendo Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), com prevalência de neonatos do sexo masculino (9). Quanto aos critérios para a classificação de risco ao nascimento destes RN houve grande variabilidade, destacando-se a Síndrome do Desconforto Respiratório-SDR (3) e complicações da prematuridade (2).

Com relação à assistência e cuidado, os recém-nascidos pré-termo e com baixo peso necessitam de uma monitorização rigorosa em seus primeiros momentos de vida na UTIN, vivenciando uma sobrecarga de estímulos sensoriais que influenciam negativamente o desenvolvimento sensorio-motor; somando-se a isso, a própria condição de prematuridade e baixo peso ao nascer já predispõe os RNs a prejuízos durante o seu desenvolvimento ao longo da infância (Cabral et al., 2015). Além disso, o desenvolvimento é um processo contínuo, onde o estado de saúde do bebê e o cuidado materno podem influenciar positivamente ou negativamente na trajetória de desenvolvimento nos primeiros anos de vida (LOPES, SANTOS e CARVALHO, 2019).

Sentimentos das mães em relação ao cuidado ao RNPT

Concomitantemente, a instabilidade do bebê prematuro desperta na mãe maior insegurança e acentua-se o medo de perdê-lo. É importante esclarecer o processo de internação, de indução, a técnica utilizada, o tempo necessário, incentivar a participação ativa da mãe para o vínculo afetivo com o bebê (CABRAL et al., 2015).

Diante da dinâmica da hospitalização dos RNPT experienciadas pelos pais e na perspectiva de superar algo contrário ao esperado, a mãe sempre busca alternativas para conviver e aceitar a nova realidade e, assim, enfrentar e superar esse momento difícil, na qual se destacam sentimentos positivos e negativos como mecanismos para aceitar um fato contrário ao esperado da gestação (BAPTISTA et al., 2018).

Assim, diante dos aspectos de cuidado contidos nas informações direcionados ao desenvolvimento de capacidades da mãe de RNPB para o cuidado no domicílio, salienta-se a necessidade de sua ocorrência durante todo o período de internação do neonato, preferencialmente logo na admissão do mesmo na unidade neonatal. É durante o período de internação que se estabelece a possibilidade de maximização de habilidades e de conhecimentos específicos pelas mães para o cuidado do bebê extra hospitalar (BRASIL, 2017). Nos relatos abaixo observamos que as mães mesmo na ocasião da alta hospitalar temem em realizar cuidados simples com o RN.

“Me sinto um pouco preparada para cuidar em casa do meu filho, mas ainda com receio, tenho medo de banhá-lo pois ele é muito pequeno, quando vou amamentar ele às vezes não pega o peito direito” (M4).

“Mais ou menos... sei que cuidarei com todo amor e dedicação dela, mas ainda fico insegura quando vou banhá-la, amamentá-la, quando a técnica pede pra eu deitar minha filha no berço de barriga pra cima, fico com medo. A equipe me transmite segurança nessas horas” (M6).

Assim, a percepção de que o filho prematuro demanda cuidados redobrados não é irreal. Existe, por exemplo, a demanda de maior atenção aos cuidados alimentares pelo risco de aspiração e refluxo gastroesofágico, mais comuns nesse grupo de crianças. Além disso, o manuseio de um ser tão frágil, de realizar de modo efetivo o Método Canguru em domicílio e utilizar de maneira eficaz medicações prescritas após a alta provoca nos pais cuidadores sentimentos negativistas de insegurança e ansiedade (BRASIL, 2015). Nas entrevistas com as mães que ainda estavam em acompanhamento nas UTIN o receio de cuidar do filho prematuro foi salientado de forma mais destacada.

“Só que eu tenho muito medo. Medo de não saber cuidar direito e de machucar ela” (M1).

“Eu tenho que dar conta, mas eu tenho medo de não ser uma mãe já preparada” (M8).

“Ele deve pedir um bocado de exigência... Deve ser desse jeito. Deve ser difícil no começo” (M4).

“Aí se eu tiver fazendo alguma coisa, se ela começar a chorar eu vou ter que largar tudo para cuidar dela” (M7).

Relacionado a isso, avaliando-se no setor de pesquisa acerca de orientações sobre o RNPT, é disponibilizado na ocasião da alta um relatório de cuidados específicos em domicílio, que é definido através de orientações da equipe de enfermagem; percebeu-se assim no decorrer das entrevistas a importância do instrumento abordado no cotidiano familiar, mantendo os pais satisfeitos perante o atendimento hospitalar e seguros para manter seus respectivos cuidados à criança após a alta.

Com isso, destaca-se que cada componente familiar possui a chave para o cuidado efetivo de qualidade do neonato, especialmente quando a confiança é estabelecida com a equipe, originando um clima familiar positivo (SCHAEFER e DONELLI, 2017). Neste ínterim, as informações devem ser divulgadas apropriadamente e a família ser encorajada a assumir uma participação ativa e promotora do cuidado ao neonato, na maximização de suas capacidades de funcionamento através da criação de estratégias para atingir grau de segurança adequado dos cuidados extra hospitalares, alcançando através disto a satisfação do núcleo familiar, nele incluso o RNPB, e a eficiência do cuidado à saúde (BRASIL, 2015).

Nesta dinâmica, o estabelecimento de instrumentos adequados pelos profissionais de saúde para construção de redes de cuidado eficazes se tornam veementes; entre algumas básicas pode-se citar a comunicação adequada entre os componentes da equipe de saúde e os pais, esclarecimentos ao cuidador do RN, desenvolvimento de habilidades de cuidado nos cuidadores do RNPT, estímulo ao estabelecimento do vínculo, presença de equipe multidisciplinar de saúde e de outros atores envolvidos na atenção ao RN para acompanhamento integral e apoio na transição da rotina do setor hospitalar para extra hospitalar (THAPA et al., 2018; BRASIL, 2017).

Ademais, atualmente é vital para construção de redes de apoio e cuidado na unidade neonatal e fora dela, reconhecer a importância da presença da família nos cuidados à criança e valorizá-la no contexto assistencial; portanto, o profissional deve compartilhar informações de forma aberta e franca com a família, pois são elementos considerados essencialmente participantes do cuidado e das tomadas de decisão do neonato (BRASIL, 2017).

A mãe como membro importante no cuidado hospitalar ao RNPT

Sumariamente, a presença da mãe/família facilita o desempenho das atividades da equipe de saúde nas unidades neonatais componentes da rede de cuidado ao prematuro, oportunizando alianças, cuidados, segurança e atenção para o RNPT e seu núcleo genitor. Neste contexto, é reconhecida também a importância de se promover aproximação e vínculo dos profissionais com a família, pois a hospitalização se constitui-se como uma situação estressante para a família, ocorrendo aproximação gradativamente por meio do diálogo, criação de vínculo equipe-pais/família e do desempenho do respeito (LOPES, SANTOS e CARVALHO, 2019).

Assim, é relativamente comum a pouca ou nenhuma assimilação das mães das orientações acerca de normas, diretrizes e rotinas do setor devido à existência do estresse vivenciado em relação à doença do filho e por estar em um ambiente desconhecido, considerado diversas vezes como ameaçador e que remonta medo: seja de perder o filho, de comprometimentos físicos e cognitivos ou da perda da função materna de proteção do neonato (NUNES et al., 2015; REICHERT et al., 2021).

Deste modo, através da construção de relações de confiança, a família torna-se elemento-chave no desempenho das atividades no hospital, cooperando nos cuidados básicos e simples, e compreendendo e supervisionando aqueles de maior complexidade técnica. No entanto, é importante além do desejo de realizar as ações de cuidado, que a mãe sinta-se apta e segura para essa tarefa, mediado por meio de diálogo interativo com a genitora para tentar uma negociação nas ações de cuidado (SANTOS e AZEVEDO FILHO, 2016), como relatado a seguir:

“Criamos um grande vínculo com todos os profissionais aqui na Enfermaria Canguru. Sempre digo a toda a equipe que eles são a segunda mãe do meu filho.” (M5).

“Tenho um carinho por todos e agradeço a toda a equipe pelos cuidados que eles têm com minha filha. São profissionais humanizados” (M2).

Concomitantemente, percebe-se no discurso abaixo relevância da mãe na execução dos cuidados básicos e específicos de forma correta durante a hospitalização para dar continuidade em domicílio, sendo relatado na literatura casos de retorno hospitalar por complicações evitáveis por manejo indevido do familiar (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017; LOPES, SANTOS e CARVALHO, 2019; REICHERT et al., 2021).

Neste momento, implica-se o fortalecimento de orientações do manejo em domicílio do RN de baixo peso, envolvendo identificação de sinais de riscos (dificuldade

respiratória; palidez; cianose; recusa da mama; hipotermia; apatia; perda de peso e diminuição da urina, entre outros), fortalecimento da amamentação, cuidados com o ambiente, observações da estabilidade fisiológica do RN como coloração da pele, respiração, sono e envolvimento de outros componentes do núcleo familiar nos cuidados neonatais como companheiro ou avós (BRASIL, 2015).

“Por meu filho ter nascido prematuro, tenho que ter um cuidado maior com ele. Evitar visitas constantes, lavar sempre as mãos, dar banho de sol, limpar o umbigo com álcool 70%, colocar pra dormir de barriga pra cima, utilizar máscara, não deixar de vacinar. Me sinto preparada para esse cuidado em casa, mas ainda com receio, tomarei conta muito bem do meu filho” (M7).

Neste íterim, é ponto essencial da assistência de enfermagem compartilhar conhecimentos com a família do bebê de risco, que devem ser aplicados por meio de metodologias ativas. Nesta perspectiva, faz-se necessário a organização do trabalho em equipe, pois novas estratégias e preceitos podem perder a capacidade inovadora quando se tornam apenas mais uma tarefa a ser cumprida, distante do seu sentido ou facilidade (REICHERT et al., 2021).

Por conseguinte, com o Método Mãe Canguru, a enfermagem realiza os cuidados individualizados, orienta a importância do aleitamento materno exclusivo, interage com a família, melhorando o vínculo bebê-família e com a equipe, estimula a participação dos pais no cuidado e ajuda na resolução das dificuldades. Esse vínculo com a equipe vem desde o início da gestação até o nascimento, ajudando os pais a compreender o processo da prematuridade e prepará-los para os cuidados após a alta (SANTOS e AZEVEDO, 2016).

A importância da educação em saúde do RNPT de alta hospitalar

Avaliando-se relatos contidos na literatura e nos discursos coletados, evidencia-se deficiência no empoderamento e promoção precoce dos cuidados no RNPT, decorrendo que nas unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais algumas mães não recebem orientações adequadas e de modo efetivo para os cuidados com o RN em domicílio, deixando dúvidas e incertezas com relação aos manejos com a alimentação, desenvolvimento e crescimento da criança, considerando-se que, geralmente, essas orientações são trabalhadas somente na UCINCa (CATANHEDE et al., 2020; REICHERT et al., 2021); nos depoimentos abaixo podem ser visualizados alguns exemplos:

“Não, ainda não recebi nenhuma informação quanto ao cuidado em casa, só sei que cuidarei com muita dedicação do meu filho” (M1).

“Ainda não, espero que me expliquem porque é meu primeiro filho e eu não sei não como será esse cuidado em casa” (M8).

Ademais, reconhecer a relevância da presença familiar nos cuidados à criança e valorizá-la no contexto do cuidado são medidas simples, comprovadamente resolutivas e componentes do processo de cuidar neonatal (LOPES, SANTOS, e CARVALHO, 2019); portanto, o profissional deve compartilhar informações de forma aberta e franca com a família, pois assim estes têm a oportunidade de participar ativamente do cuidado e das tomadas de decisão (REICHERT et al., 2021).

Com relação às medidas de segurança e cuidado, a identificação dos componentes que contribuem para sua prevenção durante a hospitalização demonstra um fator relevante e significativo no setor quanto às estas medidas, no qual as participantes entrevistadas afirmaram haver orientações em sua rotina quando estão na UCINCa. Segue os discursos que revelam o funcionamento do serviço:

“A equipe de enfermagem informa sobre os cuidados e normas do setor para as mães, durante o turno da manhã ou da tarde. Falam sobre os cuidados que devemos ter quanto a lavagem das mãos, o uso de máscaras, dos horários de alimentação, de entrada e saída dos familiares.” (M9).

“Sempre com as mães as enfermeiras conversam e explicam os cuidados que devemos ter com os nossos filhos. Nos orientam a não sair sem avisar, evitar transitar em outros berços a não ser do seu neném, a banhar nossos filhos, trocar as fraldas, amamentar, usar equipamentos de proteção e não esquecer de usar álcool em gel.” (M3).

Neste contexto, as puérperas mostraram-se satisfeitas com o apoio e as orientações concedidas pelos profissionais de saúde, visto que a metade das participantes eram primíparas, as quais expressaram: *“sou mãe de primeira viagem”*, o que denota, muitas vezes, a inexperiência diante da nova realidade de ser mãe.

Além dos cuidados citados pelas pesquisadas, a literatura relata outros relacionados à prematuridade que podem ser informados pelos profissionais da saúde, tais como: cuidados ao receber visitas, estímulo a sucção adequada no recém-nascido, controle térmico, ambientação adequada como por exemplo evitar lugares úmidos e com aglomerados de pessoas, limpeza da casa com pano úmido, utilização de medicações de acordo com a prescrição médica, enfatizar importância do retorno das

consultas, dos sinais de alerta para a saúde do neonato, entre outros (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Diante do que revela os discursos, vale ressaltar que a segurança do paciente prevê a redução ao mínimo aceitável de risco de danos desnecessários relacionados a atenção à saúde. Essas estratégias buscam evitar, prevenir e minimizar os resultados provenientes de eventos adversos decorrentes das práticas de assistência em saúde associadas ao cuidado. Os eventos adversos são injúrias causadas pelo cuidado do profissional da saúde ou pelo acompanhante por fatores não relacionados à doença de base do paciente, podendo prolongar a hospitalização ou modificar o tratamento proposto inicialmente (CHAVES et al., 2019).

Outrossim, sabe-se que em qualquer situação relacionada ao processo saúde-doença dos indivíduos, a orientação realizada pelos profissionais de saúde, em especial aquelas efetuadas pelo profissional enfermeiro, que historicamente tem sido descrito como o profissional mais próximo da comunidade, é de grande relevância, pois oferece aos pacientes a orientação necessária e apoio para assumir novos hábitos e condutas de saúde, possibilitando condições que auxiliem no autocuidado e evitando assim complicações desnecessárias, proporcionando qualidade de vida e diminuindo os riscos de agravos (FIALHO et al., 2016).

Especialmente no caso do período puerperal com um RN de risco no domicílio é indispensável um acompanhante preparado e bem orientado para exercer esse cuidado. Neste contexto, foi possível observar alguns relatos em que as mães receberam orientações na alta hospitalar.

“Ter o cuidado de não ter muita gente dentro do quarto, passar álcool em gel nas mãos antes de segurá-lo, deixá-lo dormir no berço e não pra colocar pra dormir comigo e o pai dele” (M9).

“Não colocar panos, fraldas ou cueiros soltos no berço, colocá-lo pra dormir de barriga pra cima. A importância de não esquecer de dar o banho de sol nele, por 10 ou 15 minutos, antes de 8 h da manhã ou após 16 horas, com meu filho apenas de fraldas” (M12).

“Ofertar o seio em horário livre, pois o leite materno é muito importante para o seu crescimento e saúde. Não esquecer de limpar o umbigo com álcool 70%, três vezes ao dia” (M10).

Além disso, deve-se considerar que educação em saúde é uma função independente da prática de enfermagem e uma das suas principais responsabilidades. É um componente essencial do cuidado, considerado um direcionamento à promoção, manutenção e restauração da saúde, prevenção da doença e assistência às pessoas,

para lidar com os efeitos residuais da doença (BRASIL, 2017; SILVA et al., 2020; REICHERT et al., 2021). Nesta premissa, no entanto, em pesquisa acerca do seguimento do bebê na 3ª etapa do Método Canguru efetuado em domicílio e com apoio da Atenção Básica evidenciou-se ainda fragilidade e despreparo profissional, com prevalência do modelo medicalocêntrico e biomédico, em detrimento das condutas de promoção da saúde (REICHERT et al., 2021).

Ainda acerca, percebe-se a educação em saúde como processo político-pedagógico, crítico e reflexivo capaz de provocar transformações nas capacidades do indivíduo, família e comunidade, capaz de propor, opinar e decidir sobre as ações de saúde (SILVA et al., 2020).

Abordando as entrevistas, o medo e o despreparo eram visíveis nos depoimentos das mães. A tarefa do banho mostrou como sendo umas das árduas, assim como os cuidados com o manuseio das crianças. O ‘como pegar’ e ‘como apoiar melhor’ demonstrou terem sido momentos difíceis. Com isso, normalmente quando a insegurança toma conta, as mães acabam recorrendo aos cuidados da equipe de enfermagem, em quem é depositada considerável confiança, como dito pelas depoentes abaixo:

“Primeiro medo eu tive pra dar banho. Quando ia dar banho nele tinha que segurar com todo cuidado do mundo e dar banho com uma mão e aí quando eu colocava a mão na cabeça dele meus dedos afundavam na cabeça, então eu tinha medo de dar banho” (M11).

“Quando segurei pela primeira vez meu bebê, senti muito medo, ele era tão pequenino, magrinho, eu tinha medo dele cair, sempre pedia ajuda a enfermeira e a técnica de enfermagem” (M3).

Destarte, a organização do trabalho, o plano de cuidados para a alta hospitalar realizada pela equipe de enfermagem e a inserção de metodologias ativas com os pais são consideradas ferramentas indispensáveis do processo de alta hospitalar do neonato e, conseqüentemente, para a continuidade do cuidado que visa espaço para além dos muros dos serviços de saúde, incidindo sobre a ampliação de escolhas saudáveis para os prematuros (NODA et al., 2018; THAPA et al., 2018;).

Nesta premissa, as orientações preparadas para a alta hospitalar devem considerar o nível cultural de cada família, respeitando as características e necessidades individuais. Essa adequação da terminologia e percepção do nível de compreensão da mãe ou família nem sempre é levada em consideração pelos profissionais, pela preocupação com a execução de procedimentos técnicos e

cumprimento de normas e rotinas da unidade (SILVA et al, 2018; CANTANHEDE et al., 2020; REICHERT et al, 2020).

Ademais, a criação de programas educacionais em unidades neonatais pode vir a facilitar o aprendizado das mães sobre a assistência desempenhada no RN prematuro no domicílio, favorecendo o vínculo afetivo e diminuindo o sentimento de insegurança e receio apresentado pelos pais nessa situação. Orientar os pais sobre a forma de cuidar do bebê prematuro requer uma linguagem bem estruturada e documentada (THAPA et al., 2018; NODA et al., 2018).

Complementarmente, salienta-se outras metodologias de trabalho com o RNPT extra hospitalar como componentes transversais de assistência ao RN de baixo peso na residência e no contexto familiar. Logo, considerando-se os aspectos biológicos, ambientais, tecnológicos, de serviços de saúde e ligados a família/cuidadores.

Introduz-se o Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano proposto por Brofenbrenner, como modelo dinâmico e ligado à interrelações entre os sistemas. Neste o desenvolvimento é marcado por marcadores de influência: a Pessoa, o Processo, o Contexto e o Tempo. Entre estes, as redes sociais de apoio estão inseridas no componente Contexto, revelando-se como elementos influentes para desenvolvimento das habilidades do prematuro devido às interconexões ambientais entre, não somente o núcleo familiar, mas também os amigos, colegas de trabalho e comunidade (CUSTÓDIO, CREPALDI e LINHARES, 2014).

Além deste, os modelos de Genograma e Ecomapa são ferramentas para compreensão da dinâmica familiar, da responsabilidade parental e dos mecanismos de apoio ao cuidado do RNPT, refletindo e reafirmando o fortalecimento dos vínculos de apoio à família de RNPT. Assim, considera-se no cuidado ao RNPB os componentes familiares nucleares (mãe, pai e filhos) e extensos (avós e tios), associados com outros como vizinhos, igreja, equipe de setor neonatal, entre outros incluídos (SOUZA e ZANI, 2014).

Assim, reforça-se a complexidade na construção do plano de alta hospital do RN de baixo peso, que deve englobar não somente a equipe de saúde, especialmente de enfermagem, mas também a contribuição familiar, suas singularidades, especificidades e contribuições (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou perceber que a dinâmica de construção das habilidades de cuidado da mãe para o neonato prematuro nas Unidades Neonatais é favorecida pela atuação dos profissionais de enfermagem envolvidos em sua assistência, sendo

reconhecida pelas mulheres como facilitadora de sua capacitação para cuidar do bebê em domicílio, trazendo-lhe segurança no desempenho do papel de cuidadora e favorecendo sua adaptação às necessidades do recém-nascido prematuro. No entanto, ainda percebe-se fragilidades, com a necessidade de ampliação e repasse das informações de modo simples e levando em conta as singularidades das genitoras desde a admissão no setor neonatal.

Assim, quando apreendemos o significado das experiências das mães de recém-nascidos prematuros na UTIN compreendemos a importância de entender que cuidar do recém-nascido também significa cuidar da mãe para os profissionais que atuam no setor.

Ademais, os principais aspectos ressaltados pelas mães de recém-nascidos pré-termo nos discursos foram: a insegurança no cuidado domiciliar do RN; o vínculo estabelecido com a equipe de saúde; o diálogo definido para troca de saberes e informações; dos resumos de cuidados contidos nos folders para alta hospitalar.

