

ISSN 1984-753X  
ISSN 2177-045X (online)

# RETEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional  
Journal of Trends Of Professional Nursing

v.16 n. 1 2022

[www.coren-ce.org.br](http://www.coren-ce.org.br)

## Sumário

- [3](#) Editorial
- [4](#) Consequências de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto  
*Consequences of obstetric interventions during labor non-pharmacological methods for pain relief used in labor*  
**Renata Bernado Sales<sup>1</sup>, Aline de Souza Pereira<sup>2</sup>, Priscila de Sousa Leitão<sup>3</sup>, Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante<sup>4</sup>, Ana Paula Almeida Dias da Silva<sup>5</sup>, Lara Liz Sousa Oliveira<sup>6</sup>.**
- [14](#) Qualidade do sono dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva  
*Sleep quality of health professionals in an intensive care unit*  
**Renan Andrade Martini<sup>1</sup>, Jucinei Araújo de Jesus<sup>2</sup>.**
- [22](#) A atuação do enfermeiro como responsável técnico da sala de vacina : revisão de literatura  
*The role of the nurse as the technician responsible for the vaccine room : literature review*  
**Eveline Silva Lima<sup>1</sup>; Aline de Souza Pereira<sup>2</sup>; Ana Vitória Andrade de Sousa Mendes<sup>3</sup>; Clara Emillyn Alves de Araújo<sup>4</sup> ; Maria Tayslane Crispim de Souza <sup>5</sup>; Roberta Balreira Arrais Maia<sup>6</sup>.**
- [32](#) Navegação em enfermagem oncológica: Perfil e Satisfação dos pacientes oncológicos  
*Navigation in Oncology Nursing: Profile and Satisfaction of Oncology Patients*  
**Vera Lúcia Pereira de Andrade<sup>1</sup>; Larissa Sousa da França<sup>2</sup>; Larissa Sousa da França<sup>3</sup>; Juliana Palácio de Queiroz Ventura Barros<sup>4</sup>; Suzana Benetti Bahlis Aires<sup>5</sup>; Isadora Marques<sup>6</sup>.**
- [39](#) Análise da tendência de mortalidade do câncer na região de saúde de itapipoca nos últimos dez anos  
*Cancer mortality trend analysis in Itapipoca health region in the past ten years*  
**Maria Samara Farias<sup>1</sup>, Sueli Holanda Paiva<sup>2</sup>, Georgina Freire Machado<sup>3</sup>, Mirem Maite Uribe Arregi<sup>4</sup>.**





### Marta Brandão

Atual presidente do Sindsaúde Ceará, uma entidade sindical que representa profissionais da saúde do nível médio, em sua maioria, mulheres, Marta Brandão, ou simplesmente Martinha, como é conhecida, é graduada em serviço social e carrega uma extensa bagagem de lutas em defesa dos direitos de trabalhadores e trabalhadoras. Na área da saúde desde 2008, filiou-se ao Sindsaúde Ceará, onde logo assumiu liderança, sendo eleita presidente da entidade em 2012, sendo reeleita em 2015 e, por fim, em 2019 para o atual mandato de quatro anos (2020-2023). Atuante, sempre na linha de frente nas ações do sindicato, Martinha é reconhecida pela teimosia, pela capacidade de resistir e de promover diálogos com gestores públicos e privados, além de ter uma boa circulação junto às casas legislativas, sempre em defesa de quem cuida da vida.

## A incansável luta de quem cuida por valorização.

Há dois anos, em 2020, os profissionais da saúde ganharam os holofotes no enfrentamento à pandemia da Covid-19. Por um momento, a categoria e as entidades representativas dessas trabalhadoras, em sua grande maioria mulheres, chegou a acreditar que toda essa exposição, com aplausos e reconhecimento da sociedade em geral do importante papel dessas profissionais, seria transformada em valorização pelos patrões.

Mas os fatos dizem o contrário. Técnicas e auxiliares de enfermagem compõe a grande maioria das profissionais da saúde. Foram elas que mais adoeceram e morreram na pandemia. Quem sobrevive até agora, traz as marcas da dor, do medo, do cansaço, das perdas. As jornadas exaustivas e mal remuneradas costumam deixar essas profissionais sem tempo para descanso. O que falta de tempo para um descanso reparador, sobra em sequelas que adoecem mental e emocionalmente.

É muito comum, e isso se intensificou nos anos de pandemia, ouvir relatos de profissionais que passaram a necessitar de remédios para dormir. As crises de ansiedade dispararam e abriram as portas para os transtornos mentais. Mesmo com tudo isso, os patrões não parecem ter se sensibilizado e na hora de negociar acordos e convenções coletivas, acenam com propostas imorais, reajustes irrisórios, que não cobrem sequer a inflação, colocando essas profissionais a um passo da escravidão.

São esses mesmos patrões que atuam nos bastidores para pressionar os deputados e não deixar que seja votado o Projeto de Lei 2564, que cria o piso nacional da enfermagem. A criação de um piso nacional e a instituição da jornada de 30 horas são reivindicações antigas que devem trazer mais qualidade de vida a estas profissionais e, por consequência, uma melhor prestação de serviços.

Mas como travar essa luta contra o poderio dos empresários endinheirados que lucram quanto mais a sociedade adoecer? É uma luta desigual, onde a força do dinheiro fala mais alto. E esses mesmos empresários, não contentes, ainda querem amordaçar os sindicatos para deixar as trabalhadoras ainda mais vulneráveis para que, assim, elas aceitem qualquer coisa.

Os tempos não eram, não são e nem serão fáceis. Os ataques aos sindicatos e aos direitos dos trabalhadores não param. E na busca do respeito e da valorização merecidas dessas profissionais, só resta um caminho: a luta. Seja nas ruas ou nas redes, resistir é preciso.

## ARTIGO DE REVISÃO



# Consequências de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto

## *Consequences of obstetric interventions during labor* *Non-pharmacological methods for pain relief used in labor*

Renata Bernado Sales<sup>1</sup>, Aline de Souza Pereira<sup>2</sup>, Priscila de Sousa Leitão<sup>3</sup>, Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante<sup>4</sup>, Ana Paula Almeida Dias da Silva<sup>5</sup>, Lara Liz Sousa Oliveira<sup>6</sup>.

**1** Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus; **2** Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Christus - Unichristus. Especialização em Enfermagem Obstétrica; **3** Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus; **4** Doutora em Saúde Coletiva - UNIFOR. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Christus - Unichristus; **5** Mestre em Cuidados Clínicos – UECE. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Christus – Unichristus; **6** Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus.

### Abstract

Humanized care during childbirth encompasses knowledge, practices and attitudes aimed at ensuring a healthy birth. Childbirth is considered a physiological, natural event that belongs to the female nature. It is a unique experience, and should be lived in the best possible way. Interventions carried out at that time should aim to bring positive contributions, and have scientific support for their use, without taking the role of women and unfavorable outcomes. This study aims to highlight obstetric interventions performed in labor and delivery and how they change the outcome of birth. This is a narrative review of a qualitative nature, composed of studies available in the databases of the Virtual Health Library, LILACS, SCIELO and BDEnf. The interventions listed were the use of a venous catheter; oxytocin to accelerate labor; amniotomy, for women with an intact bag at admission; spinal/epidural analgesia; lithotomy; Kristeller's maneuver; episiotomy for vaginal delivery and cesarean section and the use of forceps. The adoption of measures that interfere with the autonomy of women during childbirth must respect aspects such as the need, consent, feasibility, and absence of measures to support, unnecessary intervention can constitute obstetric violence and bring harm to the health of the woman and the baby. The insertion of methodology in labor contradicts the perspectives of humanization, it is important to train women from prenatal care so that they are informed about their rights and how they may be contradicted. Also, awareness when using good practices and dispensing with unnecessary conduct.

**Descriptors:** Maternal and Child Health. Labor. Childbirth. Nursing Care.

### Resumo

A atenção humanizada durante o parto engloba conhecimentos, práticas e atitudes que têm em vista garantir o nascimento saudável. O parto é considerado um evento fisiológico, natural, que pertence à natureza feminina. É uma experiência única, e deve ser vivida da melhor forma possível. As intervenções realizadas nesse momento devem ter a finalidade de trazer contribuições positivas, e possuir respaldo científico para o seu emprego, sem tirar o protagonismo da mulher e desfechos desfavoráveis. Esse estudo tem como objetivo evidenciar intervenções obstétricas realizadas no trabalho de parto e parto e como elas mudam o desfecho do nascimento. Trata-se de uma revisão narrativa de natureza qualitativa, composta por estudos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, LILACS, SCIELO e BDEnf. As intervenções elencadas foram o uso de cateter venoso; ocitocina para aceleração do trabalho de parto; amniotomia, para mulheres com bolsa íntegra na admissão; analgesia raque/epidural; litotomia; manobra de Kristeller; episiotomia para parto vaginal e realização de cesariana e a utilização do fórceps. A adoção de medidas que interferem na autonomia da mulher durante o parto deve respeitar aspectos como a necessidade, consentimento, viabilidade, e ausência de medidas para suporte, a intervenção desnecessária pode constituir violência obstétrica e trazer prejuízos a saúde da mulher e do bebê. A inserção de metodologia no trabalho de parto contraria as perspectivas da humanização, é importante a capacitação das mulheres desde o pré-natal para que as mesmas estejam informadas sobre seus direitos e como eles podem estar sendo contrariados. Ainda, a conscientização quando a utilização de boas prática e dispensa de condutas desnecessárias.

**Descritores:** Enfermagem. Saúde Materno-Infantil. Trabalho de Parto. Parto. Assistência de Enfermagem.

Não declarados  
conflitos  
de interesse

## INTRODUÇÃO

O parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psicossocial da mulher. A vivência da gestação e do nascimento são eventos sociais, que marcam alguns dos momentos mais importantes na vida da mesma.<sup>1</sup> Consiste numa experiência singular da vida reprodutiva e é permeada de significados e diferentes emoções e sensações.<sup>2</sup>

A intervenção no parto consiste na adoção de metodologias e medidas terapêuticas ou naturais que objetivam proporcionar alguma condição que tragam desfechos neonatais e maternos positivos, no entanto, o reconhecimento dessas ações bem como a necessidade de implementação deve ser analisado de forma cautelosa.