Por fim, se faz necessário compreender o contexto no qual as mães estão inseridas, suas crenças e valores, formas de cuidar, recursos para prestar o cuidado ao RN e rede de apoio social. A partir dessa compreensão será possível adequar o cuidado de enfermagem ao binômio familiar/acompanhante e recém-nascido, auxiliando estes a potencializar a atenção de saúde, construindo com eles uma relação harmônica nas unidades neonatais e potencializando o cuidado extra hospitalar e evitando complicações como ganho de peso inadequado e reinternações hospitalares.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. Q. S.; DUARTE, E. D. D.; DITZ, E. S. O processo de construção do apego entre mãe e bebê pré-termo mediado pelo posicionamento canguru. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. p. 3955, 2020. [Access 2021 mar 23]; Available in: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3955>.

AHUMADA-BARRIOS, M.E; ALVARADO, G.F. Fatores de risco para parto prematuro em um hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 24, p. 2750, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02750.pdf, acesso em [27 de outubro de 2018].

BAPTISTA J, et al. Being a mother of preterm multiples in the context of socioeconomic disadvantage: perceived stress and psychological symptoms. **Journal Pediatric** (Rio de Janeiro). v. 94, p. 491-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.08.010>, acesso em [22 de março de 2021].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Método Canguru: Seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. 2015. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido prematuro- Método Canguru. 2017. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

CANTANHEDE, E.S., et al. Experiências das mães no cuidado ao recém-nascido prematuro no método canguru. **Cogitare Enfermagem**. [Internet]. v. 25, n.0, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67416>.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Ceará [homepage na internet]. Governador inaugura dia 18 o maior hospital do interior do Ceará. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45707-governador-inaugura-dia-18-o-maior-hospital-no-interior-do-ceara>

CHAVES, A.C.F. et al. Care and maintenance of premature neonate skin integrity. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife. v.13, n. 2, p. 378-84, fev., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a237974p378-384-2019>, acesso em [23 de março de 2021].

CUSTÓDIO, Z.A.O.; CREPALDI, M.A.; LINHARES, M.B.M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudo Psicologia**, Campinas. v. 31, n. 2, p. 247-255, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v31n2/a10v31n2.pdf>, acesso em [10 de outubro de 2018].

DIAS, T.Z. et al. Tocolysis among Women with Preterm Birth: Associated Factors and Outcomes from a Multicenter Study in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** (serial in the internet). v. 40, p. 171-179. 2018. Available from: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1642025.pdf>.

FARIAS, S. R. et al. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. v. 19, n. 14, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38433/23238>, acesso em [18 de outubro de 2018].

FIALHO, F. A. et al. Humanization permeating newborn nursing care. **Journal Nurs UFPE on line**, Recife. v. 10, n.7, p. 2412-2419, july, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11297/12959>, acesso em [08 de outubro de 2018].

GAÍVA, M.A.M., et al. Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 20, p. 20-18, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47222/26296>, acesso em [27 de outubro de 2018].

GONZAGA, I.C.A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer na capital do Nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n.6, p. 1965-1974, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>, acesso em [27 de outubro de 2018].

LOPES, T.R.G.; SANTOS, V.E.P.; CARVALHO, J.B.L. The presence of the father in the kangaroo method. **Escola Anna Nery**. v. 23, n.3, p. 2010370. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0370>, acesso em [22 de março de 2021].

MONTEALEGRE-POMAR, A.; SIERRA-ANDRADE, A. P.; CHARPAK N. El Programa Madre Canguro de Yopal, Colombia: una oportunidad de seguimiento del niño prematuro. **Revista Salud Pública**. v. 20, n. 1, p. 10-16, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.67974>, acesso em [22 de março de 2021].

MINAYO, M.C.S. (org), DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 2016.

NODA, L.M. et al. A humanização em unidade de terapia intensiva neonatal sob a ótica dos pais. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 22, p. 1078, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1216>, acesso em [25 de outubro de 2018].

OLIVEIRA, K. A. et al. Association between race/skin color and premature birth: a systematic review with meta-analysis. **Revista Saúde Pública** (serial in the internet). v. 15, n. 52, p. 26, 2018. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/0034-8910-rsp-52-26.pdf>.

REICHERT, A.P.S. et al. Vivência materna com o método canguru no domicílio. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 24, p. 1295, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20200024>.

REICHERT, A.P.S. et al. The third stage of the kangaroo method: experience of mothers and primary healthcare professionals. **Escola Anna Nery**. v. 25, n.1, p. 20200077, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0077>, acesso em [23 de março de 2021].

SADOVSKY, A.D.I. et al. Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies. **Journal Pediatric** (serial in the internet). Rio de Janeiro, v. 15, n. 94, p. 15-22, 2018. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v94n1/0021-7557-jped-94-01-0015.pdf>.

SANTOS, M. H. ; AZEVEDO FILHO, F.M. Benefícios do método Mãe Canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. **Ciências da Saúde**. v. 14, n. 1, p. 67-76, 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3477>, acesso em [05 de outubro de 2018].

SCHAEFER, M. P. ; DONELLI, T.M.S. Intervenções Facilitadoras do Vínculo Pais-Bebês Prematuros Internados em UTIn: uma revisão sistemática. **Av. Psicol Latinoamericana**, Bogotá (Colombia) v. 35, n. 2, p. 205-218. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v35n2/1794-4724-apl-35-02-00205.pdf>, acesso em [18 de outubro de 2018].

SILVA, J. M. Q. et al. Mothers' learning and care in the kangaroo method. **Revista baiana Enfermagem**. v. 34, p. 36994, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.36994>, acesso em [23 de março de 2021].

SOARES, A. C. C.; SILVA, K.; ZUANETTI, P.A. Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associadas à prematuridade. **Audiol Commun Res**. v. 22, p. 1745, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v22/2317-6431-acr-2317-6431-2016-1745.pdf>, acesso em [15 de outubro de 2018].

SOUZA, G. G. S.; ZANI, A.V. Apoio social e familiar às mães de recém-nascidos de muito baixo peso: estudo a partir do genograma e ecomapa. **Journal Health Biol Sci.** v.2, n.4, p. 188-196, 2014. Disponível em: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/96/78>, acesso em [10 de outubro de 2018].

THAPA, K. et al. Feasibility assessment of an ergonomic baby wrap for kangaroo mother care: A mixed methods study from Nepal. **PLOS ONE.** v. 13, n. 11, p. e0207206, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207206>, acesso em [22 de março de 2021].

VARELA, A.R. et al. Fetal, neonatal, and post-neonatal mortality in the 2015 Pelotas (Brazil) birth cohort and associated factors. **Caderno de Saúde Pública.** v. 35, n. 7, p. e00072918. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00072918>, acesso em [22 de março de 2021].

CAPÍTULO 6

ACESSIBILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

*Patricia de Oliveira Bastos
Maísa Leitão de Queiroz
Tayane Olimpio Silva
Victor Hugo Santos de Castro*

RESUMO

A acessibilidade constitui-se como um elemento estrutural, pois possibilita a entrada dos usuários aos serviços de saúde com autonomia e segurança. No âmbito da saúde, o acolhimento é visto como uma atitude que contribui para fortalecer o vínculo profissional-paciente, além de ser essencial no quesito humanização. Descrever a acessibilidade da pessoa com deficiência visual aos serviços de saúde pública no Brasil. Trata-se de uma revisão de literatura, de natureza qualitativa. A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), complementada com uma busca reversa nas listas de referências dos artigos selecionados e no sítio eletrônico Google Scholar. Não foi determinada limitação de data ou área de conhecimento. Levantou-se 360 artigos nas bases de dados, e destes, 80 foram selecionados a partir dos títulos. Excluíram-se os que se distanciaram do objetivo do estudo. Nove artigos foram pré-selecionados após a leitura do resumo. Por fim, quatro publicações foram elegíveis após a leitura dos artigos na íntegra. Foram acrescentadas duas publicações identificadas na literatura cinzenta. De modo final, o presente estudo contou com seis publicações na sua amostra final. Um ponto a ser avaliado e de grande relevância para potencializar o atendimento do usuário nos serviços de saúde, seria a qualificação de todos os profissionais em relação às demandas de cuidado e atenção das pessoas com deficiência, sobretudo, visual, estreitando dessa forma, a barreira atitudinal.

Palavras-chave: Deficiente visual. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, instituído pela Constituição Federal e consolidado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, as quais modificaram a forma de assistência à saúde até então ofertada à sociedade e afirmaram saúde como direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). É relevante destacar que o SUS é constituído por três princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

A universalidade representa o direito de todos à saúde, sem qualquer tipo de discriminação, a equidade considera que o atendimento dispensado deve considerar as necessidades dos indivíduos, oferecendo mais cuidados para quem mais precisa, já a integralidade o indivíduo é compreendido na sua totalidade, considerando os aspectos biopsicossociais. Assim, os referidos princípios valorizam e possibilitam o fortalecimento do vínculo no âmbito da saúde, sobretudo, entre os usuários dos serviços e os profissionais (BRASIL, 1990).

A acessibilidade constitui-se como um elemento estrutural, pois possibilita a entrada dos usuários aos serviços de saúde com autonomia e segurança (BRASIL, 2015). No âmbito da saúde, o acolhimento é visto como uma atitude que contribui para fortalecer o vínculo profissional-paciente, além de ser essencial no quesito humanização, que entre outros fatores, influencia na efetivação dos princípios do SUS. No Brasil, o acolhimento apresenta-se como uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH), idealizado pelo Ministério da Saúde (MS) e que se constitui como uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção, vínculo, escuta e garantia da acessibilidade com responsabilização e resolutividade dos serviços (BRASIL, 2013).

É imprescindível observar como o usuário entra no serviço de saúde, o fluxo percorrido e que sejam identificados meios que garantam às pessoas com deficiência visual as mesmas condições de acesso aos serviços de saúde, que gozam a população em geral (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008, considera a necessidade de garantir às pessoas com deficiência visual, atenção integral nos vários níveis de complexidade do SUS, por intermédio de ações descentralizadas de prevenção e promoção da saúde ocular e intervenções especializadas de natureza interdisciplinar (BRASIL, 2008).

A Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (LBI), Lei nº 13.146, de 2015, e o Estatuto da Pessoa com Deficiência se tornaram os principais marcos legislativos que asseguram a proteção dos direitos das pessoas com deficiência no país. A LBI lei define deficiência visual como: cegueira (acuidade visual é igual ou menor que 0,05); baixa visão (acuidade visual entre 0,3 e 0,05); e as ocorrências nas quais a soma do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° (BRASIL, 2015).

Segundo pesquisa realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), das mais de 6,5 milhões de pessoas com deficiência visual, 528.624 são completamente cegos e 6.056.654 possuem baixa acuidade visual. Em relação a faixa etária, a população de 0 a 14 anos de idade e do sexo feminino apresentou um

maior percentual de deficiência (5,9%), quando comparada com a população masculina (4,8%). No grupo de 15 a 64 anos de idade, o percentual feminino (23,1%) foi maior que o percentual da população masculina (17,1%) (IBGE, 2010).

Considerando os quantitativos apresentados acima, alerta-se para a necessidade de acessibilidade aos serviços de saúde. Desse modo, estudos que buscam descrever essa realidade, contribuem para uma melhor estruturação e organização dos serviços prestados para este público.

Como qualquer cidadão, as pessoas com deficiência têm o direito à atenção integral à saúde e devem procurar os serviços de saúde do SUS, desde os serviços básicos de saúde ou atenção específica, visando a promoção, a proteção e/ou a recuperação da saúde (MACHADO et al., 2018).

Portanto, essa pesquisa se propõe a fazer uma análise das produções científicas que abordam as formas de acesso das pessoas com deficiência visual aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, garantindo segurança e independência.

Esta pesquisa é relevante, por evidenciar as formas de acesso das pessoas com deficiência visual aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, sensibilizando quanto às formas de acolhimento e novas práticas humanizadas pelos profissionais atuantes nos referidos cenários.

Considerando o exposto, a pergunta de partida, de cunho investigativo, deste estudo foi: como acontece a acessibilidade da pessoa com deficiência visual aos serviços de saúde pública no Brasil? Logo, o objetivo deste estudo foi descrever a acessibilidade da pessoa com deficiência visual aos serviços de saúde pública no Brasil.

ACESSIBILIDADE, ACOLHIMENTO, DEFICIÊNCIA VISUAL, DIREITOS E HUMANIZAÇÃO

A LBI define a pessoa com deficiência como aquela que tem comprometimento de longo prazo da condição física, mental, intelectual ou sensorial, podendo dificultar sua interação integral e eficaz junto à sociedade (BRASIL, 2015).

O Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, define pessoas com deficiência visual, da seguinte forma:

Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (BRASIL, 2004, p. 5).

Frisa-se que conhecer e respeitar os direitos das pessoas com deficiência é essencial para a garantia do princípio da equidade do SUS (SANTOS; GARCIA; BARBA, 2017), sendo o fomento da acessibilidade, uma aproximação dos direitos deste público.

De acordo com a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, a acessibilidade é entendida como:

Possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2015, p. 2).

Os avanços teóricos no que tange à temática são perceptíveis, contudo, a sua implementação ainda é um objetivo a ser alcançado. Vale a pena ressaltar que a correta implementação da legislação vigente pode prevenir acidentes indesejáveis e evitáveis. Faz-se necessário que a fiscalização seja constante e rígida para que todas as pessoas com deficiências usufruam dos serviços sem riscos (MOURA et al., 2015), entretanto, existem inúmeras barreiras que impactam diretamente na acessibilidade.

As barreiras são entendidas como qualquer obstáculo, relacionadas aos meios físicos ou atitudinais, que impossibilitem as pessoas com deficiência de exercer sua participação social, seu acesso, sua liberdade física e de expressão, sua comunicação de forma geral, e a sua circulação com segurança. De acordo com a Lei 13.146, a classificação dessas são as seguintes: barreiras urbanísticas; barreiras arquitetônicas; barreiras nos transportes; barreiras nas comunicações e na informação; barreiras atitudinais; e barreiras tecnológicas (BRASIL, 2015).

É essencial a promoção de ações que visem adaptações na estruturação física dos serviços de saúde e na capacitação dos profissionais destes cenários, para que as barreiras físicas e atitudinais sejam minimizadas de qualquer atendimento ofertado às pessoas com deficiência visual (PEREIRA; LELIS, 2016).

Para que a atenção à saúde para as pessoas com deficiência torne-se cada vez mais qualificada, se faz necessário que a estrutura física seja adaptada para assegurar o acesso integral deste público, além disso, precisa-se assegurar que aconteça a comunicação adequada entre as pessoas com deficiência e os profissionais de saúde, para que estes possam acolher de forma eficaz as demandas daqueles (BRASIL, 2009).

A PNH aponta que o acolhimento é a identificação da necessidade de saúde de uma pessoa e a relação da equipe de saúde com os usuários dos serviços, primando por valores como confiança e compromisso (BRASIL, 2013). Outro ponto importante é a

necessidade da escuta qualificada na prática assistencial, para que o paciente possa ter seu quadro clínico avaliado integralmente (BRASIL, 2010).

MÉTODO

Realizou-se uma revisão de literatura, de natureza qualitativa. A revisão de literatura tem a finalidade de descrever um assunto pesquisado anteriormente e possibilitar uma discussão ampliada sobre o tema (SOUSA et al., 2018). Esta revisão foi realizada no mês de fevereiro de 2021, incluindo estudos que apresentassem a descrição da acessibilidade da pessoa com deficiência visual ao serviço de saúde pública no Brasil.

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), complementada com uma busca reversa nas listas de referências dos artigos selecionados e no sítio eletrônico Google Scholar. Não foi determinada limitação de data ou área de conhecimento. Para o levantamento das publicações, utilizou-se a estratégia de busca: ("Vision Disorders" OR "Visual Impairments" OR Blind) AND ("Health Services Accessibility" OR "Accessibility to health services" OR "Access to Health Services").

Foram incluídos no estudo artigos originais, de revisão de literatura, artigos de opinião e documentos técnicos nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram excluídas as publicações que não retratavam a realidade brasileira, as que retratavam somente deficiência física, as que não respondiam ao objetivo do estudo e as duplicadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi encontrado um total de 360 artigos nas bases de dados e, destes, 80 foram selecionados a partir da triagem por título. Excluíram-se aqueles que se distanciaram do objetivo do estudo: percepção dos profissionais de saúde; manejo de doença oculares; utilização da telemedicina; acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde; qualidade da visão; manejo clínico em situações específicas e opções terapêuticas. Nove artigos pré-selecionados com base na leitura do resumo. Por fim, quatro publicações foram elegíveis com base na leitura dos artigos na íntegra.

No entanto, tendo em vista a escassez de produções sobre a temática, foi acrescida uma publicação identificada na lista de referências dos quatro artigos elegidos e uma na literatura cinzenta. De modo final, o presente estudo conta com seis

publicações na sua amostra final e essas constam na lista de referências desta pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização dos estudos quanto ao autor, ano, local do estudo, tipo do estudo e resultados encontrados. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Autor/Ano	Local do Estudo	Resultados
CASTRO <i>et al.</i> , (2011)	São Paulo	Dificuldade em se deslocar para o serviço de saúde e a necessidade de acompanhantes; Problemas com o estacionamento nos arredores da unidade de saúde; A ausência de profissionais médicos no serviço de saúde.
ROCHA; SAINTRAIN; VIEIRA-MEYER (2015)	Fortaleza	45% (n = 92) dos usuários com deficiência não sabem como são organizados os serviços odontológicos na unidade de saúde; A média de tempo de atuação na unidade de saúde foi de 7,9 anos. Um total de 74 (83,1%) dentistas não possuía treinamento especial para trabalhar com pacientes portadores de deficiência; Barreiras à comunicação e ao acesso aos serviços de saúde causados por problemas geográficos e arquitetônicos da área local e das unidades de saúde.

MARTINS <i>et al.</i> , (2016)	João Pessoa	Somente 2,2% das unidades de saúde possuem acabamento diferenciado no início e no término da rampa para orientar as PcD visual; Nenhum dos corrimãos dispõe de sinalização através de anel com textura contrastante, com a superfície do corrimão instalado 1 m antes das extremidades e sinalizado em braille, nem tem extremidades com acabamento recurvado; Apesar de as unidades de saúde possuírem estrutura térrea, em 28,9%, o acesso é feito por escadaria sem corrimão, e apenas 6,7% com corrimão.
MEDEIROS <i>et al.</i> , (2017)	João Pessoa	A distância considerável entre o domicílio dessas pessoas e os serviços de saúde, se configura como uma dificuldade em seu deslocamento; São inúmeras as necessidades de melhorias da estrutura física das ruas e calçadas, além da adequação da entrada desses serviços com itens que facilite o pleno uso por essas pessoas, como a colocação de pisos táteis e corrimão. Desestruturação no atendimento as pessoas com deficiência visual, e isso se inicia desde a porta de entrada da instituição, se traduzindo em barreiras atitudinais, que contribuem para um maior isolamento ou afastamento do convívio social; Alguns profissionais ainda expressam poucas habilidades, gerando dificuldades em estabelecer uma comunicação com esses pacientes.

ALMEIDA <i>et al.</i> , (2017)	São Paulo	A baixa renda, aliada à baixa inserção no mercado de trabalho e à pouca qualificação profissional da pessoa com deficiência, pode sugerir vulnerabilidade social dos entrevistados e prejudica a acessibilidade aos serviços de saúde. Usuários com deficiência consideraram que os serviços não reconhecem grande parte de suas demandas específicas, especialmente aquelas não manifestas em sua aparência física como problemas para ouvir, enxergar, falar, problemas psiquiátricos, para uso dos membros superiores em atividades do dia a dia ou ainda quanto à necessidade de orientação a cuidadores.
CONDESSA <i>et al.</i> , (2020)	Todo território brasileiro	Recursos auditivos e materiais disponíveis em braille foram encontrados em menos de 1% dos serviços de saúde; Maioria dos estabelecimentos de saúde não possuíam lista com os serviços para PcD e nem profissional para realizar o acolhimento;

A exclusão das pessoas com deficiência deveria ser minimizada quando se pontua o quantitativo dessa população na sociedade brasileira, promovendo, inclusive, o acesso ampliado aos serviços públicos. No entanto, existem muitas limitações relacionadas ao acesso e acolhimento. Aproximadamente 10% da população em países subdesenvolvidos necessitam de cuidados diferenciados, que consequentemente devem ser seguros e eficazes (VARGAS *et al.*, 2016).

De acordo com pesquisa realizada com usuários com deficiência visual, que frequentavam à Rede de Atenção à Saúde (RAS), 25% afirmaram utilizar apenas a rede particular, 54% apenas a pública e 21% relataram utilizar ambas. Compreende-se que a maior parte dos sujeitos participantes usa o SUS como rede prioritária de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Alguns profissionais de saúde demonstram receio em atender as pessoas com deficiência visual, tal sentimento pode estar associado à falta de qualificação e falta de sensibilidade, especificamente para esta demanda. É relevante considerar outros problemas presentes na rotina diária desses indivíduos, como a dificuldade de expressão, problemas em acessar os transportes e principalmente a falta de informações sobre seus direitos. No entanto a falta de acessibilidade tem se mostrado como obstáculo para a concretização do princípio da universalidade perante os pacientes com deficiência (VARGAS et al., 2016).

Outro artigo analisado traz relatos de profissionais que não se sentem preparados diante de pacientes com deficiência visual, os mesmos se sentem inseguros e apresentam dificuldades de dialogar com este público. Uma possibilidade para solucionar esta barreira seria a comunicação verbal eficaz por parte da equipe profissional diante da pessoa com deficiência visual (MARTINS et al., 2016).

Um estudo observacional transversal, apontou como atributos negativos, o acolhimento e a humanização, em consequência da UBS não funcionar no fim de semana ou após as 20:00hs e não disponibilizar contato telefônico nesse período. Pacientes com deficiência responderam que os serviços não reconhecem suas especificidades e ressaltaram também a falta de orientação aos seus cuidadores (ALMEIDA et al., 2017).

O rodízio de profissionais nos serviços de saúde é tido como um fator negativo devido romper a relação de confiança estabelecida, entre estes e os usuários. Desse modo, a qualidade assistencial passa a ser percebida como fragilizada e pouco resolutive. Assim, através das vivências nos serviços, é possível que os profissionais desenvolvam uma prática mais equitativa, humanizada e resolutive (FONTELE; SOUSA; RASCHE; 2016).

Em uma pesquisa de campo realizada no município de Chapecó em Santa Catarina, os resultados evidenciados comprovaram a existência de inúmeras irregularidades na arquitetura dos serviços de saúde, o que acaba dificultando o acesso da pessoa com deficiência a estes espaços. Sinalização de pisos táteis de alerta e direcional, barreiras físicas e de comunicação, sinalização tátil na calçada, rampas com corrimão, escadas com luminárias e degraus revestidos com antiderrapantes que atuam com guias de segurança, foram aspectos negligenciados em todas os Centros de Saúde da Família avaliados (SILVA; REICHERT; BADALOTTI, 2018).

As barreiras arquitetônicas são um fator preocupante para a inclusão das pessoas com deficiência visual na sociedade. É relevante colocar em destaque as dificuldades enfrentadas por este público no fator acessibilidade, causando-lhes

dependência para desenvolver atividades e prejudicando a sua autoestima e interação social, sendo necessário que os familiares destinem tempo para ajudá-los na sua locomoção à UBS, o que acarreta mudança na rotina e outros problemas sociais e econômicos tais como o desemprego e consequentemente dificuldades financeiras (MARTINS et al., 2016).

É necessário discutir a temática acessibilidade, pois alguns profissionais relatam que “apesar de não ter sinalização adequada” nas UBS os pacientes já distinguem o espaço e na maioria das vezes são direcionados. Em contrapartida existem pontos de fragilidade como ausência de ações de educação permanente que trabalhem a assistência à pessoa com deficiência visual, pois como visto nos relatos dos profissionais, estes se sentem inseguros (FERNANDES; SILVA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que um ponto a ser avaliado e de grande relevância para potencializar o atendimento do usuário nos serviços de saúde, seria a conscientização e qualificação de todos os profissionais em relação às demandas de cuidado e atenção das pessoas com deficiência, sobretudo, visual, estreitando dessa forma, a barreira atitudinal. Através da literatura foi possível identificar que ainda existe insegurança por parte de alguns profissionais em acolher o usuário com deficiência.

O diálogo entre profissionais, usuários e acompanhantes ainda se encontra insuficiente e precisa ser estimulado. Ressalta-se que, para que se possa facilitar o acesso das pessoas com deficiência visual na rede de saúde, necessita-se de uma avaliação minuciosa das estruturas físicas dessas unidades, muitas vezes negligenciadas, no que tange à acessibilidade.

REFERÊNCIAS

Brasil. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Brasília, 2008e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

_____. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde. 2. ed. 5. reimp. - Brasília-DF, 2010.

_____. Decreto-lei nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União. Brasília-DF, p. 5, 2004.

_____. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União. Brasília-DF, p. 44, 45 e 46, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/BjyKrP>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro 1990.** Ministério da saúde. Presidência da Política Nacional de Humanização, PNH. 1º edição, 1º reimpressão. Brasília - DF.2013.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde - SUS.** 1ª edição, Brasília-DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

ALMEIDA, M. H. M. et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CODAS**, v. 29, n. 5, e20160225, 2017.

BRASIL. **Constituição de 1988.** Diário oficial da união. Brasília - DF, 1988. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde para pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 99-105, 2010.

CONDESSA, A. M. et al. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200074, 2020.

DE SOUSA, L. M. et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 1, n. 1, p. 45-54, 2018.

FERNANDES, M. D.; SILVA, S. P. Acessibilidade e atendimento para as pessoas com deficiência-PCD: Uma contribuição do profissional de Secretariado Executivo. **Proficientia**, n. 12, p. 21-41, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA; ESTATÍSTICA. COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO; INDICADORES SOCIAIS. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. ibge, 2010.

MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

MARTINS, K. P. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3153-3160, 2016.

MEDEIROS, T. M.; COSTA, K. N. F. M. COSTA, T. F.; MARTINS, K. P.; DANTAS, T. R. A. Acessibilidade de pessoas com deficiência. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 25: p. e11424, 2017.

MOURA, G. N. et al. Atividade de vida de pessoas com deficiência segundo modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, p. e1517-3852, 2015.

PEREIRA, R. V.; LELIS, H. R. Igualdade e dignidade humana das pessoas portadoras de deficiência: reflexos da nova lei de inclusão - Lei 13.146/15 - No âmbito da saúde. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v.3, n.1, p. 2526-0111, 2016.

República Casa Civil. Brasília- DF,1990.

SANTOS, D. B.; GARCIA, M. G.; BARBA, P. C. S. D. Qualidade de vida das pessoas com deficiência: revisão sistemática no âmbito de trabalhos brasileiros publicados em bases de dados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v.9, n.1, p. 2175-0858, 2017.

SILVA, A. C. O.; REICHERT, B.; BADALOTTI, C. M. Acessibilidade nos centros de saúde da família no município de Chapecó-SC: análise das barreiras arquitetônicas. **Revista Infinity**, v. 3, n. 1, p. 62-89, 2018.

VARGAS, S. C. et al. Assistência à saúde da pessoa com deficiência nos serviços públicos de saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, p. 224-234, 2016.

CAPÍTULO 7

ANÁLISE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMEIROS EM PRONTUÁRIOS DE CENTRO DE PARTO NORMAL

Ingrid Stuart de Oliveira Pontes Lima
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues
Roberta Nunes
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

RESUMO

As anotações de enfermagem em prontuários são construídas como um meio de observação e análise sobre o cuidado que está sendo oferecido ao binômio mãe-feto no momento do pré-parto, Parto e Pós-parto no Centro de Parto Normal (CPN), além de ser um importante meio de avaliar a qualidade desse cuidado. Nesse meio o enfermeiro é essencial pois traz em sua formação um olhar holístico imbuído de humanização. Objetivou-se analisar as anotações de enfermeiros em prontuários de CPN. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório descritivo documental que foi realizada no CPN do município de Maracanaú-Ceará com a análise de 120 prontuários do ano de 2017. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento construído a partir de parâmetros delimitados para funcionamento de CPN pelo Ministério da Saúde. Teve como ferramenta organizadora para construção da discussão, a análise a partir da literatura pertinente ao assunto. Os preceitos éticos foram respeitados, regidos pela Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A partir da análise dos prontuários foi possível dividi-los em três categorias, a fim de uma maior compreensão dos tópicos. São elas: Dados gerais encontrados nos prontuários; Dados gerais sobre a internação hospitalar; Informações sobre boas práticas no nascimento; Informações sobre intervenções profissionais e Dados da alta hospitalar. Percebeu-se que as anotações de enfermagem precisam ser mais bem documentadas nos prontuários do CPN, com o intuito de melhorar a gestão clínica e do serviço.

Palavras-chave: Registros de enfermagem. Enfermagem obstétrica. Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser considerada pelas gestantes e equipe de saúde como uma experiência de vida saudável devendo ser reconhecida como parte natural de um ciclo da vida da mulher. A gravidez também deve ser abordada de maneira humana tendo em vista a fragilidade da mulher durante todo o processo de trabalho de parto.

A história da assistência ao parto vem sofrendo várias modificações ao passar dos anos. Antes, o parto ocorria dentro de casa cercado de uma atmosfera de rituais e tradições onde a mulher e o recém-nascido eram os principais focos do processo e a parteira era incluída nesse contexto por ser a pessoa que supria as necessidades relacionadas ao parto na comunidade. Porém, convém ressaltar, que o índice de mortalidade materna e infantil era muito alto. Pouco a pouco o modo de parir foi tomando rumos diferentes e o processo de hospitalização e medicalização das mulheres foi tomando a frente de um cenário que antes era partilhado apenas por mulheres e dentro de casa (SOUSA et al, 2016).

A institucionalização do nascimento seguiu em um modelo hospitalocêntrico rigoroso onde o parto começou a ser visto como patologia privilegiando a técnica medicalizada. Rotinas rígidas afastaram as mulheres de suas famílias, impedindo-as, assim como seus familiares de participar ativamente deste momento tão esperado.

Preocupados com tal situação, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não-governamentais, têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), até então composta de 191 estados membros, estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), tendo sido difundido no Brasil como “8 Jeitos de Mudar o Mundo”. Como quarta e quinta metas encontram-se “reduzir a mortalidade infantil” e “melhorar a saúde das gestantes”, respectivamente. Essa iniciativa internacional, dentre outros motivos, partiu das altas taxas de mortalidade materna e infantil registradas no século XX por ineficiência das políticas aplicadas, bem como por más condutas por parte dos profissionais de saúde. Esse acontecimento impulsionou a busca pela melhora na assistência ao pré-natal, parto e pós-parto uma vez que não visou somente à saúde da gestante ou do feto, mas de ambos, proporcionando o desenvolvimento de políticas e programas de saúde. (CASSIANO et al, 2014; ONU, 2000).

Possati et al traz a atenção humanizada ao parto como “a necessidade de um novo olhar, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, ouvir, orientar e criar vínculos são aspectos fundamentais no cuidado às mulheres (POSSATI et al., 2017, p.2).”

Levando em consideração que a humanização do parto está inserida nas premissas da Política Nacional de Humanização (PNH), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao qual tem como principal objetivo o atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de saúde (SUS), a PNH tem o intuito de

reduzir as taxas de cesáreas e de morte materna, assegurar maior participação da parturiente sobre sua saúde possibilitando um maior bem-estar da mulher e do bebê (CAMPOS, 2016).

Foi lançada também pelo Ministério da Saúde, em 2010, a Rede Cegonha que visa assegurar e facilitar a assistência embasada na humanização assegurando, assim, garantias para gestante e recém-nascido que trouxe avanços já que até algum tempo atrás a gestação era tratada como uma anormalidade que deveria ser tratada dentro da sala de cirurgia (MARTINELLI et al, 2014; BRASIL, 2010).

Na situação descrita acima, algumas políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (MS) foram cruciais para orientar e reger o cenário de atenção ao parto e nascimento. Dessa forma, a criação do Centro de Parto Normal (CPN) e a inclusão do parto realizado pelo enfermeiro obstétrico se fizeram como marco na inserção do enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal e no estímulo ao parto fisiológico.

A enfermagem, ao longo do tempo, conseguiu se destacar no contexto do parto natural e humanizado, tendo visto que o profissional enfermeiro vem, a cada dia, utilizando mais o saber científico com práticas baseadas em evidências. A classe também tem conseguido ocupar lugares que antes eram restritos ao profissional médico, no que diz respeito ao pré-natal e a assistência prestada à parturiente.

Assim, o enfermeiro tem papel fundamental não apenas no contexto do parto e nascimento, mas em todos os níveis de atenção, pois tem em sua formação o papel de gerenciamento e preparo da equipe de enfermagem, trazendo inovações e proporcionando uma atenção planejada ao cliente com a manutenção da qualidade do cuidado mesmo em meio a situações adversas. (RIBEIRO et al, 2016).

O registro correto e completo da assistência é um meio de para que se tenha uma progressão no cuidado prestado já que as anotações do serviço emergem como forma de comunicação escrita e torna-se essencial para que se tenha um cuidado progressivo do paciente até a sua alta. A comunicação escrita realizada através de prontuário é primordial para que o serviço em saúde seja prestado com eficiência e segurança. Em estudo sobre fatores que interferem na comunicação dos enfermeiros durante a passagem de plantão, bem como as consequências da falta de comunicação em hospitais públicos e privados, foram identificados problemas, tais como: falta de clareza nas anotações, simplificação de informações, as quais geram problemas tanto de ordem administrativa como assistencial, bem como ineficiência da continuidade do cuidado prestado (GUEDES et al., 2017).

Destaque-se, ainda, que a inserção no Grupo de Pesquisa Redes de Atenção na Perspectiva da Saúde Coletiva e Enfermagem (RAPSCE), cadastrado no diretório de

grupos de pesquisa (DGP) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) permitiu a inserção no projeto “Gestão e Cuidado no Centro de Parto Normal: desafios como políticas públicas”, financiado pelo CNPq, aproximou cada vez mais a autora da temática.

Vale ressaltar que o assunto se trata de um interesse pessoal da autora desde sua imersão no curso de bacharel em enfermagem, o que configura seu empenho no desenvolvimento do presente estudo.

A realização dessa pesquisa é relevante por consolidar as boas práticas existentes realizadas pelo profissional enfermeiro dentro do trabalho de parto e parto, assim como observar se práticas que diante literatura científica não são benéficas o suficiente para que sejam realizadas na assistência à parturiente ainda vêm sendo executadas.

Sendo assim, o objetivo do estudo visa analisar as anotações de enfermeiros em prontuários de Centro de Parto Normal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Com a utilização do método misto, foi um estudo do tipo exploratório descritivo documental, pois atentou para a compreensão abrangente e profunda dos dados que foram obtidos (POLIT, BECK, 2011).

Desta forma, a partir do estudo aprofundado dos prontuários do campo descrito, foi possível observar como se dá a gestão do enfermeiro e quais os meios que o mesmo usou como apoio para esse fim, sendo possível, assim, solucionar as dúvidas ao qual a pesquisa se propôs.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada no CPN de Maracanaú, habilitado pelo Ministério da Saúde no Ceará (BRASIL, 2013).

Período da pesquisa

A pesquisa ocorreu de agosto de 2017 a novembro de 2018, com a coleta dos dados de abril a junho de 2018. A coleta de dados ocorreu nos meses de maio a julho

de 2018 e foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) que está localizado dentro do Hospital de Maracanaú.

Métodos e procedimentos

Após a aprovação do comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e após aprovação, foi realizado contato com a Direção administrativa do hospital de Maracanaú.

A coleta foi realizada em registros de mulheres provenientes do CPN que conceberam seus filhos por meio de parto normal nos meses de janeiro a dezembro de 2017. Foi analisado um quantitativo de 120 prontuários, sendo dez de cada mês de 2017, escolhidos de forma aleatória.

Aspectos éticos

Foram respeitados os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Os principais benefícios da pesquisa estão relacionados às possibilidades de análise documental referente à prestação de cuidados realizados pelo enfermeiro no CPN e a partir disso às modificações para otimização das práticas neste importante ponto de atenção da rede de saúde materno-infantil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Para entender melhor o perfil das mulheres que participaram do estudo, julgou-se necessário sua caracterização. A idade variou entre 14 e 43 anos. Das 120 mulheres estudadas, 23 eram menores de 18 anos e 17 maiores de 35 anos. Das 120 mulheres, 73 eram multíparas, configurando-se como a maioria. A partir da análise dos prontuários foi possível dividi-los em três categorias, a fim de uma maior compreensão dos tópicos. São elas: Dados gerais encontrados nos prontuários; Dados gerais sobre a internação hospitalar; Informações sobre boas práticas no nascimento; Informações sobre intervenções profissionais e Dados da alta hospitalar.

Procedência das parturientes

O CPN de Maracanaú iniciou sua atividade há apenas seis anos, e foi o primeiro no Ceará a fazer parte do projeto Rede Cegonha, cujo objetivo é reforçar o atendimento a gestantes e recém-nascidos. “A assistência prestada no CPN é apoiada em um modelo humanista onde são resgatas as características fisiológicas e naturais do nascimento e oferece o direito à privacidade e à dignidade à mulher ao dar à luz” (SCHEIDT, 2011, p.7).

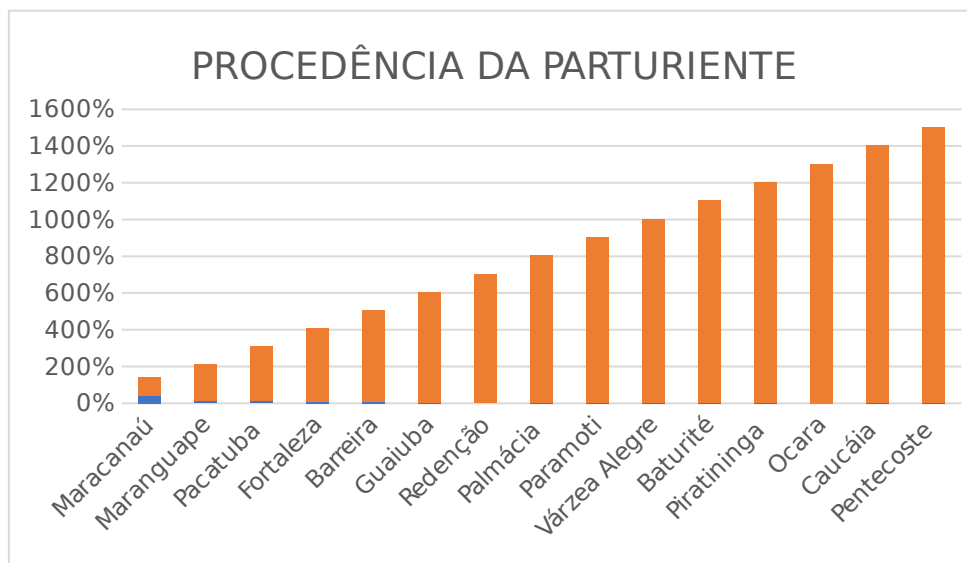
Nesse contexto aparece a figura do enfermeiro obstetra que tem incumbido em sua formação o cuidado não medicamentoso e que juntamente com as premissas dos CPN’s resgatam o parto mais humanista que foi sendo perdido durante os anos.

[...] os Centros de Parto Normal oferecem atendimento digno à mãe, à criança e à toda a família, reduzindo as práticas medicamentosas, as intervenções desnecessárias no parto e, também as complicações, além de trazer conforto, segurança e bem-estar à gestante e ao recém-nascido mediante ao atendimento humanizado e de qualidade realizado pelos profissionais, principalmente os enfermeiros (NICARETTA; CORTÊZ, 2015, p. 352).

O CPN também faz parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que tem como objetivo mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce (UNICEF, 2017). Um estudo realizado em Teresina-PI com 18 puérperas demonstrou a falta de conhecimento de puérperas sobre o CPN, e destacou a importância do pré-natal nesse contexto pois a mulher deve ser incentivada a conhecer a maternidade ao qual ela irá dar à luz bem como tirar todas as dúvidas relacionadas ao parto e puerpério. Salientou-se também que a ansiedade da gestante, relacionado ao parto, depende muito de como as informações sobre o assunto foram repassadas (RIBEIRO et al, 2015).

Apesar de ser referência no atendimento a gestantes e recém-nascidos, foi demonstrado que 40% das gestantes que optaram por seus partos no CPN, são de Maracanaú, seguido de Maranguape e Pacatuba, ambos com 14% da população estudada (Gráfico 1). O fato demonstra que a busca pelo centro, assim como pelo parto natural, deve ser mais divulgada e incentivada dentro da microrregião de Maracanaú.

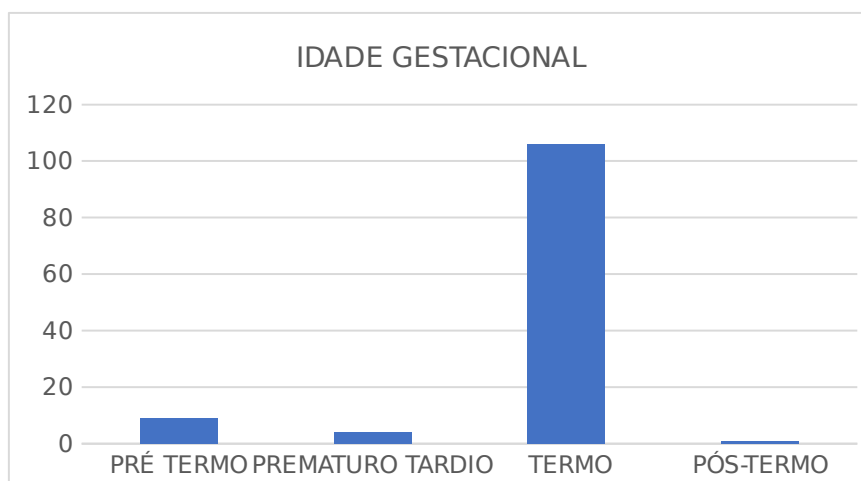
Gráfico 1. Procedência da parturiente, Maracanaú, Ceará, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico 2 demonstra a idade gestacional no qual as mulheres foram admitidas no CPN e nele pôde-se obter uma porcentagem predominante de 88% daquelas que estavam com 37 semanas a 40 semanas e 6 dias, parindo assim, seus filhos a termo, o que é relevante visto que, à partir das 37 semanas o feto apresenta maturidade pulmonar suficiente para garantir sua sobrevivência.

Gráfico 2. Idade gestacional, Maracanaú, Ceará, Brasil, 2018.