Na antiguidade, como nos dias atuais o processo de nascimento era compreendido como um evento natural, de caráter íntimo e privado, compartilhado entre as mulheres e seus familiares, que possuía diversos sentidos culturais. Com o desenvolvimento teórico-prático observado no Renascimento, a obstetrícia passou a ser aceita como uma disciplina técnica-científica e dominada pelo homem. Sendo determinado pelo incentivo à hospitalização, a intensa medicalização do corpo feminino, o que resultou na perda da autonomia e do protagonismo da mulher, na cena do parto.<sup>3</sup>

A perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando na qualidade de vida por meio de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica de um processo fisiológico natural configura condições de violência obstétrica.<sup>2</sup>

A realização do parto no ambiente hospitalar, associada à disponibilidade tecnológica no cuidado à saúde, contribuiu para a organização da assistência como uma linha de produção, acentuando o parto como um ato médico, cuja capacidade de escolha passou a ser de responsabilidade exclusiva do profissional, causando desapontamento do desejo das mulheres, que perdem a sua privacidade e liberdade de escolha.<sup>1,2</sup>

Uma prova dessa situação é que a Organização Mundial da Saúde (OMS) fornece dados, em que o Brasil teve em 2017, 55% dos seus partos realizados por meio cirúrgico, taxa muito superior à recomendada que é de 15%. O medo da dor e de sofrer violência aparecem como fatores negativos do processo de parir, isso reflete o impacto da violência obstétrica na saúde e reforça a importância da informação nesse ciclo de gestar e parir. A cesariana destaca-se no cenário, como o modo 'normal' de nascer na sociedade moderna. As altas taxas de parto cirúrgico a pedido da gestante ou baseadas em indicações não clínicas, caracterizam o novo perfil obstétrico.<sup>5</sup>

O protagonismo da mulher na hora do parto configura uma das prioridades propostas pela Política Nacional de Humanização. A atenção humanizada durante o parto engloba conhecimentos, práticas e atitudes que têm em vista garantir o parto e nascimento saudáveis<sup>1</sup>, portanto, exprime a necessidade de alterações no entendimento do parto, como experiência humana e, para quem presta a assistência, é uma transformação em como agir no momento oportuno diante do sofrimento do outro. Levando em consideração a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.<sup>4,6</sup>

Estima-se que o aumento da morbidade materna e infantil e experiência negativa do parto estão relacionados ao alto índice de cesarianas sem justificativa e a manifestação de procedimentos obstétricos desnecessários como a episiotomia, manobra de Kristeller, uso da tricotomia, proibição da ingestão de alimentos ou bebidas a posição horizontal no parto, que além de retardar o trabalho de parto, aumenta as dores da contração e tantas outras formas que não podem ser ignoradas.<sup>2</sup>

Com o intuito de transformar esse cenário, a enfermagem tem ganhado um espaço valioso e isso pode resultar em mudanças significativas do contexto atual. Atuando com métodos que diminuem intervenções desnecessárias na atenção à mulher ao parto e nascimento, como preconizado pela OMS. Considerando primeiramente a fisiologia feminina, respeitando a sua autonomia e direito a um parto respeitoso, dentro das suas expectativas, traduzindo um cuidado com segurança, perpetuando uma atenção respeitosa com dignidade e privacidade, assegurando todo apoio necessário para uma assistência humanizada.<sup>6</sup>

Diante do exposto indaga-se: Como às intervenções podem alterar o resultado de um trabalho de parto?

Nesse escopo, frente considerações apresentadas à pesquisa se apóia na relevância e reflexão que esse tema despertou no decorrer das vivências acadêmicas, como também, no interesse de identificar na literatura estudos que abordassem a temática relacionada às intervenções no parto e os desfechos associados a essas. Assim, tem como objetivo evidenciar intervenções realizadas no parto e como elas mudam o desfecho do nascimento.

## METODOLOGIA

O presente estudo consiste numa revisão narrativa de natureza qualitativa, que tem como característica a descrição e discussão do "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.

Com base na problemática tem-se a seguinte questão: Como às intervenções podem alterar o resultado de um trabalho de parto?

A coleta foi realizada no período de agosto a Outubro de 2021, onde se realizou o levantamento das publicações nas bases de dados, onde as escolhidas foram Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) e Biblioteca de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados os seguintes descritores para as buscas: Saúde Materno-Infantil; Trabalho de Parto; Parto; Assistência de Enfermagem.

Após a identificação dos materiais nas bases de dados, submeteu-se aos critérios de inclusão e exclusão. Para os critérios de inclusão foram considerados os artigos originais, gratuitos, disponíveis na íntegra, em português, publicações no período de 2016 a 2021, que apresentavam conotação direta com o tema e atendiam ao objetivo e livros. Excluíram-se resumos, estudos duplicados e artigos que não atendiam ao plano proposto.

Foram separados então, 10 materiais para uma leitura analítica e aprofundada, que foram dispostos num quadro contendo informações relevantes compondo dessa forma, os resultados.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os estudos identificados para confecção das discussões serão organizados no quadro 1, apresentando uma síntese, conforme autoria, ano, método e principais achados.

Quadro 1: Síntese dos estudos selecionados.

| Autor/Ano          | Método                                                                               | Principais Achados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alves et al., 2021 | Foram utilizados dados primários da pesquisa                                         | As manobras de amniotomia após a internação e Kristeller na hora do parto, na análise bivariada, não mostraram diferença estatisticamente significativa segundo a cor da pele. As mulheres de cor de pele preta tiveram menores percentuais de parto em posição outra que não a litotomia e de ter sido feita episiotomia, assim como referência na dor durante a sutura da episiotomia. |
| Terto et al., 2021 | Estudo transversal com 758 mulheres selecionadas por ocasião da realização de parto. | Mulheres internadas precocemente foram submetidas a um maior número de intervenções como a manobra de Kristeller, infusão de ocitocina                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                           | e analgesia, chances de terem seus filhos por cesariana quando comparadas às mulheres que tiveram a internação oportuna.                                                                                                                                                                     |
| Sehnm et al., 2020   | Pesquisa qualitativa, realizada com 14 puérperas atendidas em Estratégias Saúde da Família da área urbana de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil.                                                                                | As intervenções enumeradas foram à manobra de Kristeller, utilização do fórceps, uso rotineiro da episiotomia e agressões verbais.                                                                                                                                                           |
| Ritter et al., 2020  | Estudo transversal, retrospectivo, analítico, realizado no centro obstétrico de um hospital público de Porto Alegre/RS, com 186 parturientes de risco habitual.                                                                                           | Revelou a redução de intervenções como tricotomia, uso de supositório retal, posição litotômica, uso de medicamentos para alívio da dor, analgesia epidural, uso de ocitocina, cateterização venosa e aumento percentual de práticas como a mudança de posição.                              |
| Alvares et al., 2020 | Estudo quantitativo, realizado em uma Unidade de Pré- Parto/Parto/Pós-parto de um Hospital de Ensino com puérperas de parto normal. Foi realizada associação entre as práticas obstétricas e os níveis de bem-estar/mal-estar materno, com 104 puérperas. | Realização de amniotomia; episiotomia; adoção de posições horizontalizadas no período expulsivo; a não utilização de tecnologias não invasivas de cuidado e o não contato pele a pele mãe-filho.                                                                                             |
| Melo et al., 2020    | Pesquisa de delineamento transversal foram investigados uso de                                                                                                                                                                                            | Existe associação entre os tipos de parto e o uso das intervenções médicas no trabalho de parto. Nos                                                                                                                                                                                         |
|                      | tecnologias, tipo de parto, intervenções realizadas. Os dados são de um livro de registros das pacientes internadas no período de 7 meses do ano de 2017, perfazendo 485 partos.                                                                          | partos do tipo parto cesáreo e parto normal com episiotomia os percentuais chegam próximos a 90% com o uso de Intervenções médicas.                                                                                                                                                          |
| Souza et al., 2020   | Trata-se de estudo transversal de cunho documental, correlacional, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (UFC).                                              | Utilizaram ocitocina no momento da dilatação e/ ou expulsão. Quanto à amniotomia, o fórceps foi utilizado em apenas um caso, episiotomia, manobra de Kristeller e houve distocias de ombro.                                                                                                  |
| Lansky et al., 2019  | Estudo transversal multicêntrico e multimétodos, em que foram utilizados os dados coletados em entrevistas após o parto, entre junho de 2015 a janeiro de 2017, com 555 gestantes.                                                                        | Foram submetidas à manobra de Kristeller; posição litotômica; episiotomia; não utilizaram métodos não farmacológicos durante o parto; ficaram sem acompanhante durante a internação para o parto; não tiveram contato pele a pele imediato com seu filho.                                    |
| Leal et al., 2019    | O estudo avaliação da Rede Cegonha incluiu todas as 606 maternidades públicas e mistas envolvidas na Rede Cegonha e um total de 10.675 puérperas. O estudo Nascer Saudável incluiu uma amostra de conveniência de 12 hospitais da rede privada.           | Houve um aumento significativo do número de mulheres com acesso à tecnologia apropriada ao parto entre os anos de 2011 e 2017 e redução de práticas consideradas prejudiciais. No setor privado, observou-se também redução nas taxas de cesariana e aumento da idade gestacional ao nascer. |



|                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leal et al., 2014 | Estudo de base hospitalar realizada em 2011/2012, com entrevistas de 23.894 mulheres. | Nesse estudo foi observado que ocorreram intervenções como procedimentos não farmacológicos; avaliação de progresso com partograma; a punção venosa periférica; uso de ocitocina e a aminiotomia; analgesia raqui/epidural; posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia. |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com os resultados elencados foi possível observar a referência de diferentes intervenções durante o parto. Apesar da ocorrência dessas interferências tidas na literatura, em muitos casos, desnecessárias, foram documentadas ações positivas proporcionando uma experiência memorável para a mulher.

O parto é definido como um evento natural, fisiológico composto por diferentes fases que culminam no nascimento da criança. Existem condições em que determinam a ingerência do profissional de saúde, principalmente em casos que apresentam riscos tanto para a mãe, quanto para o conceito.<sup>7</sup> No entanto, na ausência de intercorrências, o parto pode ser acompanhado de forma a respeitar o protagonismo da mulher, contribuindo apenas para o suporte nesse momento.<sup>8</sup>

As intervenções realizadas no trabalho de parto devem se implementadas de forma criteriosa, sendo empregadas quando for configurado um elemento importante para a efetividade do modelo de assistência ao parto na redução da morbimortalidade materna e perinatal.<sup>8,9</sup> Todavia, preconizam-se as ações baseadas nas evidências e as práticas que são efetivas nos grupos elencados para utilização, não sendo utilizado de forma rotineira indiscriminada podendo ocasionar complicações, que por vezes exigem a realização de cesariana para preservar o bem-estar materno-fetal.<sup>10</sup>

No que refere as interferências realizadas no momento do parto, os estudos selecionados evidenciaram práticas como o uso de cateter venoso; ocitocina para aceleração do trabalho de parto; amniotomia, para mulheres com bolsa íntegra na admissão; analgesia raque/epidural; litotomia; manobra de Kristeller<sup>11</sup>; episiotomia para parto vaginal e realização de cesariana<sup>12</sup>. Apenas um estudo cita a utilização do fórceps<sup>13</sup>.