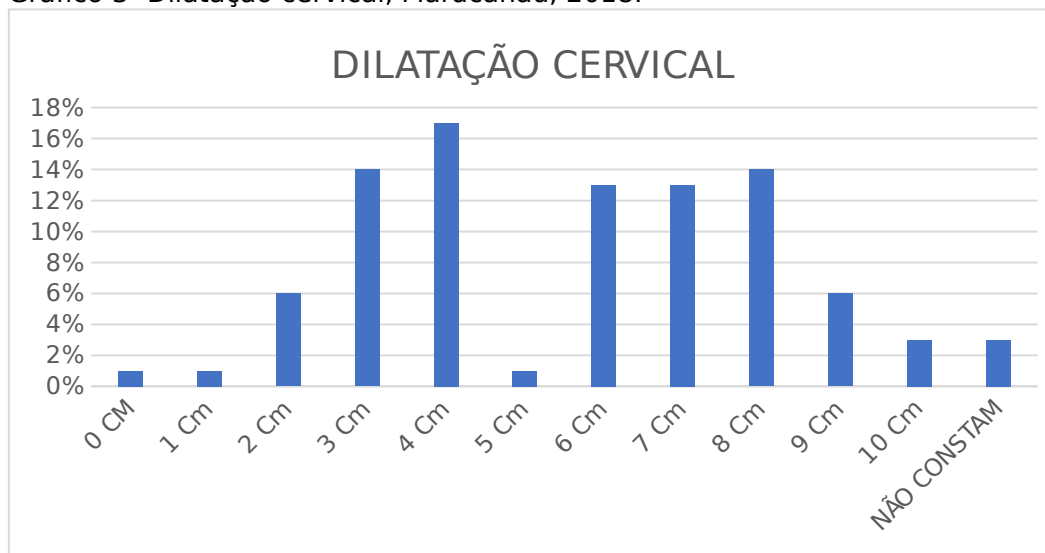
Fonte: Dados da pesquisa.

Em uma pesquisa realizada no Brasil entre 2011 e 2012 com 24.061 nascidos vivos, as principais causas de morte neonatal foram a prematuridade (1/3 dos casos), a malformação congênita (22,8%), as infecções (18,5%), os fatores maternos (10,4%) e a

asfixia/hipóxia (7%). Dentre os nascimentos computados neste estudo, 56,7% das crianças nasceram de cesariana (LANSKY et al., 2014).

Considerando a dilatação cervical (Gráfico 3), 14% das gestantes foram admitidas com 3 centímetros de dilatação e 17% com 4 cm de dilatação.

Gráfico 3- Dilatação cervical, Maracanaú, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa.

Leva-se em consideração que na primeira fase do trabalho de parto a gestante deve estar em um local que remete conforto, o que costumeiramente é sua residência. É preconizado pela OMS que a gestante seja admitida a partir dos com 4 cm de dilatação cervical pois é a partir deste momento que a gestante entra na fase ativa do trabalho de parto. Então faz-se relevante frisar que admitir a gestante em trabalho de parto ativo, diminui a ansiedade relacionada ao trabalho de parto por estar em um setor hospitalar. Pode-se observar também que 23% das mulheres foram admitidas no período expulsivo do trabalho de parto o que é relevante para os profissionais de saúde da atenção primária perceberem a importância do cuidado e o repasse de informações no pré-natal tal como o momento correto de ir ao CPN.

Dados gerais sobre internação hospitalar

Observou-se que apenas 42 das mulheres advindas de outras cidades, tinham sido referenciadas, as outras 78 chegaram ao CPN por demanda espontânea.

A AIH é um documento que identifica e o paciente e os serviços ao qual o mesmo utilizou dentro do setor hospitalar, ele fornece informações para o gerenciamento do

Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e é gerado todas as vezes que há uma internação em um serviço público ou privado que seja conveniado ao SUS.

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) juntamente com o SUS, por meio da Portaria GM/MS n. 896/1990, com o objetivo de criar um sistema único de informações assistenciais e epidemiológicas para subsidiar os gestores no planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria. As portarias são atualizadas periodicamente, o que mantém as normatizações e versões para operação do sistema. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo sua utilização obrigatória para todos os gestores e prestadores de serviços (PARISE, 2017, p.64).

Dos 120 prontuários estudados, sete possuíam a AIH incompleta, fato que pode comprometer, por exemplo, uma auditoria hospitalar, onde dados da internação são de suma importância para viabilizar o faturamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS.

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi criado pela Lei n. 8.080/90, instituído pelo artigo 6º da Lei n. 8.689/93 e regulamentado pelo Decreto n. 1.651/95, visando atender ao Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo. Constitui-se num sistema atípico, singular, diferenciado, complementar aos sistemas de controle interno e externo e principalmente legítimo, tendo, por objetivo, nas três instâncias de governo (Federal, Estadual e Municipal), auditar os serviços de saúde prestados ao SUS. Possui a missão de realizar auditoria no SUS, contribuindo para a qualificação da gestão, visando à melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de saúde. (PARISE, 2017, p.67).

Informações sobre boas práticas no nascimento

Em 1996, a OMS publicou um guia sobre cuidado no parto normal estabelecendo recomendações baseadas nas evidências científicas. Esse guia direcionava a práticas que o profissional deveria lançar mão, independentemente do país e do nível de cuidado. As recomendações contidas neste guia foram classificadas em quatro categorias: a categoria A contemplava as práticas comprovadamente úteis e que deveriam ser estimuladas; a categoria B referia-se às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; a categoria C tratava de 9 práticas com evidências insuficientes para suportar uma recomendação clara e que deveriam ser utilizadas com precaução; e, por último, a categoria D, que contemplava as práticas utilizadas inadequadamente com frequência (WHO, 1996).

Dentro da categoria A havia recomendações sobre o trabalho de parto e parto, como o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher; a oferta de líquidos

por via oral no trabalho de parto e de métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor; a ausculta fetal intermitente; a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto; o estímulo a posições não supinas; o uso de partograma e o contato pele a pele entre mãe e filho; e o apoio ao início da amamentação na primeira hora de vida do bebê (WHO, 1996).

Mediante o exposto e analisando os dados contidos na tabela 1 pode-se observar que em 49 prontuários o partograma não estava preenchido ou estava incompleto o que leva a acreditar que processo de trabalho parto e parto não estavam sendo observados de maneira eficaz visto que o partograma é uma ferramenta que monitora a evolução do trabalho de parto analisando o trabalho de parto visto de uma esfera holística e indicando tomadas de ações decisivas para sobrevivência de mãe e feto. Diversos estudos têm mostrado a importância do partograma tanto para o diagnóstico das alterações da evolução do trabalho de parto, como para a efetivação de intervenções em tempo hábil, garantindo o bem-estar materno-fetal (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Tabela 1. Informações sobre boas práticas no nascimento, Maracanaú, Ceará, Brasil, 2018.

VARIÁVEL	SIM	NÃO
Presença de partograma preenchido	71	49
Presença de acompanhante	102	18
Oferta de líquidos durante tp	47	73
Oferta de alimentação durante tp	0	120
Oferta de apoio para deambulação	36	84
MNFAD's*	28	92

Fonte: Dados da pesquisa.

A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. É também obrigatório que essa lei seja afixada em todos as maternidades do Brasil justamente para que a gestante conheça os seus direitos. No estudo pode-se perceber que 102 mulheres tiveram seu direito de acompanhante garantido e que apenas 18 não tiveram

acompanhante no trabalho de parto. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, publicada em 2016, destaca que o apoio contínuo por acompanhante de escolha da mulher não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital, a partir da adoção das melhores práticas disponíveis.

No que diz respeito a oferta de líquidos e alimentação durante o trabalho de parto notou-se que apenas 47 mulheres receberam algum tipo de líquido e que nenhuma recebeu alimentação (Tabela 2), independente de quanto tempo essa gestante permaneceu no hospital. Fato que não condiz com o que é preconizado pela OMS que diz que restrição de comida e líquido durante o trabalho de parto são condutas frequentemente utilizadas de forma inadequadas. Segundo a OMS, a adoção de dietas brandas, para repor as fontes de energia requeridas no trabalho de parto, previne a desidratação e a cetose, garantindo o bem-estar da mulher. Sendo assim a oferta de líquidos e alimentos leves por via oral além de não interferirem no trabalho de parto ajudam a mulher a ter forças para aguentar o processo de parturição.

A oferta de deambulação e os MNFAD's foram dois fatores que apareceram em baixa com apenas 36 e 28 gestantes, respectivamente, sendo encorajadas a essas práticas (Tabela 2). Isso se contradiz com a OMS e o MS que incentiva práticas como a deambulação, a massagem de conforto, o uso da bola suíça, técnicas de respiração, banho de imersão, banho de aspersão, musicoterapia como métodos que mesmo não sendo farmacológicos trazem um certo alívio na hora do trabalho de parto.

Esses métodos que, não necessariamente, precisam ser aplicados por um profissional e muito menos precisam de aparelhagens sofisticadas se mostram eficazes no alívio da dor e da ansiedade vividos intensamente pela mulher, podendo assim, serem aplicadas até mesmo pelo acompanhante da escolha da mulher.

Uma revisão sistemática que teve como objetivo avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto demonstrou a importância da escolha de cada método:

Tendo em vista as características multidimensionais e individuais da dor, todas as variáveis envolvidas na experiência do nascimento devem ser levadas em conta na escolha do método a ser utilizado durante o trabalho de parto, já que o uso de medidas não farmacológicas exige da mulher um maior senso de controle sobre seu corpo e suas emoções, fatores que nem sempre estão presentes. (Gayeski e Brüggemann, 2010, p.781).

Dados sobre alta hospitalar

Quando se trata da alta hospitalar foi observado que apenas três dos 120 prontuários constavam que o RN não tinha recebido alta junto à puérpera. Isso se dá ao fato de o RN ter tido alguma complicação pós-parto e para que o vínculo seja mantido é lançado mão de algumas políticas públicas que visam estimular o vínculo entre o binômio mãe e filho. Para tanto, em 2007 o MS criou o método canguru que visa o olhar humanizado ao RN de baixo peso.

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde. Possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL,2011).

Tabela 2. Dados sobre alta hospitalar, Maracanaú, 2018.

VARIÁVEL	SIM	NÃO	NÃO CONSTA
Alta puérpera e RN	115	3	2
Alta assinada pelo enfermeiro	0	120	0
Orientações sobre amamentação	6	114	0
Orientações sobre puerpério	1	119	0
Orientações sobre continuidade do cuidado na AP*	0	120	0
Prescrição de medicamentos	0	120	0
Solicitação de exames	112	8	0

Fonte: Dados da pesquisa. *AP: Atenção Primária

Foi observado também que dos 120 prontuários estudados nenhum possuía alta hospitalar assinada pelo enfermeiro obstetra (Tabela 2) o que entra em contradição com o que diz a resolução do COFEN 516/2016 que normatiza a atuação e responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência a

gestante, parturientes, puérperas nos serviços de obstetrícia, centro de parto normal e/ou casa de parto e outros locais onde ocorra essa assistência.

O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto destinam-se à assistência ao parto e nascimento de risco habitual, conduzido pelo enfermeiro, enfermeiro obstetra ou obstetriz, da admissão até a alta. Deverão atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, garantindo atendimento integral e de qualidade, baseado em evidências científicas e humanizado, às mulheres, seus recém-nascidos e familiares e/ou acompanhantes (COFEN, 2016).

Quando se fala em orientação prestada no momento da alta pode-se observar o déficit que se teve em orientação relativas a amamentação, puerpério e continuidade do cuidado na atenção primária (Tabela 2). As orientações sobre amamentação foram encontradas apenas em seis prontuários, orientações sobre puerpério em 1 prontuário e em nenhum foi encontrado orientações sobre a continuidade do cuidado na atenção primária.

Uma pesquisa realizada por Nascimento et al 2017 em São Caetano do Sul com 15 puérperas e três enfermeiros demonstrou quais são as recomendações mais realizadas à beira-leito sobre a amamentação e descreveu a pega correta, o posicionamento correto do bebê, a necessidade de alternar a mama. Demonstrou também o conhecimento das mães relacionadas à amamentação e ao puerpério, o que traz insegurança no pós-parto. Daí percebe-se a importância do profissional enfermeiro no repasse das informações sobre esses tópicos. Deve-se levar em consideração que parto e puerpérios se dão de formas diferentes e mesmo quando a gestante não é nulípara ela tem direito as devidas informações.

CONCLUSÕES

O Centro de Parto Normal se apresenta como importante ponto de atenção em saúde, especialmente na perspectiva do trabalho da enfermagem obstétrica. No entanto, para melhoria da gestão clínica no serviço é preciso reorganizar as práticas profissionais no concernente ao uso dos prontuários.

Nesse âmbito, percebeu-se a necessidade de ampliação das discussões acerca da importância das anotações de enfermagem nos prontuários, visto que há muitas informações essenciais que não estavam presentes nos documentos analisados. Isso diminui o potencial de conhecimento acerca do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nos CPN, pois não permite analisar devidamente tudo o que foi realizado

durante a assistência ao parto no serviço, considerando que alguns procedimentos podem ter sido realizados e não documentados.

Apresenta-se como limitação do estudo a quantidade de prontuários analisados, porém a amostragem aleatória permitiu a construção de uma análise potencial do que é produzido pelos profissionais no serviço.

Salienta-se a necessidade do desenvolvimento de estudos para ampliação do conhecimento da importância do prontuário como documento legal por parte dos enfermeiros. Isso possibilitará maior adesão às anotações de enfermagem, contribuindo para melhora da atenção clínica e da gestão dos serviços de saúde obstétricos, especialmente nos CPN.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, **Atenção Humanizada ao Recém Nascido: Método Canguru**, 3ª edição, Brasil, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.623, de 04 de Novembro de 2013. Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Ceará e do Município de Tauá (CE). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CAMPOS, N.S, et al. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Saúde Nova Esperança**. v.14, n.1, p.47-58, abr. 2016.

CASSIANO, A.C.M; et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**. v. 65 n. 2, p. 227-244, abr/jun, 2014.

COFEN. **Resolução n. 516, de 24 de junho de 2016**. 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 essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 774-82.

GIGLIO, M.R.P; FRANÇA, E; LAMOUNIER, J.A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. v. 10, n. 33, p. 297-304. 2011

GUEDES, C. D. F. da S. et al. PERCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE A PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL NO PRÉ-NATAL. **Revista Ciência Plural**. v. 3, n. 2, p. 87-98, 11 dez. 2017.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. v. 36, n.2, p.56-64, 2014.

NASCIMENTO, J. S. G. et al. Processo de orientação para amamentar: a desarticulação da educação realizada à beira do leito. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 54, p. 13-20, out./dez., 2017.

NICARETTA, J. C.; CORTÊZ, D. T. Centros de Parto Normal: Revisão Integrativa. **Saúde e Pesquisa**, Centro Universitário de Maringá. v. 8, n. 2, p.345-352, 28 set. 2015.

Escola Anna Nery, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-6, 7 ago. 2017.

ONU - Organização das Nações Unidas. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. 2000.

ONU - Organização Mundial de Saúde. **Maternidade segura. assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra (CH): OMS; 1996.

PARISE, I. Z. S. Avaliação da Análise nas Solicitações de Autorização de Internação Hospitalar para a Auditoria em um Prestador de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Florianópolis. **Coleção Gestão da Saúde Pública** – Volume 9.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POSSATI, A. B. et al. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**. v. 21, n. 4, p.1-6, 7 ago. 2017.

RIBEIRO, J.F. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**. v. 9, n. 1, p. 161-170, jan. fev. mar. 2016.

SCHEIDT, T. R. **Assistência das enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal** (monografia de especialização). Florianópolis: Universidade do Sul de Santa Catarina. 19f, 2011.

SOUSA, A. M. M. et al. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p.324-331, 2016.

CAPÍTULO 8

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Patrícia de Oliveira Bastos

Maisa Leitão de Queiroz

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues

RESUMO

A Política Nacional de Segurança do Paciente foi instituída por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 01 de abril de 2013, e operacionalizado via Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013. Através desta RDC torna-se obrigatório a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. Relatar uma proposta de implementação do núcleo de segurança do paciente em um hospital da atenção secundária. Trata-se de um relato de experiência sobre a realização de um projeto de intervenção realizado no ano de 2014, elaborado durante o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. O problema foi definido a partir da prática profissional do especialista, sendo analisada a relevância das evidências, causas e consequências. Para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente no Hospital, foi necessário eleger os recursos humanos, publicar em portaria interna, e instituir os protocolos de segurança do paciente que são orientados pelo Ministério da Saúde. Neste ponto tivemos vários grupos trabalhando em paralelo, pois a cada um cabe realizar a mudança em seu setor de atuação para estabelecer barreiras de segurança contra possíveis eventos adversos. Verificou-se que as ações de Segurança do Paciente propostas pela Política Nacional de Segurança do Paciente, foram realizadas no hospital, no entanto percebeu-se a necessidade de que esse setor seja multiprofissional e possua a normatização necessária.

Palavras-chave: Núcleo de Segurança do Paciente. Segurança do Paciente. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Criado pela Constituição Federal em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, possui como princípios a integralidade, universalidade e equidade. O SUS garante ainda, o acesso gratuito para a população do país e estrangeiros (BRASIL, 2014).

A gestão pública deve funcionar como um instrumento de ação política primando por uma sociedade mais democrática e equitativa. É fundamental a busca pela

qualificação dos processos de gestão, a fim de melhorar o rendimento e a efetividade da administração pública. Implementar as políticas que impactem positivamente no perfil da saúde e na qualidade de vida da população (BRASIL, 2009).

O tema segurança do paciente tem sido uma preocupação comum nas instituições de saúde e de todos os profissionais da área nas últimas duas décadas, particularmente em ambientes hospitalares que vivenciam a superlotação. Tornou-se uma questão importante nas agendas de diversos países a partir do início do século XXI (REIS, MARTINS e LAGUARDIA, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) preocupou-se em normatizar medidas que protejam a saúde, a segurança do paciente e a qualidade do cuidado oferecido nas instituições de saúde. A Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituída por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 01 de abril de 2013, e operacionalizado via Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013. Esta RDC torna obrigatória a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições que oferecem serviços de saúde.

A Política Nacional de Segurança do Paciente orienta que deve ser construída uma cultura de segurança do paciente entre os profissionais da saúde, a fim de minimizar os riscos e eventos adversos resultantes da assistência. A mesma, especifica a necessidade de uma Comissão de Segurança do Paciente atuante, protocolos e um Plano de Segurança do Paciente exequível.

De acordo com a RDC 36/2013, às diretrizes que compõem o Núcleo de Segurança do Paciente são: a melhoria contínua dos processos de trabalho assistenciais em saúde e o uso de das tecnologias relacionadas; estimular a cultura de segurança; articular e integrar a gestão de risco e garantia das boas práticas do serviço de saúde.

Os objetivos específicos dessa política são: a implantação de gestão de risco e Núcleo de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver pacientes e familiares na busca de estimular o autocuidado e a corresponsabilidade na terapia implementada; veicular informações sobre segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir saberes sobre SP e fomentar a inclusão deste tema nas grades curriculares das instituições de ensino na saúde.

Nesse contexto, o processo de mudança das práticas assistências pode gerar resistências entre os gestores, profissionais e os usuários, porque exige maior esforço para a conformação dos atores envolvidos, gera conflitos e revela, muitas vezes, a descrença e o não compartilhamento dos conhecimentos, valores e ideais que norteiam a proposta. No entanto, se a meta é a qualificação do serviço e existem políticas que

fomentam estas transformações, seria um ônus para a população não vencer este desafio.

A precarização das relações trabalhistas no SUS promove alta rotatividade de profissionais, em consequência existe a quebra da continuidade do cuidado e a fragilidade das rotinas. Um fator que agrava a situação da segurança na instituição são os materiais e equipamentos que são velhos e ineficientes. E por fim existe a lotação hospitalar, visualizada principalmente nas emergências. É necessário observar que os profissionais ao realizarem a assistência em saúde desempenham uma atividade altamente complexa. A combinação destes fatores culmina em uma prática insegura e passível de eventos adversos evitáveis.

Ao longo de minha trajetória profissional, como enfermeira assistencial e coordenadora de um hospital público municipal, tive a oportunidade de observar a necessidade de revisar os processos de cuidados já utilizados e de voltar a atenção para a necessidade de garantir a qualidade assistencial. Diante do que foi exposto, observou-se a necessidade da implantação do NSP, onde será preciso normatizar e estruturar este setor, elaborar os protocolos, impressos, plano de segurança do paciente, sensibilizar e treinar para adesão a cultura de segurança do paciente, realizar notificação dos eventos adversos, adaptar as rotinas assistenciais.

Essa intervenção torna-se relevante devido colaborar para reorganização dos processos de trabalho dos cuidadores da saúde, buscando uma produção centrada na segurança do paciente, capacitando os profissionais para a cultura de segurança e oferecendo indicadores de qualidade e processo para uma assistência baseada em evidências.

Considerando o exposto, a pergunta norteadora deste estudo foi: Quais questões determinam ou contribuem para a inexistência do NSP neste hospital? Logo, o objetivo deste estudo foi descrever uma proposta de implantação do núcleo de segurança do paciente em um hospital de atenção secundária.

SEGURANÇA DO PACIENTE NO MUNDO, NO BRASIL E PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A publicação em 2002, do relatório “To Err Is Human”, do Institute of Medicine (IOM) – Kohn, Corrigan e Donaldson, provoca a mobilização entre os profissionais da saúde, das organizações norte-americanas e de vários países para as questões da segurança do paciente. Isto porque foi estimado que a ocorrência de 44.000 e 98.000

óbitos a cada ano em decorrência de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde.