Observou-se que existe uma discrepância quanto às recomendações para a utilização de condutas que equivalem à humanização do processo de parto, o que remete a circunstâncias em que o desejo da mulher e autonomia deve ser respeitado, assim, a partir do momento em que ações consideradas dispensáveis são empregadas, sem consentimento, pode-se configurar violência obstétrica.<sup>7,11</sup>

A adoção de procedimentos desnecessários ou inadequadamente utilizados, como amniotomia precoce, infusão endovenosa de ocitocina e analgesia, alteram o curso fisiológico do parto e pode

desencadear uma cascata de eventos, em que uma intercessão condiciona a outra.<sup>10</sup> Com isso, elevam-se progressivamente o nível de complexidade dos procedimentos e o risco obstétrico e perinatal.<sup>12</sup>

O modelo de atenção ao parto com a utilização excessiva de intervenções tem perdido o respaldo na literatura.<sup>11</sup> A episiotomia é um exemplo, que se incorporou na rotina da assistência ao parto desde o início do século passado visando à redução do dano causado pela laceração natural do períneo, reduzindo

assim, o risco de uma incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto.<sup>12;13</sup> Nesse ínterim, consiste em uma conduta incorporada a prática clínica obstétrica sem aprofundamento quanto aos riscos potenciais e benefícios.<sup>10</sup>

Ademais, segundo a Organização Mundial da Saúde a episiotomia necessita ser restrita a 10% dos partos, e deve ser realizada somente quando há extrema necessidade. Esse tipo de procedimento pode causar infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações em longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal.<sup>13</sup> A laceração espontânea tem melhor cicatrização e menor tempo de recuperação do que o corte cirúrgico. E por essas razões, as novas diretrizes clínicas desestimulam seu uso rotineiro na assistência ao parto.<sup>14</sup>

O uso de ocitocina durante o trabalho de parto também foi retratado nos estudos, sua aplicação promove as contrações uterinas, que provocam a dilatação do colo uterino.<sup>12;13</sup> Porém, a sua administração em doses excessivas produz um super estímulo uterino que pode causar sofrimento fetal, asfixia e morte, ou pode conduzir a hipertonia ou ruptura uterina.<sup>15</sup>

A posição de litotomia é descrita como uma conduta bastante aplicada. E De acordo com a pesquisa Nacer, realizada em 2012 pela Fundação Oswaldo Cruz, 91,7% dos partos vaginais no Brasil foram realizados nesta posição.<sup>13</sup> Nada obstante, essa não é uma posição adequada para o parto, nem para a mãe, nem para o bebê, pois dificulta a ação da gravidade, prejudicando a descida e encaixe, reduz a amplitude da bacia e o diâmetro pélvico, aumenta o risco de compressão sobre a aorta e a veia cava reduz o fluxo de sangue enviado para o útero e pode afetar a oxigenação fetal.<sup>14</sup>

Em substituição à posição de litotomia clássica, pelas verticalizadas como semi-sentada, sentada, de cócoras, são posições que promovem um parto mais rápido, com duração menor do período expulsivo, redução nas taxas de episiotomia, maior mobilidade do sacro, aumentando o diâmetro de saída da pélvis, facilitando a expulsão do bebê.<sup>15</sup> Vale ressaltar que essa postura deixa a mulher exposta, limitada, e impotente, por essa razão, deve-se sempre considerar o desejo e o conforto da mulher nesse momento.<sup>12</sup>

Outra intervenção denotada nos estudos é a amniotomia uma prática bastante contestada na prática obstétrica. Indicado como método de indução de parto, consiste na ruptura artificial das membranas ovulares por meio de um instrumento esterilizado introduzido na cérvix através do toque

vaginal, podendo ser realizada no início, durante ou final do trabalho de parto. Enquanto isso, apesar de justificativas favoráveis a implementação desta, essa conduta é preditora para o risco de cesarianas, entre outras condições.<sup>13;14</sup>

A compressão do fundo uterino objetivando a abreviação do trabalho de parto é definida como a manobra de Kristeller, pratica obsoleta contra-indiciada e proibida em muitos países. Ainda está presente na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia.<sup>12</sup>

Trata-se de uma das intervenções identificadas entre os estudos selecionados nessa pesquisa. Existem riscos potenciais no uso dessa manobra, que incluem lesão do esfíncter anal, rotura uterina, fraturas e danos cerebrais no recém-nascido, entre outros.<sup>15</sup>

Apesar de ser abordado em apenas um estudo, o fórceps, instrumento destinado a apreender a cabeça do feto para extração através do canal do parto quando há um prolongamento do período expulsivo, que podem gerar consequências para a mãe e para o bebê,<sup>15</sup> consiste numa intervenção que bastante questionada, porém, como diversas outras, necessita de indicação para utilização, pois podem acarretar desfechos desfavoráveis como lesões na mãe e no bebê.<sup>16</sup>

Não obstante a configuração de intervenções propriamente ditas foi descrito adoção de atitudes consideradas “desumanizadoras”, como maus tratos, impaciência, impedimento de alimentação e ingestão líquida, proibição de entrada de acompanhante, ausência de esclarecimento quanto a pratica realizada, excesso de toque, exposição excessiva, entre outros.<sup>11</sup>

Consta que as intervenções utilizadas durante o parto, são empregadas por diferentes motivos, desde a pressa dos profissionais, quanto a estrutura da instituição entre outros motivos.<sup>13</sup> Acontece que o parto constitui um evento natural, e a intervenção interrompe esse processo, principalmente quando implementada de forma desnecessária, o que pode caracterizar violência obstétrica.<sup>15</sup>

Diante dessa questão, a humanização do parto tem sido evidenciada e exaltada na pratica clinica durante o parto. Em que ações devem ser empregadas desde o pré-natal, perdurando ate o pós-parto. Estabelecidas como boas práticas são procedimentos que resgatam o objetivo do parto natural, promovendo o a autonomia e o respeito às individualidades da mulher.<sup>4;5</sup>

Condutas como a monitoração do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto; oferta de líquidos; respeito às escolhas; promoção da liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto; encorajamento; adoção de medidas não farmacológicas para a dor; permitir o acompanhante quando for solicitado pela gestante; empatia; entre outras medidas, constituem elementos que comprovam o protagonismo da mulher no momento do parto.<sup>4</sup>

Vale ressaltar que as intervenções obstétricas possuem um objetivo de contribuir no parto<sup>14</sup>, frente às condições identificadas que configura situações que podem ocasionar prejuízos a saúde da materno-infantil. Porém algumas dessas práticas devem ser realizadas de forma responsável e quando houver



necessidade, sendo completamente dispensadas na ausência dessas.<sup>15</sup> Pois a implementação envolvem riscos, em muitos casos, superiores a não intervenção.

A literatura explicita de forma criteriosa os momentos em que cada conduta pode ser aplicada, ou seja, não é algo que pode ser feito de forma deliberada.<sup>14;15</sup> Porém essa primeira exalta de forma abrangente a preconização da humanizaçãodo parto.

## CONCLUSÃO

Diferentes são as intervenções realizadas durante o parto, e essas podem seridentificadas como necessárias e desnecessárias. Sendo o parto um processo fisiológico, em que a mulher deve exercer sua autonomia, as essas intervenções devem ser empregadas visando à evidência desse evento.

As condutas elencadas pelos materiais selecionados constituem elementos que necessitam de uma base científica e um contexto adequado para utilização,caso contrário, são dispensáveis. Ainda, existem condições em que o emprego dessas acaba desencadeando agravos a saúde da mãe e do bebê.

Essas intervenções, apesar de ainda serem implementadas nas práticas clínicas da obstetrícia configuram elementos defasados e que contrariam a proposta da humanização, e também, o significado do parto, como um evento natural. Conforme já evidenciado no estudo, a mecanização do parto trouxe consequências nocivas que culminou na morte de muitas mulheres ao longo da história, e por mais que ocorram situações em que necessite do emprego de alguma ação, é essencial aeleição de uma conduta que não traga desfechos prejudiciais.

É importante conscientizar os profissionais e capacitar às mulheres quanto a essas questões, visto que as utilizações de algumas intervenções sem consentimento e necessidade podem trazer prejuízos que perpassam o parto, e afetam a saúde física e mental da mulher, inclusive, podendo ser entendida como uma situação que configura violência obstétrica.

Diante dessas condições, a educação em saúde, desde o pré-natal, é um elemento empoderador para as gestantes. A disponibilização dessas informações contribui para que as mesmas entendam que elas têm direitos e que os mesmos devem ser respeitados. Contribuindo para a redução de medidas que possam trazer sofrimento e uma vivência de experiência única de forma difícil.

## REFERÊNCIAS

- 1- Sousa NB, Matos KO, Sousa PMLS. Violência obstétrica: conceituações sob sua implicação no parto. *Research, Society and Development*. 2021; 10(13): e90101321060.
- 2- Monteiro PGA, Coelho TS, Lima AM, Ferreira UR, Monteiro MSB, Esteche CMGCE, et al. Neonatal outcomes associated with obstetric interventions performed during labor in nulliparous women. *Rev Rene*. 2021;22:e67921.
- 3- Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto Normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciam. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(2):282-9.
- 4- Sá MDS, Sousa MC, Rocha KMN. Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento na visão dos profissionais obstetras. *Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*. 2020; 6(2): 42-52.
- 5- Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2020; 44 (125): 556-568.
- 6- Silva RA, Rodrigues ELG, Ferreira RS, Lisboa TC. A atuação do enfermeiro no parto humanizado e na luta contra violência obstétrica. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(6):60010-60029.
- 7- Sehnem GD, Rios CPP, Souza MB. Intervenções obstétricas durante o processo parturitivo: percepções de puérperas. *Research, Society and Development*. 2020;9(6):e131963515.
- 8- Leal MD, Pereira AP, Domingues RM, Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SG. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:S17-32.
- 9- Terto TL, Silva TPR, Viana TGF, Sousa AMM. Associação entre internação precoce de gestante e uso de intervenções obstétricas e cesarianas. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(4):e20200397.
- 10- Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*. 2020; eAPE20180284.
- 11- Alvares AS, Corrêa ACP, Nakagawa JTT, Valim MD, Jamas MT, Medeiros RMK. Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03606.
- 12- Melo AA, Diaz CMG, Zamberlan C, Antunes B. Perfil de atenção ao parto em maternidade de risco habitual: tipo de parto e intervenções. *Research, Society and Development*. 2020; 9(2): e178921905.
- 13- Souza MRT, Farias LMVC, Ribeiro GL, Coelho TS, Costa CC, Damasceno AKC. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*.

2020;54:e03549.

- 14- Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSGD. Violência obstétrica: Influencia de exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(8):2811-2823.
- 15- Leal MC, Bittencout AS, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(7):e00223018.
- 16- Alves MTS, Chagas DC, Santos AM, Simões VMF. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(3):837-846



## ARTIGO DE REVISÃO

# Qualidade do sono dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva

## *Sleep quality of health professionals in an intensive care unit*

Renan Andrade Martini<sup>1</sup>, Jucinei Araújo de Jesus<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Enfermeiro, Graduado, Pós graduado em Terapia Intensiva pelo Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, <sup>2</sup> Doutorando em enfermagem.

### Abstract

**Objective:** To evaluate the sleep quality of health professionals in an adult intensive care unit. **Methodology:** Descriptive and exploratory method with a quantitative approach, developed in an intensive care unit of a hospital in the city of São Paulo, involving health professionals, a minimal adaptation of the Pittsburgh Sleep Quality Index was used. **Results:** A poor quality of sleep was evidenced in most professionals, in addition, sleep was evaluated from three perspectives: factors that influence sleep quality, perception of health professionals about their sleep quality and wakefulness, sleep pattern of health professionals. Sleep was unsatisfactory in these three perspectives. **Conclusion:** Health professionals who work in an intensive care unit tend to have poor sleep quality, which can directly impact their health and the health care provided by them. **Descriptors:** Sleep. Sleep-wake disorders. Quality of life.

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a qualidade do sono dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva adulto. **Metodologia:** Método descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma unidade de terapia intensiva de um hospital no município de São Paulo, envolvendo profissionais de saúde, foi utilizado uma adaptação mínima do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. **Resultados:** Foram evidenciados uma má qualidade do sono na maioria dos profissionais, além disso o sono foi avaliado por três perspectivas: fatores que influenciam na qualidade do sono, percepção dos profissionais de saúde sobre sua qualidade do sono e estado de vigília, padrão do sono dos profissionais de saúde. O sono foi insatisfatório nessas três perspectivas. **Conclusão:** Os profissionais de saúde que trabalham em unidade de terapia intensiva tendem a ter má qualidade do sono, podendo impactar diretamente em sua saúde e na assistência à saúde por eles realizada. **Descritores:** Sono. Transtornos do Sono-Vigília. Qualidade de Vida.

**Autora  
Correspondente**  
Renan Andrade  
Martini. E-mail:  
renan.sp123@gmail.  
com.br

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

## INTRODUÇÃO

O sono tem interessado culturas e povos desde o começo das civilizações, o assunto em volta do sono foi transpassado de gerações em gerações através de tradições orais e lendas, também presente em escrituras como a Bíblia que faz menções sobre o sono de natureza mística. Considera-se que a primeira abordagem do sono com objetivo de investigação científica foi realizada na Grécia Antiga. Sócrates e Platão mantiveram enfoque sobre o evento dos sonhos, Aristóteles por sua vez, contribuiu afirmando que o sonho não era algo místico e nem mítico, todavia um evento natural. O primeiro estudo experimental com o sono, foi feito no século 19 pelo fisiologista alemão Ernst Kohlschütter, onde buscou mensurar a profundidade do sono através de estímulos auditivos em dormentes. O resultado foi que o limiar era alto na primeira hora e decrescia até a hora de acordar. Ernst tinha descoberto a ciclagem do sono. O registro e a precisão dessa ciclagem foram possibilitados pelo neuropsiquiatra Hans Berger, que em 1929 começou a registrar os eletroscilogramas produzidos por eletrodos alocados no córtex dos pacientes. Esse registro gráfico conhecemos até os dias atuais pelo nome de eletroencefalograma (EEG).<sup>1</sup>

Passados os anos, muito descobriu-se em relação as alterações fisiopatológicas acerca do sono nas quais se encontram em uma considerável parte da população. As alterações no sono podem causar diversos impactos sobre a saúde das pessoas, que pode gerar agravos se associado às outras causas como por exemplo, o trabalho em turnos. O trabalho em turnos pode se caracterizar como prejudicial para o bem-estar e saúde dos trabalhadores em geral à medida que ocorre contraversões entre os diferentes ritmos circadianos. Diversos estudos vêm apontando que a qualidade do sono e o turno de trabalho exaustivos, impactam diretamente sobre a Qualidade de Vida (QV) dos trabalhadores. Além disso, podem causar interferências na sua vigilância e no seu desempenho.<sup>2</sup>

Existem atualmente diversos métodos para a avaliação da qualidade do sono, sejam eles de caráter objetivo ou subjetivo. Os principais métodos objetivos de avaliação são por meio da polissonografia noturna (PSG), teste de latência múltipla do sono (TLMS), teste de manutenção da vigília e actigrafia. Cada um deles avaliam melhor um aspecto do sono e pode ser solicitado separados ou conjuntamente pelo médico, afim de excluir diagnósticos potenciais de transtornos de sono.<sup>3</sup>

Se tratando dos métodos subjetivos, temos diários de sono e também questionários elaborados através de evidências por especialistas no assunto. Suas vantagens são em relação aos custos que são menores e a facilidade de sua aplicação, estes tipos de avaliação podem ser usados na prática clínica em diversos serviços, porém é limitado nos casos de pacientes com capacidades intelectuais comprometidas. Os principais instrumentos hoje são a Escala de Sonolência Excessiva de Epworth onde é avaliada a vigília, O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh onde é avaliado a qualidade do sono e várias de suas características, o Questionário Escandinavo Básico do Sono que investiga o sono e principalmente eventos durante o sono, O Índice de Gravidade de Insônia que identifica o nível de insônia dos pacientes e há também o Diário do Sono que consiste em um registro escrito pelo próprio paciente com informações sobre seu sono no período de, no mínimo, duas semanas.<sup>3</sup>

Na área da saúde, foi constatado uma similar ocorrência do impacto da qualidade do sono em diversos estudos realizados, ressaltando principalmente o dano sobre a saúde dos profissionais de saúde, a exemplo do estudo de Rios, Barbosa e Belasco.<sup>4</sup>

A atenção à saúde dos profissionais de saúde deve ser vista com a mesma importância que a de usuários dos serviços assistenciais em saúde, pois a qualidade na atenção em saúde depende, também, das condições em que a assistência se realiza e isso inclui as condições dos recursos humanos. Muitos acidentes de trabalho ou eventos adversos nos serviços de saúde ocorrem tendo como fator causal o deficit na qualidade do sono do profissional executante. A devida atenção aos recursos humanos pode aumentar a qualidade da assistência e evita que os profissionais de saúde sofram por desgastes, acidentes de trabalho ou doenças. Mediante este contexto tornar-se pertinente a investigação da qualidade do sono dos profissionais de saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Municipal localizado na Zona Sul da cidade de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas que trabalham na respectiva Unidade de Terapia Intensiva e que são responsáveis diretos pelos cuidados dos pacientes internados na unidade. Foram excluídos os profissionais que esporadicamente prestam assistência na UTI, que estiveram de férias ou licenças prolongadas nos momentos da coleta dos dados.

Para a investigação em campo, foi utilizado um instrumento de avaliação subjetiva denominado Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh foi elaborado em 1989 pelo especialista Buysse DJ, tem o propósito de avaliar subjetivamente a qualidade do sono do último mês do indivíduo. Comparado aos demais instrumentos subjetivos de avaliação existentes, esse período é considerado intermediário. Vem sendo largamente usado para mensurar a qualidade do sono em diferentes grupos de indivíduos, encontra-se versões traduzidas em dez idiomas e foi validado em inúmeros países. Ele fornece uma medida padronizada, que após aplicado cálculos previamente estabelecidos, classifica entre pacientes bons dormidores e maus dormidores. O instrumento tem ao todo 24 questões, porém 5 delas são relacionadas aos parceiros de sono e somente de interesse clínico, não fazendo parte da contabilidade final portanto não incluídas em nossa pesquisa.<sup>5</sup> No dia da coleta de dados, os participantes preencheram na frente dos pesquisadores e foi devolvido no mesmo momento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se a participação de 60 profissionais da área da saúde. Não foi possível convidar alguns profissionais pois estavam de folga ou férias nos dias em que foi efetuada a coleta de dados.

Conforme a tabela 1, a distribuição de categorias retratou: 6 médicos, 18 enfermeiros, 30 técnicos de enfermagem e 6 fisioterapeutas.

No que se refere ao sexo, 23 (28,3%) dos profissionais abordados são do sexo masculino e 43 (71,7%) profissionais do sexo feminino. Em relação a idade dos pacientes, 21 (35%) tinham < 40 anos, 26 (43,3%) tinham entre 40 – 50, 12 (20%) entre 51 – 60, e 1 participante tinha > 60 anos. Foram questionados também o número de horas trabalhadas diariamente, 24 (40%) profissionais trabalham menos que 12 horas diárias, 28 (46,7%) trabalham 12 horas diárias e 8 (13,3%) profissionais trabalham mais que 12 horas diariamente.

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos, São Paulo, 2021

| Característica                | N = 60 | %    |
|-------------------------------|--------|------|
| <b>Categoria profissional</b> |        |      |
| Enfermeiro                    | 18     | 30   |
| Fisioterapeuta                | 6      | 10   |
| Médico                        | 6      | 10   |
| Técnico de Enfermagem         | 30     | 50   |
| <b>Sexo</b>                   |        |      |
| Masculino                     | 17     | 28,3 |



|              |    |      |
|--------------|----|------|
| Feminino     | 43 | 71,7 |
| <b>Idade</b> |    |      |
| < 40 anos    | 21 | 35   |
| 40 - 50      | 26 | 43,3 |
| 51 - 60      | 12 | 20   |
| > 60         | 1  | 1,7  |

Fonte: Elaborado pelo autor.

### Qualidade geral do sono

A avaliação de qualidade geral e subjetiva do sono, é obtida através da soma dos resultados de todos os componentes do instrumento, uma pontuação de até 5 pontos caracteriza-se como boa qualidade do sono, já valores acima de 5 pontos considera-se má qualidade do sono. Na qualidade geral do sono os resultados dos profissionais abordados apresentaram uma média de 8,7 no escore global. Sendo que 15 profissionais (25%) alcançaram um escore global que indica uma boa qualidade do sono; e 45 (75%) dos 60 profissionais participantes possui má qualidade do sono conforme demonstrado na tabela 2, segundo o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh adaptado.