A Organização Mundial da Saúde em 2004, reconhecendo a magnitude do problema estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), da qual o Brasil faz parte. O propósito principal dessa iniciativa foi definir e instituir em diversas partes do mundo medidas que aumentem a segurança do paciente, a qualidade dos serviços de saúde e estudos científicos neste campo de conhecimento.

Em 2002, com o foco na avaliação do desempenho dos serviços de saúde foi implantado o PROADESS (Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro) pelo Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz. Em 2004, através da Política Nacional de Humanização - PNH, interfere-se nos modos de relações entre os diversos profissionais da saúde e os usuários, aumentando o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS.

No mesmo ano, foi criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a Rede Nacional para Investigação de Surtos e Eventos em Serviços de Saúde (RENISS) para realizar o controle de surtos com rapidez reduzindo assim a gravidade e o número de casos. Em 2005, a Anvisa publicou a RDC Nº 302 - Boas Práticas de Laboratório Clínico com o objetivo de definir os requisitos mínimos para o funcionamento dos laboratórios clínicos e postos de coleta privados e públicos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2006, publicou a Resolução Nº 1.802 que dispõe sobre a prática do ato anestésico. Esse regulamento define como responsabilidade do diretor técnico assegurar as condições mínimas para realização da anestesia com segurança. O mesmo afirma que para atender as condições mínimas é preciso oferecer a monitorização contínua da oxigenação, ventilação, circulação; equipamentos, instrumentais, fármacos e demais materiais.

As práticas dos enfermeiros que esmeram alcançar uma qualidade assistencial devem ser realizadas com cuidados certos, no momento certo, da maneira certa e para a pessoa certa (PEDREIRA, 2009). O Código de Ética da Enfermagem prevê que é responsabilidade e dever de toda a equipe de enfermagem:

“...Artigo 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência;

Artigo 13 - Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem;...

Artigo 21 - Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da Equipe de Saúde.” (BRASIL, 2007)

A Diretoria Colegiada da Anvisa em 3 de junho de 2008, expediu a RDC Nº 36 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Possui o objetivo de estabelecer padrões fundamentados na qualidade, humanização da gestão e do cuidado, e redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.

A Portaria Nº 1.660, de 22 de julho de 2009, do Ministério da Saúde cria o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), que é um sistema informatizado na plataforma da WEB (internet) que atua nas três esferas de governo. Assim é veiculadas notificações sobre eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e serviços sob a vigilância sanitária.

Criado pela Portaria Nº 005/ICICT/2009 - de 29 de abril de 2009, Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS). Estabelecido na Fiocruz, vinculado à Diretoria do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). Seu objetivo é a produção e veiculação de tecnologias e informações sobre qualidade e segurança do paciente.

A Organização Mundial da Saúde junto ao Ministério da Saúde, em 2010, publica o Manual de Implementação de Medidas para o projeto Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. A RDC Nº 7/2010 estabelece um regulamento técnico para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva, ela determina os recursos humanos, assistenciais e materiais mínimos para o funcionamento de UTI's.

O MS apresentou em outubro de 2010, à Comissão Interministerial Tripartite o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS para apoiar os Estados e Municípios na melhoria de seus indicadores. A Portaria Nº 396, de 4 de março de 2011, institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais.

A Resolução Normativa Nº 275, de 1 de novembro de 2011, institui o Programa de Monitoramento de Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS. Este oferece orientações para elaboração de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados.

Reis, Martins e Laguardia (2013) afirmam que o desenvolvimento dos indicadores de segurança do paciente destaca o progresso técnico realizado e a necessidade contínua de melhorias na construção de uma assistência segura. A análise destes dados e a composição de um painel gerencial é o meio central de gestão de pessoas

para a cultura de segurança e mudança de hábitos dos profissionais da instituição. Estimula uma prática baseada em evidências e quantifica a qualidade do cuidado oferecido à população.

A RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011, orienta as Boas Práticas de Funcionamento de Serviços de Saúde. Esta determina que o serviço de saúde deve estabelecer meios que favoreçam a segurança do paciente, dando ênfase aos seguintes pontos: identificação do paciente, higienização das mãos, segurança cirúrgica, prevenção e controle de eventos adversos relacionados à saúde, orientações para administração de medicamentos, sangue e hemocomponentes, mecanismos de prevenção de quedas e úlceras por pressão, e pôr fim a participação do usuário na assistência realizada.

Após consulta pública, o Ministério da Saúde preocupou-se em normatizar medidas que protegessem a saúde, a segurança do paciente e a qualidade do cuidado oferecido nas instituições de saúde. O PNSP – Plano Nacional de Segurança do Paciente foi instituído por meio da portaria do Ministério da Saúde Nº 529, de 01 de abril de 2013, e operacionalizado via Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013. Através da RDC torna-se obrigatório a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente.

A Política Nacional de Segurança do Paciente orienta que deve ser construída uma cultura de segurança do paciente entre os profissionais da saúde a fim de minimizar os riscos e eventos adversos resultantes dessa assistência. O mesmo especifica a necessidade de uma Comissão de Segurança do Paciente atuante, protocolos e um Plano de Segurança do Paciente exequível e objetivo.

O MS em 2013 aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Em julho, com a Portaria Nº 1.377 aprova os Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão. Em setembro, aprova o Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

A implantação do NSP utiliza destes protocolos para mudança das práticas e rotinas hospitalares a fim de estabelecer meios para cumprir as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Apresenta a proposta de uma agenda de capacitação que deve contemplar os profissionais de todos os setores do hospital, inclusive o apoio diagnóstico e terapêutico. Toda forma de mudança precisa ser contínua e processual, precisou-se estabelecer medidas a curto, médio e longo prazo com o foco nas equipes multiprofissionais de assistência à saúde.

A cultura de segurança começa a ser conceituada após o desastre Chernobyl. Rapidamente se espalhou e temos testemunhado o uso do termo no discurso gerencial, político e científico (INSAG, 1991). Na PNSP encontramos a seguinte definição:

“...Configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança; (Brasil, 2013)

É possível perceber a relação entre cultura de segurança e notificações de Eventos Adversos através desta política. Elas se relacionam ao propor uma mudança de comportamento frente ao erro, onde devemos procurar os fatores que precipitaram a falha ou o dano e não a busca por culpados. Percebe-se a necessidade de absorver a cultura de segurança nas práticas de assistência à saúde realizada pelos profissionais e na postura dos usuários diante do cuidado recebido, resultando em um clima organizacional de SP.

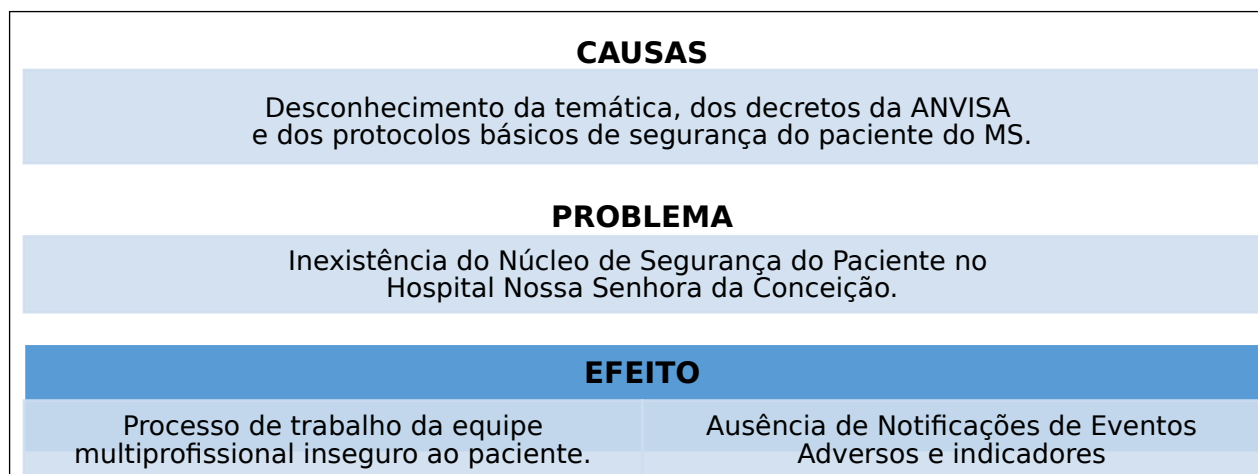
MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre a realização de um projeto de intervenção realizado no ano de 2014, elaborado durante o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. O problema foi definido a partir da prática profissional do especializando, sendo analisada a relevância das evidências, causas e consequências, exemplificado no (Quadro 1). Observou-se os critérios de viabilidade e execução, dando preferência a questões que impactem na qualidade da assistência oferecida pela instituição.

Quadro 1 - Síntese do recorte do problema, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014.

PROBLEMA	PERGUNTAS	EVIDÊNCIAS	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Inexistência do Núcleo de Segurança do Paciente no Hospital Nossa Senhora da Conceição.	Que questões determinam ou contribuem para a inexistência do NSP neste hospital?	Inexistência da Portaria Interna de Nomeação do coordenador e integrantes do NSP; cultura de segurança e protocolos básicos orientados pelo Ministério da Saúde.	Desconhecimento da temática, dos decretos da ANVISA e dos protocolos básicos de segurança do paciente do MS.	Processo de trabalho inseguro ao paciente. Ausência de Notificações de Eventos Adversos e Indicadores

Fonte: Autoria Própria

Figura 1 - Relação de causa-efeito do problema identificado, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014.

Fonte: Autoria Própria

O Hospital em questão, caracteriza-se por prestar atendimento de nível secundário à população e pertence a Prefeitura Municipal de Fortaleza. Tal estabelecimento foi fundado nos anos 90, dentro do processo de municipalização do Sistema Único de Saúde. Na época que passou a funcionar, possuía 46 leitos, sendo 31 de pediatria e 15 de adultos. Com as transformações em hospital, várias foram às intervenções na estrutura física, mas as adaptações não foram suficientes para a criação de espaços adequados.

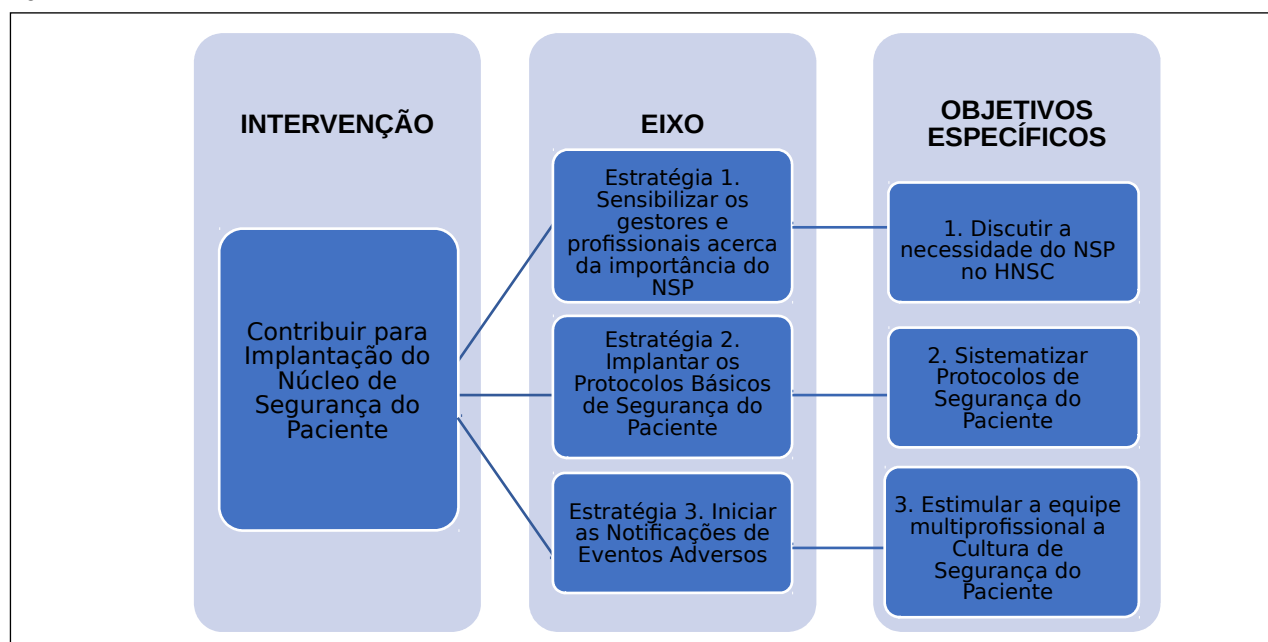
Está instalado na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional – SER V, sendo esta a que apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de Fortaleza. A Secretaria Regional V é composta por 570 mil habitantes dos 18 bairros. Os

bairros da SER V são: Conjunto Ceará, Siqueira, Mondubim, Conjunto José Walter, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Genibaú, Canindezinho, Vila Manoel Sátiro, Parque São José, Parque Santa Rosa, Maraponga, Jardim Cearense, Conjunto Esperança, Presidente Vargas, Planalto Ayrton Senna e Novo Mondubim.

O projeto interferiu nas rotinas de trabalho de todos os profissionais, sendo esses: administradores, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, bioquímicos, técnicos de laboratório, auxiliares administrativos, nutricionistas, assistentes sociais, porteiros, zeladores. No determinado momento o serviço contava com 368 servidores públicos, 38 celetistas, 66 terceirizados por firma (SERVNAC) e 188 prestadores de serviço, totalizando 660 funcionários.

A intervenção foi realizada em três eixos sendo caracterizado pela estratégia a ser implementada. Cada eixo corresponde a um objetivo específico e a articulação entre eles levará a resolução do problema: Inexistência do Núcleo de Segurança no cenário de intervenção (Figura 2).

Figura 2: Diagrama com representação dos três eixos da intervenção, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014.



Fonte: Autoria Própria

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente no Hospital, foi necessário eleger os recursos humanos, publicar em portaria interna, e instituir os protocolos de segurança do paciente que são orientados pelo Ministério da Saúde.

Neste ponto tivemos vários grupos trabalhando em paralelo, pois a cada um cabe realizar a mudança em seu setor de atuação para estabelecer barreiras de segurança contra possíveis eventos adversos.

Contudo a mudança de hábitos e rotinas foi um processo lento e gradativo, logo foi necessário atuar com treinamentos in loco e apresentar evidências para que todos os profissionais envolvidos na assistência em saúde aderissem ao novo tema. Para tal, foi proposto o estabelecimento de indicadores de qualidade e processo que serão realizados por meio de notificações, busca ativa e verificações in loco.

Desse modo, tornou-se necessário a composição de um painel com indicadores setor a setor para divulgar internamente na instituição a produção da gestão de risco e sensibilizar constantemente a uma cultura de segurança do paciente. No momento da intervenção, não houve nenhuma iniciativa do cálculo destes dados, sendo calculado apenas os indicadores tradicionais. A ausência destes dados relaciona-se principalmente à falta de um sistema informatizado e de recursos humanos.

A seguir descreveremos as atividades propostas para cada eixo e objetivos específicos da intervenção (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização das propostas de cada eixo e objetivos específicos da intervenção. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Objetivos Específicos	Estratégias	Atividades
Discutir a necessidade do Núcleo de Segurança do Paciente no HNSC.	EIXO 1: Sensibilizar os gestores profissionais acerca da importância do Núcleo de Segurança do Paciente	1.1 - Realizar reunião com os gestores tendo por pauta a RDC 36 e 63. Buscar neste momento sensibilizar para a liberação dos profissionais necessários a realização do curso de Segurança do Paciente.
		1.2- Elaborar conteúdo programático e projeto do Curso de Capacitação em Segurança do Paciente
		1.3- Definir recursos necessários a realização do curso. Buscar as instituições parceiras e confirmar contrapartidas.
		1.4- Realizar o Curso Multiprofissional de Capacitação em Segurança do Paciente
		1.5- Elaboração da Portaria instituindo o Núcleo de Segurança
		1.6- Constituir equipe multiprofissional para elaborar o Plano de Segurança do Paciente em acordo com o diagnóstico situacional realizado
		1.7- Apresentar o Plano de Segurança do Paciente para todos os profissionais do Hospital por meio de treinamentos in loco
Sistematizar	EIXO 2:	2.1- Elaborar procedimento operacional padrão

Protocolos de Segurança do Paciente.	Implantar Protocolos Básicos Segurança Paciente	os de do	para identificação do paciente, identificação de fármacos, identificação de leito, identificação de óbito, admissão do paciente 2.2- Compra de Pulseiras de Identificação (Branças para internação, vermelhas para sinalizar os pacientes com alergias e amarelas para sinalizar pacientes com risco de queda), compra de 2 impressoras para confecção das etiquetas de identificação de pacientes e de fármacos, compra de 01 computador com estabilizador para digitação da etiqueta da pulseira de pacientes e de fármacos, compra da placa de identificação do leito em acrílico ou vidro temperado 2.3- Elaborar impresso de identificação de óbito e leito padrão para a instituição 2.4- Capacitar a equipe de enfermagem e de laboratório para o uso correto do impresso de identificação de leito padrão, identificação correta do paciente, identificação de óbito e identificação de fármacos por meio de treinamento em loco 2.5- Estimular os pacientes e/ou acompanhantes a participar da identificação do paciente. Sistematizar processos formativos sobre identificação do paciente aos acompanhantes 2.6- Acréscimo da xerox da identidade ao prontuário, para confirmação do nome do paciente seja feita por vários profissionais. 2.7- Elaborar projeto de curso, buscar por colaboradores e realizar capacitação da equipe de técnicos de enfermagem em administração de medicamentos e farmacologia das drogas padronizadas para o uso da instituição 2.8- Implantar o sistema “Não atrapalhe” no momento da diluição dos medicamentos. Cada técnica de enfermagem deve diluir medicamentos em um local limpo, iluminado, livre de barulho e interrupções 2.9- Elaborar e instituir protocolo da “regra dos 30 minutos”. As medicações devem ser administradas 30 minutos antes ou depois do horário prescrito, existindo exceções apenas para urgências e emergências 2.10- Estabelecer e divulgar lista de medicamentos potencialmente perigosos na instituição 2.11- Capacitar à equipe médica por meio de treinamento em loco para o uso de prescrição correta e completa 2.12- Implantar e capacitar a equipe multiprofissional da Sala de Parto para o uso do Checklist de verificação de Cirurgia Segura recomendado pela OMS
--------------------------------------	---	----------	--

		2.13- Elaborar e capacitar a equipe de enfermagem para o uso do Checklist de Montagem de Sala Cirúrgica
		2.14- Estimular a prática da lavagem das mãos com a capacitação em loco dos cinco momentos para a higienização das mãos recomendada pela ANVISA
		2.15- Sistematizar a vigilância dos reservatórios de álcool-gel (reabastecimento)
		2.16- Elaborar e instituir o Protocolo do uso da Morse Fall Scale em todos os pacientes adultos internados. Realizar treinamentos in loco para a adesão a escala, identificando os riscos de queda.
		2.17- Sistematizar a vigilância das grades de proteção das macas e camas
		2.18- Compra e instalação de barras de apoio em banheiros e área de deambulação e dos dispositivos de chamada para auxílio (campainha)
		2.19- Elaborar e instituir o Protocolo do uso da Escala de Braden em todos os pacientes internados. Realizar treinamentos in loco para a adesão a escala, identificando os riscos de lesão por pressão.
Estimular a equipe multiprofissional a cultura de segurança do paciente	EIXO 3: Iniciar as Notificações de Eventos Adversos	2.20- Implantar Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE para registro e prescrição dos cuidados relativos à prevenção de quedas e UP. A validação deste impresso será feita por 100% da equipe de enfermeiros que tiverem na escala de serviço no mês de implantação dos setores de internação
		3.1- Sensibilizar os profissionais quanto aos riscos no uso de tecnologias, fármacos e hemocomponentes e a importâncias da notificação
		3.2- Elaborar e distribuir nos setores as fichas de notificação 3.3- Sistematizar a busca ativa das notificações em loco e em prontuários 3.4- Elaborar ficha técnica dos indicadores: Coletar dados e calcular os seguintes indicadores: Identificação Inadequada de Leito; Identificação Inadequada de Fármacos; Identificação Inadequada de Paciente; Adesão ao Checklist de passagem de plantão; Preenchimento Inadequado de Histórico de Enfermagem; Preenchimento Inadequado de Evoluções de enfermagem; Prescrição Correta; Distribuição Inadequada de Fármacos; Administração Inadequada de Medicamentos; Consumo de Álcool-Gel; Higienização das mãos com água e sabão; Índice de queda; Índice de Lesão por pressão; Adesão a Escala de Braden e Adesão a Escala de Morse. 3.5- Confecção do Painel Gerencial: Coletar dados

	e calcular os seguintes indicadores: Identificação Inadequada de Leito; Identificação Inadequada de Fármacos; Identificação Inadequada de Paciente; Adesão ao Checklist de passagem de plantão; Preenchimento Inadequado de Histórico de Enfermagem; Preenchimento Inadequado de Evoluções de enfermagem; Prescrição Correta; Distribuição Inadequada de Fármacos; Administração Inadequada de Medicamentos; Consumo de Álcool-Gel; Higienização das mãos com água e sabão; Índice de queda; Índice de Lesão por pressão; Adesão a Escala de Braden e Adesão a Escala de Morse. 3.6- Destacar no painel gerencial os resultados positivos da assistência em saúde 3.7- Elaborar relatório mensal a ser entregue a direção executiva.
--	---

Fonte: Autoria Própria

Porém para se atingir os objetivos propostos nesse projeto de intervenção, precisou-se que a implantação do NSP garantisse a qualidade da assistência realizada pelos profissionais que atuam no referido hospital fossem avaliadas através dos indicadores propostos e desenvolvida de forma segura aos usuários do SUS. Com isso, esperava-se a melhoria no nível de excelência na prestação do cuidado em saúde.