Tabela 2 – Qualidade geral do sono, segundo o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, São Paulo, 2021.

| Nível de qualidade do sono | N  | %   |
|----------------------------|----|-----|
| Boa qualidade do sono      | 15 | 25  |
| Má qualidade do sono       | 45 | 75  |
| Total                      | 60 | 100 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao confrontar homens e mulheres em relação ao escore final por meio de análise estatística, os resultados mostraram não haver diferenças significante entre os dois grupos, Mann-Whitney  $z = 1,08$  ( $p=0,2789$ ).

Outras pesquisas realizadas com diferentes categorias profissionais de saúde corroboram com essa maioria de maus dormidores. Em um estudo realizado com 72 enfermeiros em um hospital português evidenciou que 28,57% deles tinham boa qualidade do sono e 71,43% má qualidade do sono.<sup>6</sup> Outro estudo realizado com uma equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva em um hospital também localizado em São Paulo, mostrou que 15 dos 17 profissionais apresentavam má qualidade do sono.<sup>7</sup> Purim et al. (2016) verificou a recorrência de má qualidade do sono também em 206 médicos residentes e acadêmicos de medicina na cidade de Curitiba, sendo o escore global atingido de 6,76 para os médicos residentes e 5,90 para os bacharelados em medicina.<sup>8</sup>

Dado as estatísticas gerais encontradas nas produções científicas em diferentes áreas profissionais, o evento da maioria de maus dormidores ocorre de forma frequente nos profissionais da saúde nos mais variados locais, dinâmicas e turnos de trabalho.

### Percepção da qualidade do sono e estado de vigília

Ao analisar especificamente alguns componentes que somados, totalizam o escore global do instrumento, é possível evidenciar a percepção dos profissionais quanto a sua qualidade do sono e seu estado de vigília. No componente 1, qualidade subjetiva no sono a média da pontuação dos profissionais foi de 1,55 ponto, já no componente 7, disfunção durante o dia, a média foi de 1,28 ponto. enquadrando-se em uma percepção insatisfatória dos profissionais de saúde frente a sua qualidade do sono e frente ao seu estado de vigília.

Simões e Bianchi (2016) constataram uma percepção mais satisfatória quanto a qualidade do sono em uma parcela das categorias profissionais, 74,5% de 47 técnicos de um hospital paranaense classificariam seu sono em boa qualidade e 25,5% em má qualidade do sono. Em relação a disfunção durante o dia, 36,2% dos profissionais técnicos relataram disfunções leves, 29,8% disfunções razoáveis e 8,5% disfunções graves às atividades durante o dia.<sup>9</sup>

Fica em evidência que ao se depararem com uma avaliação própria sobre a qualidade do sono, desempenho em atividades e entusiasmo durante o dia; nota-se que uma pequena maioria dos profissionais avaliam como satisfatório e com poucas disfunções em seu cotidiano durante o mês. Porém, o quesito mais crítico dos profissionais durante seus apontamentos foi a qualidade de seu sono. Ao contrário do que ocorreu com o estudo de Simões e Bianchi (2016) em que o ponto mais crítico foi apontado em relação as disfunções durante o dia.<sup>9</sup>

As disfunções cognitivas durante o período de vigília provocam sérios prejuízos e distúrbios no cotidiano dos profissionais. Dentre eles, a sonolência excessiva diurna durante o período de trabalho em que o profissional estará oferecendo assistência ao paciente, compromete a segurança e o atendimento do paciente, além das implicações em sua própria saúde e segurança contra acidentes de trabalho.<sup>10</sup>

### **Padrão do sono dos profissionais de saúde**

Ao observar os componentes latência do sono (componente 2), duração do sono (componente 3) e eficiência habitual do sono (componente 4), percebe-se que os resultados desses permitem avaliar o padrão do sono.

Podemos observar segundo a latência do sono, que avalia o tempo em que o profissional levou para conseguir adormecer após um período de vigília tranquila, a média foi de 1,8 ponto entre os profissionais. O resultado apresenta uma latência relativamente insatisfatória entre o estado de vigília tranquila até o 1º estágio da fase sem movimentos oculares rápidos (NREM - Non Rapid Eye Movement) do sono.

Em um estudo realizado com 157 acadêmicos de medicina, em sua maioria residentes da cidade de Sorocaba/SP evidenciou que em média os indivíduos demoravam 21,83 minutos, considerado resultado aceitável pelo índice.<sup>11</sup> Os resultados obtidos nos dois estudos mostram uma disparidade entre as duas pesquisas quanto a latência do sono, enquanto profissionais residentes obtiveram um resultado alterado, os profissionais desse estudo em questão obtiveram um resultado relativamente insatisfatório, caracterizando uma situação preocupante.

A latência do sono está estritamente ligada aos hábitos do indivíduo antes de deitar-se. Em uma pesquisa onde 52,9% dos profissionais demoravam mais de 30 minutos para dormir, 15 dos 17 profissionais tinham o hábito de usar o computador e assistir televisão antes de adormecer.<sup>7</sup> Para uma adequada latência de sono, isso é, não ter dificuldade em iniciar o sono ao deitar-se, Martinez, Lenz e Menna-Barreto (2008) discutiram algumas medidas de higiene do sono como: manter horários regulares de deitar-se, evitar atividades mentais como pensar, planejar e relembrar na cama, evitar atividades excitantes ou conturbadoras próximo de deitar-se, evitar atividades que requerem elevado nível de concentração imediatamente antes de deitar-se, evitar exposição à luz intensa a noite e evitar uso da televisão antes de dormir.<sup>12</sup>

A média de 1,4 ponto é obtida quanto duração do sono (componente 3) dos profissionais, o que aponta para uma média de 6 a 7 horas diárias de sono. Simões e Bianchi (2016) encontraram resultado semelhante: 78,8% de 47 técnicos de enfermagem entrevistados em um hospital pelos pesquisadores, afirmaram dormir em média 6 a 8 horas por dia.<sup>9</sup> Apesar de a minoria ter obtido resultado crítico, o fator das horas do sono é muito discutido na literatura. Estudos apontam uma relação direta entre aumento do risco de doenças cardiovasculares e horas reduzidas de sono, bem como o aumento na duração de sono diários e ausência de predisposição em eventos por doenças cardiovasculares que levem a morte.<sup>13</sup> Além disso, a redução na duração do sono aumenta o risco de acidentes de trânsito após o trabalho.<sup>14</sup>

No tocante a característica de eficiência habitual do sono (componente 4), foi contabilizando uma média de 0,8 ponto. Isso representa que a maioria dos profissionais de saúde alcançaram um bom resultado nesse domínio.

Purim et al. (2016) acharam um resultado similar em residentes e acadêmicos em medicina onde a média para a eficiência habitual do sono foi de 0,11 ponto em 101 para os acadêmicos e 0,20 para os 105 residentes de medicina.<sup>8</sup> A eficiência habitual do sono é relacionada a presença ou ausência de fatores que impeçam a pessoa de adormecer e fatores que possam despertá-la no meio da noite ou antes do horário programado para acordar. Um dos aspectos ligados é a condição do ambiente. Santos et al. (2014) descobriram que 17,65% dos profissionais abordados responderam negativamente quando indagados se o ambiente ao qual dormem era arejado, escuro e calmo; elevando o risco de uma má eficiência do sono.<sup>7</sup>

### Fatores que influenciam na qualidade do sono

Há diversos fatores conhecidos atualmente que tem um potencial de influenciar diretamente a qualidade do sono dos profissionais participantes da pesquisa foi encontrado, de maneira geral, uma média de 1,6 no componente 5 – distúrbios do sono. Considera-se que a frequência indesejada das causas que venham afetar o sono é uma frequência entre uma ou mais vezes por semana. Frequências nestes valores podem afetar diretamente o sono e consequentemente causar algum transtorno do sono em indivíduos pelo alto de perturbação que geram e interferem na tranquilidade desejada para iniciar ou manter o sono. A tabela 3, apresenta a recorrência das causas presentes no instrumento assinalada pelos profissionais de saúde.

Tabela 3 – Distúrbios do sono, São Paulo, 2021.

| Causas                                          | Nenhuma e menos de 1 vez por semana |      | 1 ou 2 vezes por semana e 3 ou mais vezes |      |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------------------------------------------|------|
|                                                 | N                                   | %    | N                                         | %    |
| Acordou no meio da noite ou de manhã muito cedo | 17                                  | 28,3 | 43                                        | 71,7 |
| Precisou levantar para ir ao banheiro           | 28                                  | 46,7 | 32                                        | 53,3 |
| Não conseguiu respirar confortavelmente         | 51                                  | 85   | 9                                         | 15   |
| Tossiu ou roncou forte                          | 34                                  | 56,7 | 26                                        | 43,3 |
| Sentiu muito frio                               | 35                                  | 58,3 | 25                                        | 41,7 |
| Sentiu muito calor                              | 55                                  | 91,7 | 5                                         | 8,3  |
| Teve sonhos ruins                               | 44                                  | 73,3 | 16                                        | 26,7 |
| Teve dor                                        | 40                                  | 66,7 | 20                                        | 33,3 |
| Outras razões                                   | 35                                  | 58,3 | 25                                        | 41,7 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como representado, os três fatores mais frequentes durante o último mês ao qual foram abordadas, foram: Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo, afetando 43 (71,7%) profissionais; precisar levantar-se para ir ao banheiro representando 32 (53,3%) profissionais; e 26 (43,3%) profissionais tossiu ou roncou forte ao menos 1 ou mais vezes por semana.

Duas das três causas mais frequentes foram igualmente apontadas em uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva no Vale do Paraíba Paulista, em que 64,7% acordaram no meio da noite, ou de manhã muito cedo; 64,7% sentiram muito frio; 58,8% precisaram levantar-se para ir ao banheiro.<sup>17</sup> Essa pequena diferença na temperatura pode estar associada a diferença de estação climática presente no mês de coleta da pesquisa, como também cada região geográfica tem diferenciados clima que influenciam o resultado.

No componente 6 – uso de medicação para dormir (prescritos ou não), a grande maioria dos profissionais atingiram bons resultados, tendo uma média de apenas 0,4 ponto. Dessa forma, 10 (16,7%) profissionais usam medicamentos em virtude do sono.