No presente momento, a instituição não quantificou nenhum dado relativo a qualidade da assistência prestada a seus usuários. Os indicadores que foram propostos são capazes de gerar um painel gerencial aos gestores desta instituição. O desempenho do NSP está associado ao cálculo e o uso destes indicadores, tendo em vista que o maior objetivo do referido núcleo é a segurança do paciente, a redução de incidentes e eventos adversos que possam gerar danos ao paciente.

A avaliação do plano de intervenção foi realizada no mês de agosto de 2015 com a Comissão de Segurança do Paciente da referida instituição. Precisava-se observar se os resultados esperados foram atingidos através dos indicadores de avaliação e quais foram as dificuldades que surgiram para a implantação do projeto. Tornou-se necessário observar a mudança da cultura organizacional para uma cultura de segurança e as portarias e decretos posteriormente publicados pelo MS relativos ao tema de interesse do estudo.

Esperava-se que por meio do Projeto de Intervenção, as ações de Segurança do Paciente do hospital fossem realizadas por meio do Núcleo de Segurança do Paciente com caráter sistematizado e contínuo, provendo a proteção e prevenção de eventos adversos relacionados a assistência em saúde. Essas atividades foram sendo realizadas, de forma articulada com o Núcleo de Educação Permanente, no entanto

precisavam ser normatizadas, interferirem nos processos de trabalho e principalmente serem quantificadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que as ações de Segurança do Paciente propostas pela Política Nacional de Segurança do Paciente, foram realizadas no hospital, no entanto percebeu-se a necessidade de que esse setor seja multiprofissional e possua a normatização necessária. Sendo essa a realidade proposta por esse projeto de intervenção, por meio das atividades e estratégias, monitoramento e avaliação, bem como a utilização dos indicadores como estímulo a uma cultura de segurança proativa.

Observou-se que os profissionais de saúde apresentaram conhecimentos e habilidades para identificar os erros e tomar as medidas adequadas para revertê-los, bem como preveni-los oportunamente. Porém, ainda estão em processo de formação e podem ser agentes de mudanças no contexto futuro do trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o SUS** [Internet] [citado 2014ago 19]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária**. 2014. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: 2007.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo Cirurgia Segura**, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo Higiene das Mãos**, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo Identificação do Paciente**, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de Quedas**, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo Úlcera por Pressão**, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf

INSAG. **Safety culture: International Nuclear Safety Advisory Group** - AIEA, 1991.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. **To Err is Human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 36, de 25 de julho 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de nov. 2013. p. 77.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas**. Tradução Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán - Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde**: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.7, pp. 2029-2036. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Priorities for Patients Safety Research**, 2009. Acessado em 20 de outubro de 2014. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/#>

CAPÍTULO 9

REFLEXÕES SOBRE ÉTICA E MORAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO ERRO HUMANO

Ítalo Lennon Sales de Almeida

Lorena Campos de Souza

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

Maria Vilaní Cavalcante Guedes

Maria Célia de Freitas

RESUMO

Este artigo discorre sobre a atitude profissional em reconhecer o erro, como comportamento ético indicativo de uma postura que prima pelos princípios da bioética. Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo resultado de leituras e debates promovidos na disciplina de Filosofia da ciência da enfermagem e saúde cujo objetivo foi refletir as ações e condutas de enfermagem para o reconhecimento do erro na oferta do cuidado. A literatura sobre bioética e os estudos que embasaram o ensaio foram selecionados em bases de dados de abrangência. Os resultados e discussão foram organizados em duas categorias: o código de ética dos profissionais de enfermagem e o erro; o erro em discussão: possíveis caminhos para os profissionais da saúde. O Código de ética dos profissionais de enfermagem não se omite a questões que envolvam erros, sendo taxativo quanto a obrigatoriedade de agir com ética e transparência tanto para evitar erros quanto para mitigar os efeitos destes. A elucidação a respeito dos direitos e deveres dos profissionais de enfermagem é fundamental para que se possa guiar a concepção de reflexões críticas acerca do fator humano diante do erro. Associado ao entendimento de que eventos adversos fazem parte de falhas sistêmicas, a conduta ética de reconhecimento do erro passa a ser desmistificada em organizações de saúde. Ressalta-se que a moral e a ética são os pilares fundamentais para nortear as atividades dos profissionais de enfermagem uma vez que diante as situações em que o erro acontece, faz-se fundamental agir com ética visando mitigar os efeitos da falha na assistência.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Evento adverso. Bioética.

INTRODUÇÃO

As reflexões sobre aspectos que envolvem o cuidado de enfermagem e a ocorrência de erros humanos em diferentes campos de atuação têm feito com que pesquisadores, pensadores e teóricos discutam fundamentos da bioética na enfermagem como forma de pensar em um cuidado que se alinhe ao conjunto de normas e condutas que acreditam refletir uma postura ética por parte da classe

trabalhadora da enfermagem, alinhada às evidências de segurança do paciente e prevenção de eventos adversos.

A avaliação das ações de todo ser humano vem de sua consciência moral que o torna capaz de distinguir entre o certo e o errado, justo ou injusto, bom ou ruim. Essa avaliação, conduzida individualmente, é sustentada por princípios éticos. A Ética apresenta-se como ciência da moral sendo entendida, também, como uma disciplina concernente ao que é moralmente bom ou mal, certo ou errado (CAMPOS; GREIK; VALE, 2002).

Agir de modo moralmente aceito em consonância com os princípios éticos mais aceitos pode ser entendido, na enfermagem, como o seguimento e alinhamento com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), contudo outros aspectos podem estar relacionados à conduta ética do profissional no cuidado realizado em instituições de saúde quando se pretende evitar a ocorrência de erros.

Ações éticas na prática da enfermagem em serviços de saúde, instituições de educação e entidades de classe devem ter no CEPE um farol de condução para atitudes da categoria e modos de agir. Contudo, algumas situações podem não ser contempladas pelo código, apresentando-se de forma inusitada para profissionais no seu locus de atuação. Nesse caso, a capacidade reflexiva será necessária e a habilidade de tomar uma postura ética em uma situação não prevista em legislação ou não antecipada pelo CEPE serão fundamentais para que o profissional possa conduzir seus atos afinados com o entendimento moral da sociedade a que ele destina seus cuidados, ou seja, sua prática profissional.

Atrelado a essa realidade, as temáticas relacionadas aos Eventos Adversos (EA) e as iatrogenias configuram-se em um grave problema de saúde pública e, envolvem todo o cenário mundial, uma vez que o risco e a ocorrência destes acidentes têm aumentado substancialmente nos ambientes da saúde (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010). Os EA são responsáveis por causar danos permanentes e/ou mortes e podem ocorrer por falhas no processo assistencial, na organização dos serviços (estrutura), na falta de liderança e/ou de atitudes que modifiquem as realidades existentes nas instituições de saúde (BRASIL, 2017).

No processo de detecção e investigação de eventos adversos o reconhecimento do erro é um dos pontos de partida e aspecto fundamental para que se obtenham as informações necessárias para analisar o evento em sua gravidade, avaliar o estado clínico do paciente e investigar as falhas individuais e sistêmicas relacionadas à ocorrência.

Logo, a atitude profissional de indicar que cometeu um erro é permeada por forte apelo ético que aponta uma postura alinhada a condutas bioéticas e permeadas pelos princípios da beneficência e não-maleficência.

Compreende-se que para haver o reconhecimento de erros, os profissionais precisam sentir-se seguros e acolhidos por seus colegas e gestores. Neste contexto, busca-se refletir acerca das ações e condutas de enfermagem para o reconhecimento do erro na oferta de cuidados clínicos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Fortes (1998) conceitua ética como disciplina que se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano, interpretando, discutindo, problematizando e investigando os valores, princípios e comportamentos morais, com vistas ao "bom", da "boa vida", do "bem-estar da vida em sociedade".

A tarefa da ética é a procura de estabelecimento das razões que justificam o que "deve ser feito", e não o "que pode ser feito". É a procura das razões de fazer ou deixar de fazer algo, de aprovar ou desaprovar algo, do que é bom e do que é mau, do justo e do injusto. Falar de motivação, resultados, ações, ideais e valores, princípios e objetivos. A ética pode ser considerada uma questão de indagações, e não de normatização, do que é certo e do que é errado (BARRETO NETO; SILVA; ARAUJO, 2007).

Referente ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), a sua primeira versão data do ano de 2007, aprovado em resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a resolução N° 311/ 2007 trouxe para a categoria um conjunto de condutas e reconheceu que deveriam ser descritos os direitos, os deveres e as proibições dos profissionais da enfermagem em relação à pessoa, família, coletividade, a profissão e as organizações de saúde, além dos órgãos representativos da categoria (como o próprio COFEN e todo o sistema de Conselhos Regionais de Enfermagem - COREN) (BRASIL, 2007). Ganhando uma atualização em 2017, hoje o CEPE está sob a orientação da resolução N° 564 (BRASIL, 2017).

A criação de um ambiente que promove a conduta ética deverá usar ferramentas gerenciais como aliadas (GOMES et al., 2016; BRASIL, 2017). O conhecimento de seus direitos e deveres, ou seja, uma formação legislativa pautada em temas éticos também será fundamental. O conhecimento teórico do CEPE e a aplicação de métodos de trabalho que criem ambientes de compartilhamento serão fundamentais para que o erro seja desmistificado e explorado de forma construtiva.

Todavia, compreende-se que reconhecer um erro é um ato que envolve diversos estigmas, pois ainda existem serviços e gestores de saúde que enaltecem culturas punitivas e condutas pouco alinhadas com o gerenciamento de risco a partir do trabalho em equipe e de forma conjunta para análise de fatores relacionados à ocorrência de EA (GOMES et al., 2016; BRASIL, 2017).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo cuja construção teórica utilizada enquadra-se em uma abordagem qualitativa, tendo em vista que se vale da interpretação e da análise dos elementos teóricos obtidos por meio do levantamento realizado na literatura acerca da temática (MINAYO, 2006).

O presente artigo é um ensaio teórico resultado das leituras e reflexões realizadas durante a disciplina de Filosofia da ciência da enfermagem e saúde ofertada no curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) durante os meses de fevereiro a junho de 2020.

O objetivo do ensaio é refletir acerca das ações e condutas de enfermagem para o reconhecimento do erro na oferta de cuidados clínicos. A literatura sobre bioética e os estudos referentes a temática foram selecionados em bases de dados de grande abrangência. Sua leitura e análise contribuíram para a construção do estudo adicionado a reflexões pessoais dos autores acerca da sua prática clínica em enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo foram divididos em duas categorias: “O código de ética dos profissionais de enfermagem e o erro”; a qual aborda os aspectos do CEPE que fazem referência direta ao erro profissional, e “O erro em discussão: possíveis caminhos para os profissionais da saúde”, que trata sobre os fatores associados ao erro e as possibilidades de mitigá-lo.

O código de ética dos profissionais de enfermagem e o erro

Os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem surgiram a partir da Lei Federal 5.905 de 12 de julho de 1973, estabelecendo-se como órgãos disciplinadores do

exercício profissional, tendo uma legislação específica para contemplar todas as categorias de enfermagem: enfermeiras, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras que a constitui e o Código de Ética Profissional (OGUISSO; SCHIMDT, 2012).

Tal legislação constitui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) que é o instrumento norteador para a práxis da enfermagem sendo fundamental para que os profissionais se orientem quanto a seus direitos, deveres e proibições. Recentemente, o código de ética da categoria foi reformulado pela Resolução do Cofen 564/2017.

Segundo os princípios fundamentais do código de ética, o profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico científico e teórico filosófico; exercendo suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética (COFEN, 2017).

Nesse âmbito, o profissional é livre para exercer sua profissão desde que fundamentado nos preceitos supracitados, o que nos leva a refletir sobre qual a conduta deve ser tomada em casos de erros de modo a não violar as determinações do código que rege a profissão.

As ações dos profissionais de enfermagem devem-se pautar nos valores da profissão e no seu código de ética de modo que a assistência prestada seja livre de imperícia, imprudência e negligência, reduzindo a probabilidade de erros.

Nesse íterim, O Art. 28 do CEPE determina que os profissionais devem comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade. Esse artigo está na seção dos deveres e nos esclarece sobre a necessidade de nos manter atentos a situações propensas aos erros e infrações.

Já no art. 45 está determinado o dever em prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Existe ainda o Art. 51 que explicita o dever de responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Em caso de erros que resultem de infrações ao CEPE, os conselhos podem dar início a um processo ético-disciplinar, que pode ser de caráter denúncia ou “de ofício”. A tipologia denúncia configura-se como ato pelo qual se atribui a alguém a prática de

infração ética ou disciplinar, podendo ser apresentada por escrito ou verbalmente. Quando oral precisa ser transcrita e reduzida a um servidor ou Conselheiro. “De ofício” quando o Presidente do Conselho tem conhecimento, através de auto de infração, ou por qualquer meio que tenha característica de infração ética ou disciplinar (COFEN, 2010)

Percebe-se que o CEPE não se omite a questões que envolvam erros profissionais, sendo taxativo quanto a obrigatoriedade de agir com ética e transparência tanto para evitar erros quanto para mitigar os efeitos destes.

No código de ética também é possível encontrar as penalidades aos quais os profissionais serão expostos para cada categoria de infração cometida, contudo nos cabe refletir sobre a necessidade de entender a causalidade dos erros e buscar medidas que criem uma cultura de segurança na assistência de enfermagem.

O erro em discussão: possíveis caminhos para os profissionais da saúde

As discussões sobre o erro humano junto de profissionais da enfermagem necessariamente deverão ser feitas tendo como base princípios éticos e legais. A elucidação a respeito dos direitos e deveres dos profissionais de enfermagem é fundamental para que se possa guiar a concepção de reflexões críticas acerca do fator humano diante do erro. Associado ao entendimento de que eventos adversos fazem parte de falhas sistêmicas, a conduta ética de reconhecimento do erro passa a ser desmistificada em organizações de saúde.

Na teoria do erro humano, também conhecida como “Modelo do Queijo Suíço”, os erros podem ser estudados sob dois aspectos: aproximação pessoal e aproximação do sistema, onde a primeira está relacionada aos atos inseguros realizados pelas pessoas. Em contrapartida, a aproximação do sistema considera que os seres humanos falham e erros são esperados, mesmo nas melhores organizações, considerando-os mais uma consequência que uma causa, originando-se nos fatores sistêmicos. Desta forma, é fundamental destacar que, tanto a instituição, quanto os funcionários estão diretamente envolvidos nas ocorrências. Contudo, mais importante do que culpabilizar é (re)conhecer o erro, tratando-o adequadamente e estimulando a adoção de medidas preventivas, além de desmistificar a cultura de segurança (DUARTE et al., 2015).

Estudos que analisam os discursos de profissionais da enfermagem revelam atitudes defensivas, com o intuito de respaldar condutas profissionais, expressando indiferença com o ambiente laboral e animosidade mediante a possibilidade de embates inerentes à ética no recinto do trabalho (SIQUEIRA et al., 2016; SILVA et al.,

2018). O sentimento de culpa, o medo da demissão, da punição e as preocupações com a gravidade do erro levam a uma subnotificação do evento (SIQUEIRA et al., 2016).

Vale ressaltar o crescente número de denúncias nos conselhos contra profissionais (técnicos, auxiliares e enfermeiros), envolvendo condutas ou procedimentos inadequados em serviços de assistência à saúde, muitos deles com repercussão nacional (SILVA et al., 2018).

Sobre o aspecto deontológico da categoria, pode-se destacar que o conhecimento limitado dos trabalhadores de enfermagem sobre seu Código de Ética Profissional poderá promover um distanciamento significativo entre o trabalho efetivamente realizado e suas competências ético-legais. Por essa razão, é preciso ampliar os debates sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (SILVA et al., 2018).

É importante exaltar a cultura da ética no cotidiano do exercício profissional, sendo os códigos a representação de uma compilação de leis ou regulamentos que regem as relações humanas, assegurando às pessoas seus direitos, mas listando, também, seus deveres (SILVA et al., 2018). Contudo, é preciso atentar-se para a evolução científica e tecnológica, que certamente exigirá adequação da prática e, talvez, redistribuição de funções na equipe multiprofissional e alterações da legislação vigente.

A formação profissional deve destacar aspectos éticos de forma prematura. Tais abordagens deverão seguir o discente e posteriormente o profissional de enfermagem. Porém, debate e formação para ética devem ultrapassar o entendimento da simples oferta de uma disciplina ou cursos de formação sobre o tema. O embasamento de tal discussão deve ser feito utilizando casos reais como de erros para disparar abordagens de simulação realística da situação. As vantagens do reconhecimento do erro precisam ser destacadas. Maior possibilidade de redução dos danos causados ao paciente, oferta de cuidados reparadores específicos para a situação e possibilidade de identificar falhas sistêmicas que podem ter relação com o evento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O erro é inerente ao ser humano, faz parte das atividades humanas por mais bem desenvolvidas que estas sejam, entretanto quando esse erro acontece por pessoas que cuidam de vidas, há possibilidades de que seja fatal, comprometendo o bem-estar e a saúde das pessoas bem como a qualidade da assistência prestada.

Diante do exposto, ressalta-se que a moral e a ética são os pilares fundamentais para nortear as atividades dos profissionais de enfermagem uma vez que diante as situações em que o erro acontece, faz-se fundamental agir com ética visando mitigar os efeitos da falha na assistência.

Os profissionais de enfermagem contam com o seu código de ética como guia legislativo e jurídico para que assim possam conduzir suas atividades contudo faz-se necessário fomentar o debate científico e profissional sobre os erros da categoria, sua causalidade e os dispositivos que podemos contar para resolução de tais situações. O erro, ao qual buscamos evitar, em algum momento ocorrerá e assim é preciso que a categoria conte com mecanismos para solucionar os problemas acarretados visando sempre o cuidado de qualidade aos pacientes e a manutenção da integridade dos profissionais.

REFERÊNCIAS

BARRETO NETO, A. C; SILVA, K. V.; ARAÚJO, E. C. Importância da bioética na formação do enfermeiro para o atendimento do adolescente enfermo crônico. **Rev. Mineira Enferm.** v. 11, n.2, p.205-209, abr/jun. 2007. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/337>. Acesso em: 22 jun 2020.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre o código de ética dos profissionais de enfermagem (revogada pela Resolução COFEN Nº 564/2017).

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN, n. 370, de 03 de novembro de 2010. Dispõe do Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 564/2017, de 06 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o código de ética dos profissionais de enfermagem.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 22 jun 2020.

CAMPOS, M.A.; GREIK, M. G. N. Q.; VALE, T.L.F. História da ética. **CienteFico**. v.1, p.1-11, ago/dez. 2002. Disponível em: <https://docplayer.com.br/368786-Historia-da-etica-cientefico-ano-ii-v-i-salvador-agosto-dezembro-2002-michele-campos-michl-greik-e-tacyanne-do-vale.html>. Acesso em: 22 jun 2020.

DUARTE, S. C. M. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.23, n.6, p.1074-81, nov.-dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf. Acesso em: 22 jun 2020.

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 (SP): EPU; 1998.

GOMES, A. T. L. et al. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “Queijo Suíço”: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**. v.10, supl. 4, p.3646-52, set. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29977>. Acesso em: 22 jun 2020.

GOUVÊA, C.S.D., TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad Saúde Pública [Internet]**. v.26, n.6, p.1061-78. 2010. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>. Acesso em: 22 jun 2020.

OGUISSO, T. Histórico dos Códigos de Ética de Enfermagem no Brasil. In: Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, T. N. et al . Vivência deontológica da enfermagem: desvelando o código de ética profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 1, p. 3-10, Feb. 2018 . Available fr <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565>.

SIQUEIRA, C. L. et al. Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação. **Cogitare Enferm**. v.21, n. esp, p.1-10. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45411>. Acesso em: 22 jun 2020.

CAPÍTULO 10

BENEFÍCIOS DO MÉTODO PONSETI COMO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Natara Ponte Lopes

Maria Eunice nogueira Galeno Rodrigues

Adriano da Costa Belarmino

Patricia de Oliveira Bastos

Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque

RESUMO

O pé torto congênito é uma das deformidades congênitas mais comuns caracterizada por mau alinhamento complexo do pé que envolve partes moles e ósseas e constitui comprometimento para a criança. O objetivo do estudo foi investigar na literatura científica os benefícios do Método Ponseti como tratamento do pé torto congênito. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, utilizando-se como descritores em Ciência da Saúde (DeCS) (português): pé torto, pé torto congênito e Método Ponseti. Foram selecionados artigos nas bases de dados: *Public Medicine (Pubmed)*, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os artigos selecionados foram analisados quanto ao título, ao ano, à formação e ao tema principal. Nos resultados foram selecionados 7 artigos para compor essa revisão. Após leitura minuciosa dos artigos desta revisão, obteve-se como resultados, que a correção da deformidade pela técnica ponseti, evita cirurgias e tem sido apontada como a de maiores benefícios, com implicações positivas sobre a qualidade de vida das crianças que possuem o agravo. Com a aplicação do método de Ponseti foi possível, inicialmente, melhorar os aspectos físicos associados à patologia, trazendo resultados positivos sobre o domínio físico da qualidade de vida. Sobre a assertiva, a maioria dos estudos enfatizam que o tratamento do pé torto com o método de Ponseti produziu bons resultados clínicos com altos escores funcionais. Acredita-se que os profissionais ao conhecerem o método ponseti, multiprofissionais possam formular ações e estratégias que visem a importância da aplicabilidade do método ponseti, motivando os familiares a aceitarem os procedimentos.