As baixas porcentagens do uso de medicamentos para dormir são vistas também em outros estudos, como de Santos et al. (2014) que demonstrou em uma equipe de terapia intensiva, 14 profissionais não ingeriam medicamentos e apenas 3 profissionais ingeriam medicações para dormir.<sup>7</sup> Rocha e Martino (2009) realizaram um estudo com 203 enfermeiros de um hospital universitário de Campinas/SP e constataram que 82,3% dos profissionais não ingeriam medicamentos para dormir.<sup>13</sup> Destaca-se neste ponto, que mesmo com o uso de medicamentos, 36 enfermeiros apresentavam em sua totalidade (100%) má qualidade do sono, latência de sono negativa e disfunção durante o dia. Monti (2000) descreve os efeitos adversos de hipnóticos, dentre os quais estão a fadiga e sonolência nas primeiras horas da manhã. Além da capacidade de alterar a memória anterógrada e influenciar negativamente a esfera da cognição no caso dos benzodiazepínicos.<sup>15</sup>

Em decorrência disso, é oportuno destacar que o tratamento farmacológico é uma via eficaz para problemas relacionados ao sono, todavia, seu uso precisa ser sob diagnóstico médico, adequação de terapia medicamentosa, acompanhamento e aperfeiçoamento do tratamento. Evitando a utilização indiscriminada e evitando danos à saúde.<sup>13</sup>

## CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde abordados no estudo obtiveram uma percepção relativamente insatisfatória sobre sua qualidade do sono e estado de vigília. Semelhante situação apresenta-se no padrão do sono dos profissionais de saúde onde os resultados demonstraram resultados ruins no conjunto de componentes que determinam o padrão do sono. Já em relação aos fatores que influenciam na qualidade do sono, observou-se que acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo, precisar levantar-se para ir ao banheiro e tosse ou ronco foram fatores mais recorrentes que afetaram a qualidade do sono, foram evidenciados que a grande maioria dos profissionais não fazem uso de medicações para adormecer. De modo geral, haja visto que a maior parte dos profissionais de saúde apresentaram uma má qualidade geral de sono. O resultado obtido corrobora com a hipótese levantada de que os profissionais tendem a ter uma má qualidade do sono, porém não foi possível averiguar mais precisamente as causas de tal condição.

O estudo apresenta limitação quanto à objetividade dos resultados obtidos em função do instrumento utilizado para análise ser subjetivo e baseado apenas nas respostas e memórias dos sujeitos. O instrumento utilizado também limita-se as informações do sono apenas do último mês.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma avaliação dos diferentes aspectos que constituem e determinam a qualidade do sono e seus impactos no cotidiano dos profissionais de saúde. Por meio dele, é possível refletir sobre a qualidade do sono dos profissionais de saúde e possíveis impactos que podem gerar na assistência à saúde. Sugere-se a construção de práticas educativas a respeito da melhora e importância da qualidade do sono junto aos profissionais. Também é necessário o desenvolvimento de mais pesquisas a respeito da qualidade do sono de profissionais da saúde, em especial de profissionais que atuam em unidades de terapia intensiva de modo que venham ampliar a busca de variáveis entre os sujeitos abordados, bem como investigar mais minuciosamente as causas que podem acarretar implicações em algum aspecto do sono e implicações na totalidade do sono.

## Agradecimentos

Oferecemos um grande agradecimento ao estatístico Dra. Yára Juliano que realizou o tratamento dos dados coletados de forma voluntária, com a aplicação de métodos estatísticos e sua apresentação nessa pesquisa.



## REFERÊNCIAS

1. Timo-laria C. Evolução histórica do estudo do sono. In: Tufik S. Medicina e biologia do sono. Barueri: Manole; 2008. p. 1-6.
2. Junior SAF, Antonietti LS, Saba A, Faria AP, Esteves AM, Tufik S, et al. The impact of shift work on brazilian train drivers with different chronotypes: a comparative analysis through objective and subjective criteria. *Med Princ Pract*. 2013;22(4):390-6.
3. Neves GSML, Macedo P, Gomes MM. Transtornos do sono: atualização (1/2). *Rev. bras. neurol*. 2017;53(3):19-30.
4. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev. latinoam. enferm* [internet]. 2010 [citado 2019 abr 15];18(3):09. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_17](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_17).
5. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de epworth e índice de qualidade de sono de pittsburgh [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
6. Martino MMF, Basto ML. Qualidade do sono, cronótipos e estados emocionais o caso de enfermeiros portugueses que trabalham por turnos. *Pensar Enfermagem*. 2009;13(1):49-60.
7. Santos TCMM, Faria AL, Feitosa MS, Coimbra GT, Ferreira LC, Martino MMF. Qualidade e distúrbios do sono da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2014 [citado 2021 out 18]; 8(5):1110-1116. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9788/9941>.
8. Purim KSM, Guimarães ATB, Titski ACK, Leite N. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2016;43(6):438-444.
9. Simões J, Bianchi LRO. Prevalência da síndrome de burnout e qualidade do sono em trabalhadores técnicos de enfermagem. *Rev. saúde e pesqui*. 2016;9(3):473-81.
10. Surani S, Subramanian S, Babbar H, Murphy J, Aguillar R. Sleepiness in critical care nurses: results of a pilot study. *J Hosp Med*. 2008;3(3):200-5.
11. Moraes CAT, Edelmuth DGL, Novo NF, Hübner CVK. Qualidade de sono em estudantes de medicina do método de aprendizado baseado em problemas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2013;46(4):389-97.
12. Martinez D, Lenz MCS, Menna-Barreto L. Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano. *J. bras. pneumol*. 2008;34(3):173-180.
13. Rocha MCP, Martino MMF. O estresse e qualidade do sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. *Acta paul. enferm*. 2009;22(5):658-65.
14. Dorrian J, Lamond N, van den Heuvel C, Pincombe J, Rogers AE, Dawson D. A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiol Int*. 2006;23(6):1149-63.
15. Monti JM. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2000;22(1):31-4.



## ARTIGO DE REVISÃO

# A atuação do enfermeiro como responsável técnico da sala de vacina: Revisão de Literatura

## *The role of the nurse as the technician responsible for the vaccine room : literature review*

Eveline Silva Lima<sup>1</sup>; Aline de Souza Pereira<sup>2</sup>; Ana Vitória Andrade de Sousa Mendes<sup>3</sup>; Clara Emillyn Alves de Araújo<sup>4</sup>; Maria Tayslane Crispim de Souza<sup>5</sup>; Roberta Balreira Arrais Maia<sup>6</sup>.

1 Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus; 2 Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Christus – Unichristus. Doutora em Saúde Coletiva. Especialização em Enfermagem Obstétrica; 3 Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus; 4 Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus. 5 Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus; 6 Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus.

**Autora  
Correspondente**  
Eveline Silva Lima.  
E-mail:

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

### Abstract

Good immunization practices reflect the guarantee, reliability and quality of actions carried out in vaccination rooms that directly imply safe patient care. **Objective:** What are the difficulties encountered by nurses in working in the vaccine room, as a technical - managerial supervisor. **Methods:** This is a literature review, in which this method constitutes a process of searching, analyzing and describing a body of knowledge in search of an answer to a specific question, journals indexed in Lilacs, Medline, Scielo, published in the period until 2020. **Results:** The results showed that nursing is the profession most involved in the immunization process, and it is the nurse's responsibility to guide, evaluate and train the team so that the immunization process becomes clear and acceptable to the patient. **Conclusion:** This study showed that nurses have a relevant role in the functioning and control of vaccine rooms, and must demonstrate technical knowledge based on theoretical concepts, thus ensuring the efficiency of this sector, which is so important for public health.

**Descriptors:** Nurse. Immunization. National Immunization Program. Efficiency. Vaccine.

### Resumo

As boas práticas em imunização refletem a garantia, confiabilidade e a qualidade de ações realizadas nas salas de vacinação que implica de forma direta na assistência segura ao paciente. **Objetivo:** Quais as dificuldades encontradas pelo enfermeiro em atuar na sala de vacina, como supervisor técnico - gerencial. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura, no qual este método constitui em um processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica, foram consultados periódicos indexados na Lilacs, Medline, Scielo, publicados no período até 2020. **Resultados:** Os resultados mostraram que, a enfermagem é a profissão mais envolvida no processo de imunização, sendo responsabilidade do enfermeiro orientar, avaliar e capacitar a equipe para que o processo de imunização se tome claro e aceitável ao paciente. **Conclusão:** Este estudo evidenciou que o enfermeiro tem papel relevante no funcionamento e controle das salas de vacinas, devendo demonstrar conhecimentos técnicos fundamentados em conceitos teóricos, garantindo assim a eficiência deste setor tão importante para a saúde pública.

**Descritores:** Enfermeiro. Imunização. Programa Nacional de Imunização. Eficiência. Vacina.



## INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o início do século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças. No entanto, somente a partir do ano de 1973 é que se formulou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. O PNI atende a toda a população brasileira, atualmente estimada em 211,8 milhões de pessoas, sendo um patrimônio do estado brasileiro, mantido pelo comprometimento e dedicação de profissionais da saúde, gestores e de toda a população, sendo 47 anos de ampla expertise em vacinação em massa <sup>(1)</sup>.

As vacinas podem ser consideradas como uma das maiores conquistas da humanidade, sendo uma excelente ferramenta de prevenção e promoção à saúde pública, pois permitem além da prevenção, o controle, a redução de morbimortalidade e a erradicação de doenças imunopreveníveis, possuindo um excelente custo benefício <sup>(2)</sup>.

Portanto, para que essa continue sendo uma das medidas mais eficazes de promoção à saúde, é necessário preparo dos profissionais atuantes, requerendo deles, conhecimentos atualizados, pois os imunobiológicos sofrem constantes mudanças <sup>(3)</sup>.

Atuando assim como uma das mais importantes intervenções em saúde pública, a imunização se mostra indiscutivelmente eficaz na prevenção de doenças e na monitorização de doenças causadas por agentes imunizáveis e o Programa Nacional de Imunização (PNI) opera no fornecimento de apoio técnico, inspeciona e examina a prática de vacinação em todo o território nacional <sup>(4)</sup>.

O processo de imunização deve ser realizado pela equipe de enfermagem treinada e capacitada para o manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação. Dentre estas equipes estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), diretamente ligados às ações de imunização, pois organizam o acesso, captam necessidades, identificam prioridades e detectam casos de riscos <sup>(5)</sup>.

Neste cenário, o enfermeiro deve também buscar melhorias no atendimento à população, e instigar na equipe a melhora das suas habilidades e competências, voltando essa supervisão para uma melhoria na qualidade da assistência, tanto com o pessoal quanto os serviços oferecidos o que no caso seria uma vacina em perfeitas condições de imunização <sup>(6)</sup>.

Dessa maneira, é primordial qualificar a equipe para recepcionar, atender de forma holística, fazer uma escuta qualificada, dialogar, tomar decisões, amparar, orientar, negociar. O enfermeiro como um educador em saúde, deve compartilhar, com a família, informações dos vários fatores necessários à prevenção e promoção da saúde por meio da imunização <sup>(7)</sup>.

Cabe ao enfermeiro capacitar-se para a vacinação e destacar que auxiliares e técnicos não serão apenas aplicadores de vacinas, mas sim profissionais conscientes que estão cuidando da saúde de milhões de pessoas <sup>(8)</sup>. Inclua nessas atribuições, ressalta o papel do enfermeiro na sala de vacina, que é de sua responsabilidade, onde ele coordenará todas as etapas das ações de imunização, atuando juntamente com a equipe de saúde <sup>(9)</sup>.

O interesse por esta abordagem surgiu pela observação da ausência de supervisão ao trabalho da equipe de enfermagem das salas de vacinas por parte dos enfermeiros e as dificuldades encontradas por esses profissionais em atuar na sala de vacina e ao cumprimento das normas e técnicas exigidas pelo Programa Nacional de Imunização.

Partindo do pressuposto de que o enfermeiro é o responsável pelo gerenciamento do cuidado em sala de vacina e de que a supervisão de enfermagem é uma importante ferramenta para a qualidade da assistência, este trabalho tem como objetivo: identificar qual o papel do enfermeiro na sala de vacina, enquanto responsável técnico, com ênfase nos desafios vividos em suas atividades enquanto gestor(a) líder do cuidado.

É importante ressaltar que o presente estudo poderá contribuir para a socialização do conhecimento em supervisão em sala de vacina, tendo em vista o reconhecimento da importância dessa ferramenta para a qualidade do cuidado, fornecendo assim, subsídios para ações educativas de aperfeiçoamento das práticas relacionadas à imunização, valorizando o cuidado e a orientação de enfermagem.

## METODOLOGIA

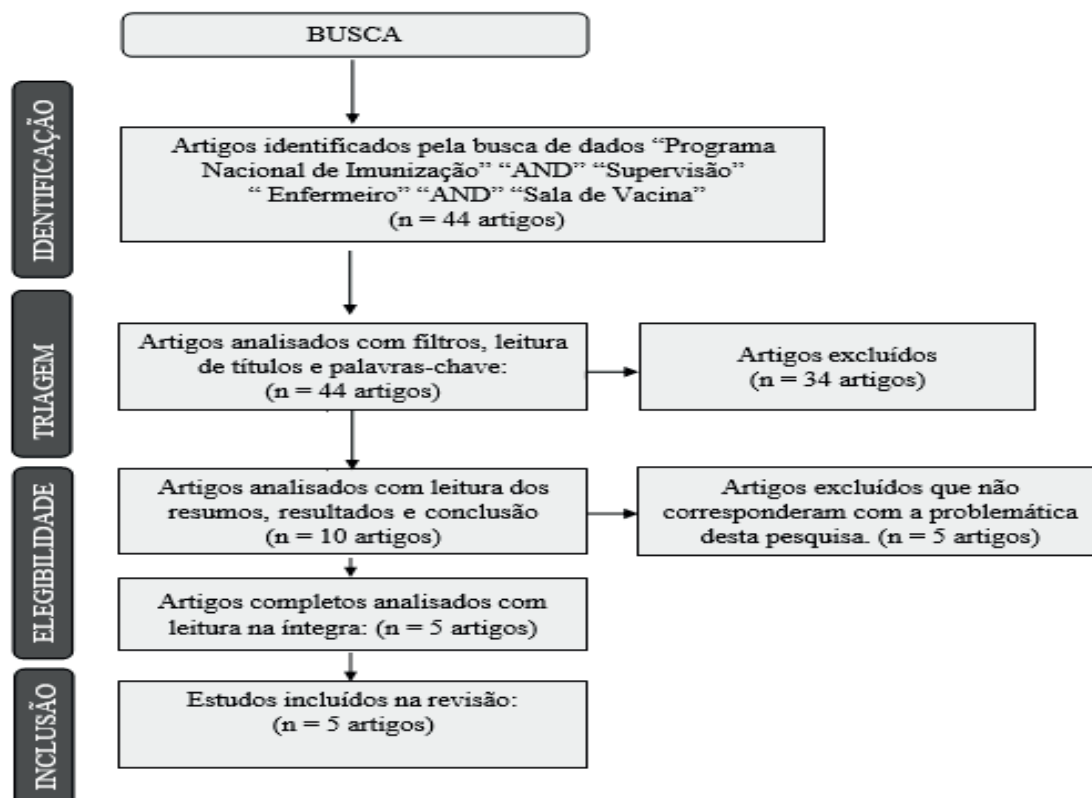
Trata-se de uma revisão de literatura do tipo sistemática, com abordagem qualitativa no qual este método constitui em um processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. "Literatura" cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos <sup>(10)</sup>.

A busca foi executada nas bases de dados: Medline, Literatura Latino- Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS) e SCIELO. Foram utilizados descritores, para a busca dos artigos, na língua portuguesa "Programa Nacional de Imunização", "Sala de Vacina", "Supervisão" "Enfermeiro", disponíveis no Descritores em Ciências da Saúde (Decs), combinando estes termos com o operador booleano "AND", e realizando cruzamento nas plataformas de dados, visando à garantia de uma busca mais ampla.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram os publicados em português, inglês e espanhol, além de artigos na íntegra que representassem a temática referente a atuação de responsabilidade técnica do enfermeiro na sala devacina, e artigos publicados até 2020 e classificados nos referidos bancos de dados. Desta forma, foram estabelecidos como critérios de exclusão, artigos incompletos, editoriais, cartas ao editor, artigos duplicados e que não corresponderam com a problemática desta pesquisa.

Por meio de buscas ativas nas plataformas das bases de dados online findou-sena seleção e análise total de 44 artigos, sendo selecionados 5 artigos incluídos na síntese, conforme discriminado em um fluxograma, exposto na FIGURA 1, demonstrando todo o esboço da pesquisa.

**Inserção de Figura 1** – Fluxograma do processo de pesquisa para elaboração do estudo. Fortaleza-Ce, 2021.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os artigos selecionados foram organizados em um quadro e caracterizado quanto ao ano de publicação, periódicos, autores, título do trabalho, objetivo, resultados e conclusão. E os dados foram analisados e discutidos a luz da literatura científica.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Após critérios de inclusão e exclusão dos artigos, foram selecionados 05 trabalhos científicos, nos quais, após análises foram distribuídos em um quadro com as seguintes variáveis: ano de publicação, periódicos, autores, título do trabalho, objetivo, resultados e conclusão. Os artigos foram enumerados, visando facilitar a análise e posterior identificação durante as etapas (Quadro 1 e Quadro 2).

**Inserção de Quadro 1** – Descrição das publicações de acordo com ano, periódico, autor (es) e título.

| Nº | Ano  | Periódicos                 | Autor (es)                                    | Título                                                                                 |
|----|------|----------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| A1 | 2016 | Medline                    | OLIVEIRA, Heloíza Maria Siqueira Rennó et al. | Educação para o trabalho em sala de vacina: Percepção dos profissionais de enfermagem. |
| A2 | 2016 | LILACS, BDENF - Enfermagem | LIMA, Francieli Silvério et al.               | Exercício da liderança do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família                    |
| A3 | 2019 | Scielo                     | PEREIRA, Matheus Adriano Divino et al.        | Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina : desafios e potencialidades.            |
| A4 | 2020 | Scielo                     | GONÇALVES, Dayane Taís de Almeida et al.      | Conservação de vacinas: o olhar da equipe de enfermagem                                |
| A5 | 2020 | Scielo                     | LIMA, Thaina Jacome Andradede et al.          | Sala de vacina: organização dos imunobiológicos e práticas profissionais               |

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Inserção de Quadro 2** – Descrição das publicações de acordo com objetivo, resultados e conclusão.

| Nº        | Objetivo                                                                                                                                    | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Conclusão                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A1</b> | Identificar como acontece a educação dos trabalhadores em sala de vacina.                                                                   | A maioria dos enfermeiros relatam falta de tempo de trabalhar diretamente na sala de vacina, por estar com trabalhos acumulados em outras atividades na unidade, tanto gerenciais quanto assistenciais, e quando trabalham em sala de vacina, não atuam muito na administração das vacinas. | A educação dos profissionais em sala de vacina ainda é uma necessidade e quando acontece é assistemática e descendente, revelando o predomínio de concepções educativas tradicionais em relação à educação no trabalho.                                      |
| <b>A2</b> | Observar os cuidados de enfermagem envolvendo a vacinação.                                                                                  | Falta de supervisão na sala de vacina: conhecimento inadequado relacionado à estrutura e organização da sala de vacina.                                                                                                                                                                     | Enfermeiros na qualidade de supervisores das atividades de imunização são importantes fontes de informação em caso de dúvidas. Desse modo, devem ter conhecimentos suficientes e atualizá-los, para compartilhar suas experiências e saberes.                |
| <b>A3</b> | Analisar o gerenciamento de enfermagem em sala de vacina, com ênfase na supervisão, em um município de médio porte de Minas Gerais, Brasil. | Falta estrutura e organização do cotidiano em sala de vacinação e responsabilidade, apoio técnico em sala de vacina e educação permanente.                                                                                                                                                  | Fica evidenciada a importância de implementação de projetos de desenvolvimento de educação permanentes em todas as instituições de saúde, no intuito de conscientizar os profissionais.                                                                      |
| <b>A4</b> | Conhecer as condições de funcionamento da sala de vacinação e a atuação da equipe de enfermagem.                                            | Evidências de sucessão de falhas que podem comprometer a credibilidade dos imunobiológicos.                                                                                                                                                                                                 | Evidencia a necessidade imediata de uma gestão de processos compartilhada entre toda a equipe para que o trabalho clínico desse profissional não seja aprisionado por atividades que, em sua essência, não contemplam o seu principal objeto de intervenção. |

|           |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A5</b> | Analisar a organização e as práticas profissionais nas salas de vacinas de um município de médio porte. | É perceptível que o enfermeiro responsável por uma Unidade Básica de Saúde dispõe de várias atribuições que, por vezes, devido à grande demanda da unidade como serviços prestados à população, o impede de cumpri-las à risca como pede o ministério da saúde. | Em suma, a imunização caracteriza-se por uma ação que visa à prevenção e promoção de saúde de toda a comunidade, e por isso a manutenção da qualidade de todo esse sistema é indispensável para que a imunização atinja seu objetivo, ou seja, prevenir e/ou minimizar os agravos à saúde decorrentes das doenças imunopreveníveis. |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pelo autor.