Palavras-chave: Pé torto. Saúde da Criança. Assistência Integral à Saúde. Enfermagem Pediátrica.

INTRODUÇÃO

O pé torto congênito (PTC) é definido como uma mal-formação complexa distal ao joelho, com deformidade relacionadas em equino do retropé, cavo do antepé, varo da subtalar e aduto do mediopé e antepé. Sua incidência é de 1 para cada 1000 nascimentos, predominantemente no sexo masculino de 2:1, com acometimento

bilateral de 50% e sendo considerado um dos defeitos congênitos mais comuns em membros inferiores (BERTINATTO et al., 2020).

Caracteristicamente, envolve displasia de estruturas musculares, tendões, ligamentos, estruturas osteoarticulares e neurovasculares, com origem idiopática e multifatorial (CAMPOS et al., 2019). Apenas a partir do segundo trimestre da gestação um pé previamente normal adquire as alterações típicas da doença. Entre todos os defeitos musculoesqueléticos congênitos, o pé torto não tratado é a principal causa de incapacidade física. Além disso, é uma doença estigmatizante que diminui a capacidade de trabalho, gera alto custo social e financeiro (MARANHÃO; VOLPON, 2011).

Métodos terapêuticos vêm sendo desenvolvidos no decorrer dos anos, tanto como conservadores como cirúrgico, efetuado através de apoio profissional multidisciplinar e ainda no período neonatal decorrente da melhor resposta elástica dos ligamentos e tendões (Campos et al., 2019). Avanços significativos ocorreram após o ano 2000, com alteração de extensas cirurgias e utilização de moldes para empregabilidade de gesso por algumas semanas, pequenas cirurgias ambulatoriais e utilização do gesso durante a noite, com maior eficiência e efetividade. Este método foi proposto pelo médico espanhol Ignacio Ponseti para correções do PTC (FORTE & NOGUEIRA, 2020).

Relativo ao contexto familiar, a família busca adaptar-se a uma nova realidade e reorganizar-se para enfrentar a experiência de conviver com uma criança que necessita de cuidados especiais, tentando reconstruir sua identidade como grupo familiar. Essa situação envolve sentimento de vulnerabilidade e também um reajuste emocional que requer tempo. É de importância da enfermagem conhecer e atuar junto à família a fim de fortalecer o enfrentamento das adversidades provocadas pela situação supracitada, promovendo a melhoria de interações familiares saudáveis (FARIAS, 2018).

O interesse pelo tema emergiu por parte da pesquisadora por ter vivenciado os grandes desafios do tratamento de crianças com essa patologia, abordando questões sociais e psicológicas. Emergiu neste contexto a seguinte questão norteadora: Quais os benefícios do Método Ponseti como tratamento do pé torto congênito na literatura científica? Neste âmbito, a razão que conduz a presente investigação é o fato de o pé torto ser uma má formação congênita, que apesar de não consistir uma causa para a taxa de mortalidade, também constitui grande comprometimento para o portador, família e sociedade, sendo um desafio para o sistema nacional de saúde brasileiro.

Assim, objetivou-se investigar na literatura científica os benefícios do Método Ponseti como tratamento do pé torto congênito.

MATERIAIS E MÉTODO

Este estudo se caracterizou como uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa realizada em 2020. A trajetória metodológica percorrida apoiou-se na leitura e análise. A revisão integrativa da literatura consiste na síntese de inúmeros estudos relevantes publicados sobre determinado assunto e possibilita a tomada de decisões com base nas conclusões evidenciadas. Sendo também uma forma ampla de se analisar a literatura existente (SOUZA et al., 2017).

Esse estudo foi desenvolvido seguindo-se as etapas estabelecidas por Souza et al. (2017) para a elaboração de uma pesquisa bibliográfica: (1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; (2) estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem); (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; (6) apresentação da revisão.

A primeira etapa consistiu em definir o problema e elaborar hipóteses que apresentem relevância para a saúde pública e para a enfermagem. Sendo essa a fase mais importante, pois a partir dela serão definidos os estudos que serão incluídos e as informações que deverão ser coletadas (SOUZA et al., 2017)).

Como acadêmica do Curso de Enfermagem, e por identificação com o tema, verifiquei a limitada produção científica sobre assistência à população pediátrica acometidos pela patologia pé torto congênito e suas famílias, indicando-se a necessidade de produções que potencializam essa modalidade de assistência. A partir dessa perspectiva pensou-se na seguinte questão norteadora: quais os benefícios do Método Ponseti como tratamento do pé torto congênito na literatura científica?

Com a escolha do tema a ser estudado e a formulação da questão norteadora, é iniciada a busca pelos artigos a serem incluídos na revisão bibliográfica de abordagem qualitativa. Essa seleção deve ocorrer de maneira crítica e transparente, a fim de garantir confiabilidade e qualidade às conclusões evidenciadas (SOUZA et al., 2017).

Nessa segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, com posterior busca nas bases de dados. Esse acesso aos estudos ocorreu mediante pesquisas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed e Scielo. Essa consiste em base online que detém estudos da área da saúde nacionais e internacionais (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

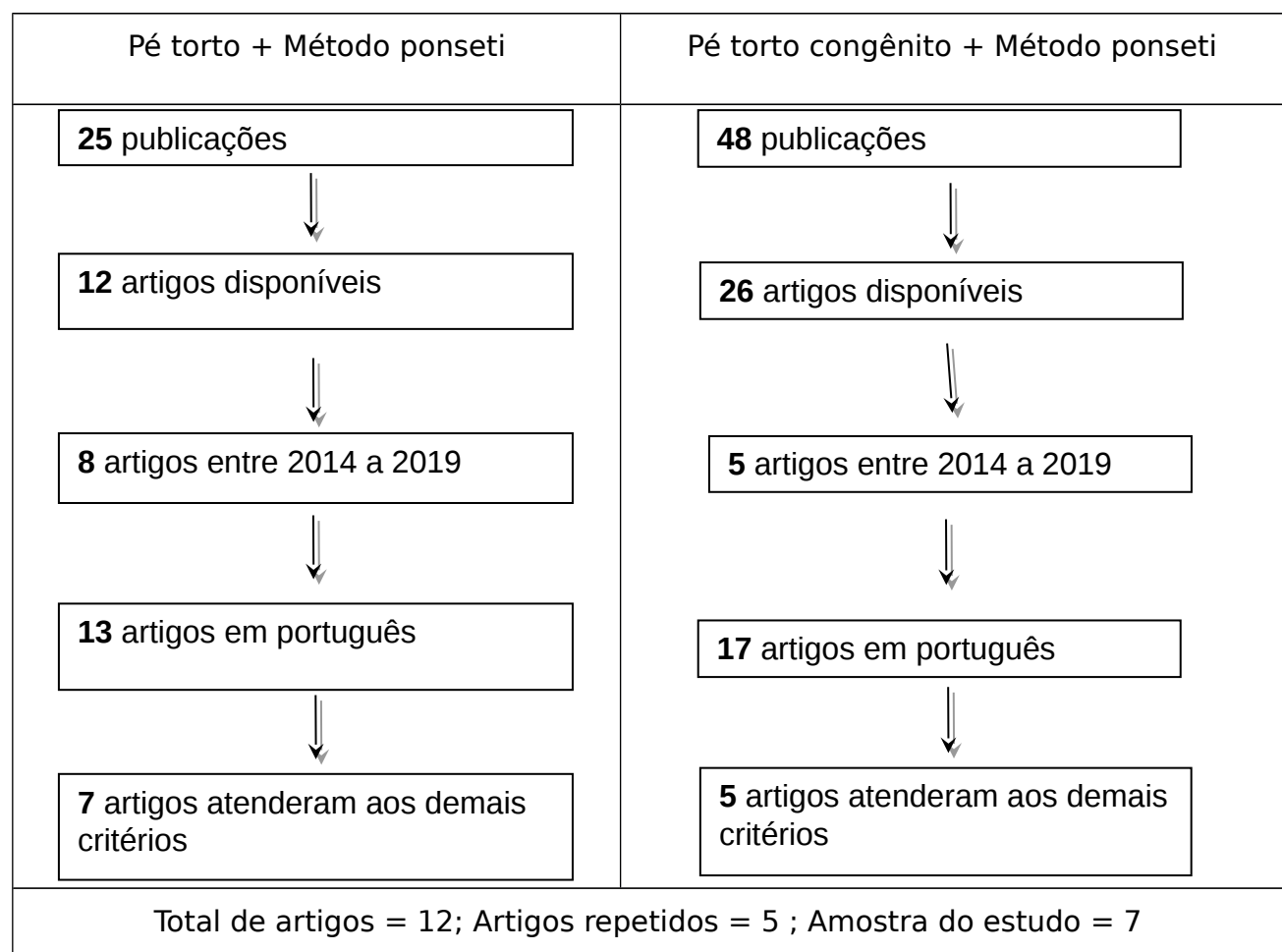
O estudo foi realizado, no período de novembro a dezembro de 2019, no Portal Regional da BVS. Foram utilizados os Descritores de Ciências da Saúde (DECS)- “Pé

torto”, “Pé torto congênito” e “Método ponseti”, com as seguintes combinações: “Pé torto and Método ponseti” e “Pé torto congênito and Método ponseti”.

Para a seleção dos artigos para compor a presente revisão foram utilizados como critérios de inclusão: ser artigo disponível completo online, o recorte temporal escolhido para a análise foi entre 2010 a 2019 por neste período existirem estudos científicos com dados atuais relevantes para o estudo, em idioma português, e que abordassem os benefícios do Método Ponseti como tratamento do pé torto congênito. Já os critérios de exclusão foram: resumos, teses e artigos que se encontraram em duplicidade, língua estrangeira, textos incompletos e não coerência com a temática proposta.

Após a busca nas bases de dados, com a análise a partir dos critérios anteriormente citados, foram selecionados 7 artigos para compor essa revisão. O refinamento dessa pesquisa pode ser observado na figura 1, apresentado a seguir.

Figura 01 – Refinamento da busca de artigos para constituição da amostra do estudo, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Própria do Autor.

A terceira fase consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir as informações-chave. O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança nos resultados e fortalecer as conclusões do estado atual do tema investigado. O revisor tem como objetivo, nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Para essa finalidade foi elaborado um instrumento em que foram registrados dados sobre a publicação (ano e base de dados indexada), metodologia empregada (tipo de estudo, objeto da investigação, local da investigação e amostra), resultados e principais conclusões.

A quarta fase é similar e equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas e, para garantir a integridade científica da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente e a análise destes implica na seleção de alguns artigos como válidos e na exclusão dos demais. Portanto, o pesquisador faz um julgamento crítico sobre a qualidade dos dados separadamente. Os dados isolados foram articulados em um grupo unitário e consistente respondendo ao problema delimitado à questão do estudo (SOUZA et al., 2017).

A competência clínica do revisor contribui na avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para a utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática (SOUZA et al., 2017). A apresentação dos estudos selecionados foi distribuída em tabelas e quadros, para que desta forma fossem didaticamente melhor compreendidas e posteriormente descritas de maneira inerente a contextualização proposta.

A quinta fase é análoga à discussão de resultados em estudos primários. Consiste na comparação dos dados evidenciados nos artigos incluídos na revisão bibliográfica com o conhecimento teórico. Portanto, nesta fase, o pesquisador poderá fazer sugestões para a prática de enfermagem, discutir condições de impacto político ou prático, contestar resultados em relação às teorias e fazer recomendações para futuros revisores (SOUZA, SILVA e CARVALHO 2017).

Nessa quinta etapa foi realizada a interpretação e discussão dos principais resultados encontrados, comparando os conhecimentos teóricos com as práticas

clínicas de forma crítica, assim como a identificação de lacunas existente para futuras pesquisas e de sugestões pertinentes quanto aos benefícios do Método Ponseti como tratamento do pé torto congênito.

A sexta e última etapa consistiu na apresentação dos resultados dessa revisão integrativa através de um esquema, onde estão contempladas todas as fases percorridas pela revisora e os principais resultados evidenciados pela análise dos artigos incluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após uma leitura intensa dos artigos, eles foram analisados mediante os critérios da revisão integrativa, sendo ainda realizada a caracterização dos estudos. Os resultados contemplaram a caracterização dos estudos, por autores, título do estudo, ano de publicação, periódico e tipo de estudo e estarão dispostos no Quadro 02 a seguir.

Caracterização dos estudos

Quadro 02 - Caracterização dos estudos incluídos (número do estudo, título do estudo, autores e ano, periódico, tipo de estudo e categoria), Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Nº	TÍTULO DO ESTUDO	AUTORES /ANO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	CATEGORIA
E01	Uso de agulha de grosso calibre na secção percutânea do tendão calcâneo no pé torto congênito.	MARANHO, Daniel Augusto Carvalho <i>et al.</i> , 2010.	Acta Ortopédica Brasileira.	Trata-se de estudo prospectivo.	Médica.
E02	Avaliação transversal dos métodos terapêuticos do pé torto congênito equinovaro idiopático: controvérsias sobre a tenotomia do tendão calcâneo.	CHAIM, Renan Moukbel <i>et al.</i> , 2010.	Revista Brasileira de Ortopedia.	Trata-se de uma quantitativa.	Médica.
E03	Análise da eficácia do tratamento pelo	CURY, Luiz Agliberto <i>et al.</i> ,	Revista da Faculdade de Ciências	Trata-se de uma pesquisa de	Médica.

	Método de ponseti no pé torto congênito idiopático.	2015.	Médicas de Sorocaba.	caráter descritivo do tipo transversal retrospectivo.	
E04	Tratamento do pé torto congênito pelo método de Ponseti.	CHUEIRE, Alceu José Fornari Gomes <i>et al.</i> , 2016.	Revista Brasileira de Ortopedia.	Trata-se de uma pesquisa documental.	Médica.
E05	Resultados funcionais e clínicos alcançados em pacientes com pé torto congênito tratados pela técnica de Ponseti.	JAQUETO, Pedro Augusto <i>et al.</i> , 2016.	Revista Brasileira de Ortopedia.	Trata-se de um estudo retrospectivo.	Médica.
E06	Pé torto congênito: considerações dos pais sobre a doença e seu tratamento.	SOUZA JÚNIOR, Eli Ávila <i>et al.</i> , 2018.	Scientific Journal of the Foot and Ankle.	Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo.	Médica.
E07	Qualidade de vida de crianças com pé torto congênito e a técnica de Ponseti.	CUNHA, Ravelly Maia <i>et al.</i> , 2019.	Revista Brasileira de Qualidade de Vida.	Trata-se de uma revisão sistemática.	Médica.

Fonte: Própria da autora.

Neste estudo notou-se que as publicações dos artigos encontrados principalmente em revistas de renome nacional, destacam-se os artigos na Biblioteca Virtual em Saúde, *SciELO* e PUBMED. Observou-se, que, as revistas enquadraram-se na área da medicina ortopedista, tal fato, desfavorece a adesão ao conhecimento de maneira multidisciplinar, porém apresentam conteúdos coesivos visto que estas revistas não delimitam um público-alvo específico.

Quanto aos anos de maior publicação da temática, destacou-se os anos de 2010 e 2016 com dois artigos cada ano. E nos anos seguintes (2015, 2018 e 2019), encontrou-se apenas um artigo em cada ano. Dentre os artigos selecionados, nos últimos dez anos, todos publicados no Brasil, entre os estudos incluídos todos são em idioma português, conforme estabelecido nos critérios de inclusão.

Tabela 01 - Anos de publicação dos artigos analisados, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Ano da Publicação	Nº artigos
2010	02
2014	01
2015	02
2018	01
2019	01
Total	07

Fonte: Própria da autora.

Partindo ainda da caracterização dos estudos, os mesmos foram selecionados por base de dados, objetivo do estudo, resultados e conclusão.

Quadro 03 - Distribuição das referências incluídas na revisão de literatura, segundo número do artigo, base de dados, objetivos do estudo, resultados e conclusões, referência. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Nº	BASE DE DADOS	OBJETIVO DO ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
E01	<i>Scielo</i>	Avaliar a técnica de secção percutânea do tendão calcâneo com a utilização de agulha de grosso calibre para correção do equino residual do pé torto congênito tratado pelo método de Ponseti.	Houve divisão completa do tendão em todos os casos, porém, foi comum a necessidade de realizar a manobra de secção mais de uma vez, devido à persistência de conexão tendínea residual entre os cotos. O teste de Thompson e a avaliação ultrassonográfica dinâmica foram capazes de evidenciar tenotomias incompletas.	A secção percutânea com agulha do tendão calcâneo mostrou-se eficaz e segura para tratamento do equino residual do pé torto tratado pela técnica de Ponseti.

Continua.

Nº	BASE DE DADOS	OBJETIVO DO ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
E02	<i>Scielo</i>	Analisar, por meio de questionário aplicado no 39º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, o perfil dos ortopedistas no Brasil frente a esta afecção, fato este desconhecido considerando a literatura nacional.	Do total de 5.329 ortopedistas inscritos, obtivemos 539 participações espontâneas; destes, somente 88 (16,30%) indivíduos executam o tratamento para o pé torto congênito; 78 (88,60%) aplicam o método de Ponseti; e nove (10,20%) o de Kite.	Embora o método de Ponseti defina que a tenotomia do tendão calcâneo seja realizada ambulatorialmente com anestesia local, a maioria 59 (67,05%) dos ortopedistas a realiza no centro cirúrgico.
E03	<i>Scielo</i>	Analisar a eficácia da correção do pé torto congênito idiopático pelo método de Ponseti, a importância do uso correto da órtese de abdução e sua relação com a recidiva no nosso serviço.	Os pacientes utilizaram em média nove gessos. Do total de 92 participantes, 87 foram submetidos à tenotomia do tendão do calcâneo. Obtivemos 71 resultados satisfatórios (77,17%) e 21 (22,82%) insatisfatórios. Dentre os 56 que usaram a órtese corretamente, 94,6% foram satisfatórios e 5,4% insatisfatórios.	A utilização da órtese de abdução de forma correta é essencial para o resultado satisfatório da correção do PTC idiopático pela técnica de Ponseti, assim como para minimização das recidivas desta patologia.

Continua.

Nº	BASE DE DADOS	OBJETIVO DO ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
E04	<i>Pubmed</i>	Analisar quantitativa e qualitativamente os resultados do tratamento do pé torto congênito com seguimento médio de 4,6 anos.	Dos 26 pacientes tratados, 01 apresentou recidiva da deformidade, foi necessário retornar ao início do tratamento. A pontuação média do questionário e do exame físico foi de 89,76, resultado considerado bom; 99% dos pacientes responderam que os pés nunca doem ou doem somente aos grandes esforços; 96% responderam que estão muito satisfeitos.	O tratamento para pé torto congênito idiopático pelo método Ponseti é o que traz melhores resultados associados a menor lesão de partes moles, o que confirma a eficácia e a boa reprodutibilidade do método.
E05	<i>Pubmed</i>	Analisar e avaliar os resultados funcionais e clínicos em pacientes com pé torto congênito tratados pela técnica de Ponseti.	Pacientes do sexo masculino apresentaram um aumento de incidência e o lado direito foi o mais afetado, enquanto que o acometimento bilateral foi observado em 64,5% dos casos. A média de mudanças de gesso foi de 5,8 e a tenotomia do tendão de Aquiles foi necessária em 26.	O método de Ponseti foi eficaz nas avaliações funcionais e clínicas dos pacientes, com uma relevância estatística significativa ($p = 0,0001$), com uma taxa de sucesso de 90,2% e um avanço na escala de Pirani de 65,5%.

Continua.

Nº	BASE DE DADOS	OBJETIVO DO ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
E06	Scielo	Conhecer quais as impressões dos pais em relação ao diagnóstico do pé torto congênito e seu tratamento. Essas informações podem favorecer a persistência ao tratamento, quebra de tabus e sucesso terapêutico.	Quando indagados sobre a impressão gerada quando o filho foi diagnosticado com pé torto congênito, 70% referiram sentimento de tristeza, susto e preocupação, sendo que apenas 30% demonstraram uma aceitação tranquila do diagnóstico, desprovida de medo e preocupação. Quando indagados em relação ao tratamento que estava sendo feito, 100% dos pais demonstraram otimismo e satisfação com os resultados apresentados; ainda, 40% opinaram em relação ao nível de conforto trazido pelos métodos terapêuticos, e 20% citaram a importância do envolvimento de toda a equipe de saúde.	Medo e preocupação foram sentimentos frequentemente apresentados, que melhoravam com a melhor elucidação por parte da equipe de saúde em relação a doença. Em relação à terapêutica, a grande satisfação por parte dos pais foi unânime.

Continua.

Nº	BASE DE DADOS	OBJETIVO DO ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
E07	Pubmed	Analisar a contribuição da técnica de Ponseti para a qualidade de vida de crianças portadoras do pé torto congênito.	A partir dos estudos analisados, observou-se que 83,3% destes apontaram eficácia elevada no tratamento do pé torto congênito de crianças por meio da técnica de Ponseti associada a uma melhora na qualidade de vida.	A técnica de Ponseti é altamente eficaz para correção da deformidade e propicia melhoria da qualidade de vida das crianças que são portadoras da patologia.

Fonte: Própria da autora.

Observamos, através do quadro acima, que o estudo o E01, demonstrou em seus resultados, que houve divisão completa do tendão em todos os casos de pé torto congênito, porém, foi comum a necessidade de realizar a manobra de secção mais de uma vez, devido à persistência de conexão tendínea residual entre os cotos. O teste de Thompson e a avaliação ultrassonográfica dinâmica foram capazes de evidenciar tenotomias incompletas.

O equino residual no tratamento do pé torto congênito pelo método de Ponseti vem recebendo atenção especial, pois é resistente às manipulações e trocas gessadas. Segundo Ippolito e Ponseti (1980), a retração dos ligamentos posteriores do retropé produz flexão plantar, mas há encurtamento do tríceps sural associado, que dificulta a correção do equino pelo método manipulativo. Em face destas evidências, a secção do tendão calcâneo torna-se necessária para a completa normalização das relações entre os ossos e obtenção de um pé plantígrado.

Já o estudo E02, retrata resultados de uma pesquisa realizada através de um questionário aplicado no 39º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, que do total de 5.329 ortopedistas inscritos, obteve-se 539 participações espontâneas; destes, somente 88 (16,30%) indivíduos executam o tratamento para o pé torto congênito; 78 (88,60%) aplicam o método de Ponseti; e nove (10,20%) o de Kite. Para 47,70%, o tratamento conservador é realizado entre quatro e seis meses e para

35,20% entre um e três meses; 58 (66,00%) entrevistados efetuam a tenotomia do tendão calcâneo em 80% a 100% de seus pacientes e 59 (67,05%) a realizam no centro cirúrgico devido às condições de segurança, assepsia, anestesia, facilidade de acesso e monitorização do paciente; 32 (36,36%) ortopedistas apresentam 80% ou mais de bons resultados, 54 (61,36%) apresentam 50% a 80% de bons resultados e 46 (52,27%) apresentam taxa de recidiva de 10%.

Embora a efetividade do método de Ponseti seja evidente, nos últimos 30 anos o papel da tenotomia do tendão calcâneo como elemento adjuvante da correção do PTC ainda não parece esclarecido. Esta tenotomia faz parte integrante desta abordagem terapêutica e está indicada em, aproximadamente, 70% a 80% dos pacientes (PONSETI, 2002).

Quanto ao local de realização da tenotomia, nos estudos de Burghardt. Herzenberg e Ranade (2008), demonstram que os médicos realizam a operação no centro cirúrgico e não ambulatorialmente, pelos possíveis riscos inerentes à técnica cirúrgica, ocasionando uma lesão vascular complicada pelo sangramento e formação de pseudoaneurismas.

Entretanto os estudos E03, E04, E05, E06 e E07, demonstram a eficácia do Método Ponseti, caracterizando-a como altamente eficaz para correção da deformidade e assim, propiciando a melhoria da qualidade de vida das crianças que são acometidas pela patologia. Visto que o estudo de Ponseti, vem se sobressaindo eficiente ao ser estudado comparativamente com outros métodos.

Mediante aos resultados destes 05 artigos, sabe-se que o PTC, enquanto patologia que implica no mau alinhamento completo do pé, acomete partes moles e ósseas (CURY et al., 2015). O PTC apresenta uma carga física, social, psicológica e financeira para pacientes, familiares e sociedade.

Globalmente, é a causa mais séria de incapacidade física entre todos os defeitos musculoesqueléticos congênitos (HEBERT et al., 2009). Portanto, apresenta muitas implicações negativas sobre a qualidade de vida do portador.

Entretanto, é tratável mediante a Técnica de Ponseti (MOSCA, 2010). A correção da deformidade pela técnica evita cirurgias e tem sido apontada como a de maiores benefícios, com implicações positivas sobre a qualidade de vida das crianças que possuem o agravo (MARANHO; VOLPON, 2011; LARA; TENENBAUM et al., 2013).

Com a aplicação da técnica de Ponseti foi possível, inicialmente, melhorar os aspectos físicos associados à patologia, trazendo resultados positivos sobre o domínio físico da qualidade de vida. Sobre a assertiva, Mindler et al. (2014) enfatizam que o

tratamento do pé torto com o método de Ponseti produziu bons resultados clínicos com altos escores funcionais.

Para Hallaj-Moghaddam et al. (2015) e Carpiaux et al. (2016), o método de Ponseti corrobora com a melhoria das relações motoras da criança, com a marcha sendo beneficiada. Jaqueto et al. (2016) e Drew, Gooberman-Hill e Lavy (2018) demonstraram, ainda, que os pacientes submetidos ao tratamento puderam exercer, de forma satisfatória, as suas atividades de vida diária sem qualquer limitação.

Além dos benefícios sobre os aspectos físicos, foi possível verificar que os pacientes que se submetem a Técnica de Ponseti apresentaram resposta positiva ao tratamento, com melhoras significativas nas relações socioculturais (CARPIAUX et al., 2016; MARQUEZ et al., 2017; JOCHYMEK; TUREK, 2018).

Adicionalmente, Hallaj-Moghaddam et al. (2015) destacaram, a partir de estudo, que 94,1% dos pais estavam completamente satisfeitos com a aparência do pé de seu filho após a efetivação da técnica, o que pode corroborar com a elevação da autoestima da criança.

Portanto, a literatura reconhece que a contribuição da técnica de Ponseti para a qualidade de vida, uma vez que melhora a vida futura das crianças que nascem com a deformidade (KHAN; KHANZADA, 2016).

Contudo, é relevante enfatizar que os demais estudos (13,3%) não identificaram quaisquer satisfação e analogia com a qualidade de vida, uma vez que indicaram eficácia insuficiente ou irrelevante, privilegiando outros métodos. Embora o número tenha sido bem inferior se comparado com os dados estatísticos relacionados com a positividade, é preciso refletir sobre tais achados.

Síntese do conhecimento

O método Ponseti frente a correção da deformidade pela técnica evita cirurgias e tem sido apontada como a de maiores benefícios, com implicações positivas sobre a qualidade de vida das crianças que possuem a patologia sendo assim com a aplicação da técnica de Ponseti foi possível, inicialmente, melhorar os aspectos físicos associados à patologia, trazendo resultados positivos sobre o domínio físico da qualidade de vida enfatizam que o tratamento do pé torto com o método de Ponseti produziu bons resultados clínicos com altos escores funcionais (CUNHA, 2019).

Quanto a recidiva, Jaqueto (2016), corrobora que os pés recidivos sem tratamento anterior em pacientes maiores de quatro anos são feita no fim da troca de gesso a transposição do tendão tibial anterior seguida por seis meses de aplicação de

órtese no tornozelo e pé, em vez do aparelho de Denis Brown, devido ao fato de esses pacientes já andarem. A recorrência da deformidade ocorreu em um desses casos e um fixador circular externo foi usado.

O diagnóstico pré-natal de pé torto tem repercussões sobre a mãe e sobre o estado psicológico da família e, em alguns casos, pode modificar o curso da gravidez (Souza JUNIOR *et al.*, 2018). Mesmo se o progresso da deformidade não puder ser modificado no útero, a maioria das mães admitem ser útil o fato de estarem cientes disso antes do nascimento de seus filhos. Embora seja verdade que o diagnóstico pré-natal deixe algumas questões mal resolvidas e que um falso positivo permaneça como uma possibilidade, ele permite que a mãe inicie o tratamento logo após o nascimento e procure aconselhamento genético.

De qualquer forma, a compreensão familiar do tratamento e as suas dificuldades, sejam físicas ou psicológicas, foram intensamente enfatizadas por meio de orientação aos pais e folhetos ilustrados. Uma dificuldade por parte de algumas famílias na compreensão da importância do tratamento e dos seus objetivos foi percebida. A essas foi necessário um acompanhamento mais cuidadoso, com vistas à conclusão do tratamento nos patamares pretendidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande maioria dos estudos retratam que os pacientes tratados pelo método ponseti ganha qualidade de vida, comparando a tratamentos anteriores com relatos de serem dolorosos para o paciente, são diversos os casos de negligência da família por meio cultural por não colocar gesso em um bebê novinho e causar sofrimento, por esse motivo é de grande relevância os profissionais de múltiplas áreas não somente medicina se aprofundar nesse assunto planejando ações para melhora na assistência a família e ao paciente.

Um grande desafio na pesquisa, a falta de artigos brasileiros, publicações de profissionais de enfermagem de outras categorias da saúde, pois todos eram de ortopedistas, devendo se possível ser uma ação multidisciplinar. Nota-se no estudo que a grande maioria dos artigos aborda os passos do método Ponseti assim permitindo aos profissionais conhecerem, apoiarem e orientarem quanto aos benefícios para a recuperação da criança.

Contudo, devido a precisão e especificidade faz-se necessário muitos mais estudos sobre método ponseti, além de também mais ações, como orientações, ensinar banho na fase do gesso, como retirar o gesso e qual horário, uso da dennis brown,

diâmetro da barra, angulação se fazerem bastante indispensáveis aos profissionais de enfermagem que auxiliam os médicos nesse tratamento, principalmente a família, pois a criança necessita de cuidados específicos que poderá diminuir o impacto causado pelo tratamento.

REFERÊNCIAS

CARPIAUX, A. M. et al. The effectiveness of the Ponseti Method for treating clubfoot associated with Amniotic Band Syndrome. **Journal of Pediatric Orthopaedics, Rosemont**, v. 36, n. 3, p. 284-288, Apr./May 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25985370>>. Acesso em: 10 mar, 2019.

BERTINATTO, R, et al. A presença do pé torto congênito atrasa o início da marcha? **Revista Brasileira de Ortopedia**. v. 55, n. 5, p. 637-641, 2020.

BURGHARDT, R.D.; HERZENBERG, J.E.; RANADE, A. Pseudoaneurysm after Ponseti percutaneous Achilles tenotomy: a case report. **Journal of Pediatric Orthopaedics**. v.28, n. 3, p. 366-9. Apr-May, 2008.

CHAIM, R.M et al. Avaliação transversal dos métodos terapêuticos do pé torto congênito equinovaro idiopático: controvérsias sobre a tenotomia do tendão calcâneo. **Revista brasileira de ortopedia**. [online]. vol. 45, p. 31-36, 2010.

CHUEIRE, A. J. F. et al. Tratamento do pé torto congênito pelo método de Ponseti. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 313-318, jun. 2016.

CAMPOS, C.M.B.F., et al. Órteses de EVA no tratamento para pé torto congênito em recém-nascidos. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 703-709, 2019. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1915>

CUNHA, S. L. B. et al. Qualidade de vida de crianças com pé torto congênito e a técnica de Ponseti. Ponta Grossa, Revista Brasileira de qualidade de vida, v.11, n. 1, 2019.

CURY, L. A. et al. Análise da eficácia do tratamento pelo método de Ponseti no pé torto congênito idiopático. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 33-36, nov. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/20920/pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

DREW, S.; GOOBERMAN-HILL, R.; LAVY, C. What factors impact on the implementation of clubfoot treatment services in low and middle-income countries?: a narrative synthesis of existing qualitative studies. **BMC Musculoskeletal Disorders**, Londres, v. 19, Mar. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5834880/>. Acesso em: 23 maio 2018.

FARIAS, P. et al. Experiência materna no cuidado do filho com paralisia cerebral: análise fundamentada na teoria de Roy. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 4, p. 22-30, out. 2018.

FORTE, O.F.; NOGUEIRA, M.P. Ponseti Method in Brazil: first ten years of a clubfoot website – users profile. **Acta Ortop Bras.** [online]. v. 28, n. 6, p. 269-274, 2020.

HALLAJ-MOGHADDAM, M. et al. Ponseti casting for severe club foot deformity: are clinical outcomes promising? **Advances in Orthopedics**, v. 2015, p. 1-5, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25755894>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

HEBERT, S. et al. **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2009.

IPPOLITO, E.; PONSETI, I. V. Congenital club foot in the human fetus. A histological study. **Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 62, n. 8, p. 22, 1980.

JAUQUETO, P. A. et al. Functional and clinical results achieved in congenital clubfoot patients treated by Ponseti's technique. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 51, n. 6, p. 657-661, nov. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198074/>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

JOCHYMEK, J.; TUREK, J. The ultrasonography evaluation of talar dysplasia as a potential prognostic factor for predicting the course and outcomes of clubfoot deformity treatment using Ponseti technique. **Acta Orthopaedica ET Traumatologica Turcica**, v. 52, n. 2, p. 87-91, Mar. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136334/>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

KHAN, S. M.; KHANZADA, S. M. Ponseti treatment for idiopathic clubfoot deformity-Role of secondary care hospitals. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 66, n. 1, p. 111-114, Jan. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26712195>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MARANHO, D. A. C. et al. Uso de agulha de grosso calibre para secção percutânea do tendão calcâneo no pé torto congênito tratado pelo método de Ponseti. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 18, n. 5, p. 271-276, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v18n5/v18n5a06.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MARANHO, D. A. C.; VOLPON, J. B. Pé torto congênito. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 19, n. 3, p. 163-169, 2011.

MARQUEZ, E. et al. The Ponseti technique and improved ankle dorsiflexion in children with relapsed clubfoot: a retrospective data analysis. **Journal of Pediatric Orthopaedics**, v. 26, n. 2, p. 116-121, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649368>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MINDLER, G. T. et al. Results of gait analysis including the Oxford foot model in children with clubfoot treated with the Ponseti method. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 96, n. 19, p. 1593-1599, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25274784>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MOSCA, V. S. Flexible flatfoot in children and adolescents. **Journal of Children s Orthopaedics**, v. 4, n. 2, p. 107-121, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839866/>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

PONSETI, I. V. **Congenital clubfoot**: fundamentals of treatment. Oxford: Oxford University Press; 1996.

_____. The ponseti technique for correction of congenital clubfoot. **Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 84, n. 10, p. 1889-1890, 2002.

SOUSA JÚNIOR, E.A.; PINTO, R.Z.A.; LOPES, F.A.S. "Recurrent Painful Angioleiomyoma of the Hindfoot: A Case Report". **Scientific Journal of the Foot & Ankle**. v. 13, n. 3, p. 235-5 September 30, 2019. Accessed April 9, 2021. <https://jfootankle.com/ScientificJournalFootAnkle/article/view/1096>.

SOUZA, M.T.S.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

SOUSA, L.M.M. et al. A metodologia da revisão integrativa da literatura de enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**. p.17-26, nov, 2017.

SOBRE OS AUTORES

Adriano da Costa Belarmino

Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-CE, Brasil.

Ana Karla Dantas Pinheiro

Enfermeira. Professora e orientadora de estágio do curso Técnico em Enfermagem pelo Instituto Centro de Ensino Tecnológico- CENTEC. Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Ana Karoline Marques Teixeira

Enfermeira pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). Sobral, Ceará, Brasil. Especialista em obstetrícia e Neonatologia.

Ana Natara Ponte Lopes

Enfermeira pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). Sobral, Ceará, Brasil.

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Enfermeiro pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, mestrado em Saúde Coletiva, pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR, doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UNIFOR. É professor da Graduação em Enfermagem e da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Aretha Maria Aragão Taumaturgo

Enfermeira pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). Sobral – Ceará, Brasil.

Breno da Silva Barroso

Enfermeiro pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). Especialista em Obstetrícia pelo Centro Educacional Ícone.

Bruna Aparecida Teixeira Sousa

Enfermeira pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). Especialista em Urgência e Emergência pela Escola Superior da Amazônia.

Edmilson Ferreira Bezerra Filho

Fisioterapeuta pelo Centro universitário INTA (UNINTA). Sobral – Ceará. Brasil

Ilvana Lima Verde Gomes Enfermeira

Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (2000), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social (2007) e pós-doutorado pela Universidade Federal da Bahia/ Instituto de Saúde Coletiva (2015). Atualmente é Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ingrid Stuart de Oliveira Pontes Lima

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) (2019). Especialista em Pediatria e Neonatologia pela Faculdade Integrada do Ceará- FIC (2019). Membro do grupo de pesquisa no diretório do CNPq: Redes Integradas de Saúde (2017).

Ítalo Lennon Sales de Almeida

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutorando do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Especialização em Terapia Intensiva concluída (Escola de Saúde Pública do Ceará).

Janaína dos Santos Mendes

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC) (2003). Especialização em Saúde da Família-Escola de Saúde Pública do Ceará (2004). Especialização em Terapia Intensiva -Universidade Estadual do Ceará (2012). Mestrado Profissionalizante em Terapia Intensiva-Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (2015).

Larissa Cunha Alves de Holanda

Enfermeira. Mestre em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE). Docente do curso de enfermagem pelo Centro Universitario INTA – UNINTA, Sobral- Ceará, Brasil.

Lorena Campos de Souza

Enfermeira. Graduada pela FANOR em 2014.1. Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela UECE. Mestre em Transplante de órgãos sólidos (UECE).

Maisa Leitão de Queiroz

Enfermeira pelo Centro Universitário Ateneu (UniAteneu). Bolsista de Apoio Técnico em Extensão no País do CNPq - Nível A do Núcleo de Estudos em HIV/AIDS e Doenças Associadas (NEAIDS) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Saúde Coletiva e UTI Neonatal e Pediátrica.

Maria Cristiane Soares de Lemos

Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Sobral- CE, Brasil.

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza (2012), Especialista em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistemas de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2016). Especialista em Vigilância em Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês (2017). Mestre em Saúde Coletiva pela UECE.

Maria Vilaní Cavalcante Guedes

Enfermeira pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, agregada à Universidade Federal do Ceará (1973), Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (1990), Livre Docência em Educação em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2000) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade de Federal do Ceará (2005). Atualmente é Professor Associado O da Universidade Estadual do Ceará.

Maria Célia de Freitas

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (1983), Mestrado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (1999) e Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2003). Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Atualmente é professora da Universidade Estadual do Ceará e Enfermeira assistencial do Instituto Doutor José Frota.

Natana de Moraes Ramos

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) pela Universidade Estadual do Ceará, Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Especialista em Enfermagem em Emergência e Cuidados Intensivos pelo Centro Universitário São Camilo e Bacharel em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).

Patricia de Oliveira Bastos

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza, Brasil (2009). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Católica Dom Bosco, Brasil (2012). Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela Escola de Saúde Pública, Brasil (2014). Especialista em Qualidade e Segurança no cuidado ao Paciente, Hospital Sírio Libanês, 2016. Mestre em Saúde Coletiva (UECE).

Roberta Nunes

Direito pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Rhanna Emanuela Fontenele Lima Carvalho

Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Atua como professora dos Programas de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos e Saúde (PPCCLIS) e do Mestrado Profissional em Criança e Adolescente. Atualmente é tutora do Programa de Educação Tutorial (PET/Enf/ UECE) e vice coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UECE).

Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque

Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2003.1). Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará (2006). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (2010), Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Centro Universitário Inta - UNINTA.

Tayane Olimpio Silva

Enfermeira pelo Centro Universitário Ateneu (UniAteneu).

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (1982), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1998), doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2001) e pós-doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (2017). Professora adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE) no curso de graduação em enfermagem; vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos - UECE.

Victor Hugo Santos de Castro

Educador Físico pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Gestão em Saúde e em Gestão Pedagógica pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Especialista em Saúde Mental, pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESPCE, na modalidade residência multiprofissional. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulta de enfermagem.....	24, 26, 31, 32, 33, 38
Deficiência visual.....	7, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92
Educação em saúde.....	5, 24, 34, 35, 52, 64, 69, 74, 76, 77
Empoderamento da mulher.....	24, 26, 27
Enfermeiro.....	24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 45, 53, 66, 76, 95, 97, 98, 99, 100, 106, 107, 108, 109, 113, 118, 121, 131, 132
Erro humano.....	7, 125, 130, 132, 133
Gestação.....	10, 11, 14, 17, 24, 25, 32, 35, 36, 53, 57, 64, 65, 70, 71, 74, 95, 96, 97, 135
Gestantes.....	24, 25, 26, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 69, 70, 95, 96, 100, 102, 105, 108, 109
Método Mãe Canguru.....	23, 74, 81
Método ponseti.....	134, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 147, 148
Mortalidade infantil.....	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 53, 65, 96
Mortalidade neonatal.....	10, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 109
Óbito infantil.....	9, 13, 14, 16, 19
Parto normal.....	27, 34, 38, 52, 54, 57, 95, 97, 98, 99, 100, 103, 105, 107, 108, 109
Plano de parto.....	24, 34, 36, 37
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.....	11, 21
Práticas formativas em saúde.....	40, 41
Pré-natal.....	10, 16, 17, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 50, 51, 53, 61, 69, 80, 96, 97, 100, 102, 109, 148
Pré-natal.....	24, 36, 37, 109
Prematuridade.....	10, 15, 16, 18, 23, 64, 65, 66, 70, 74, 75, 80, 81, 101
Processo formativo em saúde.....	40, 41, 47
Recém-nascido.....	10, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 26, 32, 33, 35, 56, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 75, 79, 80, 81, 82, 96, 97, 100, 106, 107, 108, 109, 149
Saúde da criança.....	9, 10, 11, 21, 32, 62, 134, 153

Saúde materno-infantil.....	10, 50, 51, 52, 53, 54, 62, 99
Serviços de saúde	10, 11, 16, 19, 21, 43, 46, 50, 51, 55, 59, 60, 77, 78, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 103, 104, 108, 109, 111, 113, 115, 123, 124, 126

ISBN 978-658909190-5