Remetendo à história da atenção à Saúde no Brasil, temos como umas das primeiras ações inerentes ao poder público, no sentido de preservar a saúde da população, as denominadas campanhas sanitárias, que objetivavam imunizar a população contra doenças infectocontagiosas e transmissíveis <sup>(11)</sup>.

O PNI é um dos maiores e mais inclusivos programas de imunização de todo o mundo, contribuindo para que feitos incríveis ocorressem no Brasil, como a erradicação da varíola na década de 80 e da poliomielite na década de 90, sem mencionar o controle de diversas outras doenças, que sem as vacinas adequadas poderiam causar mortes, deformações, incapacitações e incorrer em prejuízos incalculáveis para o poder público <sup>(12)</sup>.

Com o passar dos anos, o programa vem se adaptando as condições de saúde pública, que passou de um projeto centralizado, com ações apenas do Ministério da Saúde (MS) e secretarias estaduais para ser um projeto descentralizado, onde o grande agente executor é o município, o estado coordena tecnicamente, e o MS mantém ações vitais, como a distribuição das vacinas <sup>(13)</sup>.

O PNI se mostrou tão importante ao longo dos anos, que o País, em condições sanitárias normais, é considerado autossuficiente em imunizantes. Grande parte de todo esse sucesso se deve às duas maiores e mais importantes instituições de pesquisas na área, o Instituto Butantã e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), ambas fundadas no início do século XX <sup>(7)</sup>.

Por toda história e todas as glórias alcançadas por nossas respeitadas instituições e o sólido trabalho desenvolvido no âmbito do PNI, as vacinas se mostram cada vez mais importantes para proteger a população brasileira, não havendo quaisquer dúvidas sobre a eficácia dos imunizantes produzidos e/ou utilizados em solo brasileiro <sup>(8)</sup>.

No tocante aos profissionais que fazem parte do PNI, é fundamental destacar a importância dos profissionais de enfermagem, que desde sempre, se esmeram e contribuem de forma significativa para o fortalecimento e sedimentação do nosso programa de imunização <sup>(9)</sup>.

### O Papel do Enfermeiro, como Supervisor, na Atenção Primária

De acordo com os estudos, o enfermeiro emerge como líder da equipe em virtude de possuir ou por ter desenvolvido, durante sua formação acadêmica e profissional, uma visão ampliada dos sistemas "ser humano", "cuidado" e "saúde", para além do que é visível, articulando os saberes e ações necessários para ofertar assistência de qualidade <sup>(14)</sup>.

O entendimento sobre liderança evoluiu ao longo dos anos. A falta de consenso sobre o conceito é corroborada pela existência de diversas teorias que atribuem diferentes significados a essa competência e cuja fundamentação decorre das posturas e a da visão de cada profissional <sup>(15)</sup>.

Nos artigos encontrados, os enfermeiros na sua formação não foram capacitados para aplicar o pensamento administrativo científico, implicando assim nos serviços tais princípios: planejamento,



organização, direção, coordenação e controle. E ainda tem o fato de que a maioria possuem especialização como maior titulação, e poucos deram continuidade ao processo de qualificação formal <sup>(16)</sup>.

É essencial destacar que para a formação de enfermeiros líderes o ensino constitui-se como arcabouço, entretanto, os enfermeiros egressos das instituições de ensino encontram-se pouco instrumentalizados para o exercício da liderança. Por este fato, o maior tempo de formação e as experiências vivenciadas ao longo da carreira deixam esses enfermeiros supervisores mais adaptados ao ambiente em que atuam, temerosos em relação às mudanças e à finalidade e continuidade do que é proposto<sup>(5)</sup>.

Em contrapartida, os enfermeiros supervisores com menos tempo de formação e, conseqüentemente, menos experiências na UAPS, acreditam mais nas estratégias propostas e possuem menos receio às mudanças, e que os enfermeiros líderes precisam melhorar habilidades de comunicação de resultados, direcionamento dos colaboradores e promover abertura e confiança entre os liderados <sup>(17)</sup>.

Os autores destacam que as adversidades dificultam o exercício dos líderes no processo de trabalho, sendo preciso conhecer e avaliar essas dificuldades e necessidades, dentre as elas citam-se: o trabalho em equipe, a sobrecarga de trabalho, a falta de infraestrutura das Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), insuficiência de recursos materiais e humanos, relacionamento interpessoais conflituosos <sup>(9)</sup>.

Desta forma foi possível observar que a significância do trabalho em equipe na UAPS caracteriza-se por ser um trabalho coletivo, interdependente do conhecimento multiprofissional e estabelecido por relações interpessoais contínuas e intensas, que podem ser permeadas por conflitos que se não gerenciados positivamente podem interferir no processo de trabalho, dificultando a liderança do enfermeiro <sup>(18)</sup>.

Segundo o autor Lima <sup>(19)</sup>, a sobrecarga de trabalho tem sido apontada como fator gerador de estresse e insatisfação no trabalho, podendo comprometer a qualidade da assistência prestada e contribuir para a desmotivação entre os profissionais, um líder deve ter muitas habilidades e, dentre elas, a de assegurar os recursos necessários aos seus liderados para o desempenho das atividades no serviço.

### **O Enfermeiro, como Supervisor, na Sala de Imunização**

A supervisão abrange todo o processo de acompanhamento do trabalho realizado na sala de vacina, indo além de trabalho com registros e metas, como no trabalho técnico dos trabalhadores da sala. Torna-se então, necessário que tenha um planejamento, para que aconteça a supervisão de forma ascendente, dado que o cuidado em processo de doença já instalado sobrepõe aos cuidados preventivos, representados pelas ações na sala de vacina <sup>(20)</sup>.

De acordo com os estudos, a supervisão em sala de vacina não é uma atividade frequente nos serviços públicos de saúde no Brasil, demonstrando por vezes a existência de pouco conhecimento sobre a temática pelos profissionais. Por conseguinte, a deficiência da supervisão de enfermagem pode comprometer a qualidade dos imunobiológicos ofertados à população e, conseqüentemente, comprometer a qualidade da assistência <sup>(12)</sup>.

Isso acontece devido às lacunas de formação do enfermeiro, tais como comunicação em uma perspectiva participativa, dialógica, relacionamento interpessoal, gerenciamento de conflitos e do próprio exercício da supervisão ou até mesmo a desvalorização dessa atividade, o que descaracteriza o seu verdadeiro papel de supervisor em sala de vacina <sup>(21)</sup>.

O profissional enfermeiro, como responsável pela educação para o trabalho da equipe de Enfermagem deve ter conhecimento dentre as áreas para estabelecer uma relação entre a teoria e a prática e propor intervenções frente às dúvidas que envolvam a busca das necessidades, o estabelecimento de metas e de objetivos, a determinação do planejamento e avaliação dos resultados <sup>(22)</sup>.

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, ainda está distante da atenção e do cuidado integral. As práticas em saúde mudam a todo o momento e o profissional, muitas vezes, não está apto para apreendê-las e compartilhá-las. A necessidade crescente de

proporcionar a Educação Permanente (EP) para capacitação do profissional e para fortalecimento da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio <sup>(23)</sup>.

As pesquisas apontaram a necessidade do enfermeiro inserir, em seu cotidiano, a supervisão planejada da sala de vacina e esse trabalho está vinculado ao cotidiano da sala de vacina e a supervisão deve ser entendida, assim, como parte do processo de assistir na sala de vacina, englobando o acompanhamento do fazer dos trabalhadores, oportunidade onde a EP acontece <sup>(24)</sup>.

Assim, foram constatados que falta de planejamento e a dificuldade por parte do enfermeiro em explicitar como acontece o processo de supervisão em sala de vacina fazem com que o profissional não priorize essa atividade em seu cotidiano de trabalho. Isso corrobora para que a supervisão seja assistemática e pouco planejada, sinalizando ausência do cumprimento dos objetivos propostos pela supervisão, que incluem planejamento, organização e avaliação do serviço e a educação permanente dos trabalhadores <sup>(13)</sup>.

Nesse sentido, o enfermeiro necessita apropriar-se de conhecimentos científicos, teóricos e práticos em supervisão de enfermagem, para que o desempenho dessa atribuição seja alcançado com excelência pois, distante das atividades da sala de vacina, o enfermeiro não consegue identificar as demandas e necessidades de sua equipe, o que acaba comprometendo o planejamento do cuidado, da supervisão e da orientação na perspectiva do acompanhamento do trabalho da equipe <sup>(25)</sup>.

Uma vez que a sala de vacina é um local muito complexo e ativo, é importante que tenha uma educação permanente para a equipe e para o próprio enfermeiro. Além que, nos últimos anos muitas mudanças ocorreram nos calendários vacinais, com adição de vacinas, e expansão das faixas etárias <sup>(26)</sup>.

Há muito prejuízo na falta de capacitação, fazendo que o profissional que tem dúvidas, procure informações precipitadas em sites não confiáveis na internet, podendo impactar em uma informação errada e consequentemente uma conduta errada. O ideal é que sejam feitas as capacitações com um tema bem específico e não amplo, levando maior alcance do esclarecimento das dúvidas <sup>(10)</sup>.

A enfermagem é uma das profissões protagonistas na atuação da atenção básica, produtora do serviço de atenção à saúde do (PNI), que possui como um de seus objetivos reduzir erros referente à imunização e hoje, um dos principais erros, não está necessariamente para o evento do procedimento da imunização, mas sim para diminuir erros elementares que afastem a população da proteção conferida pela imunização <sup>(27)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que o enfermeiro tem papel relevante no funcionamento e controle das salas de vacinas, devendo demonstrar conhecimentos técnicos fundamentados em conceitos teóricos, garantindo assim a eficiência deste setor tão importante para a saúde pública.

Com algumas ações e um planejamento eficaz, podemos atingir a população e construir um saber mais consolidado em relação aos benefícios da imunização pela população bem como valorizando o desempenho e a experiência do profissional, através de metodologias ativas, com troca de experiências, promovendo diálogo, no método de confiança mútua, onde o enfermeiro possa passar o conhecimento e adquiri-lo, realizando ao mesmo tempo a supervisão dos profissionais e observando sua evolução.

É importante que todo esse conhecimento seja construído desde a graduação, e que o enfermeiro já graduado tenha a consciência de se manter atualizado para que não existam receios no processo, não crie vícios e que o cuidado não fique automatizado e que o processo de educação se torne assíduo.

Portanto, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas voltadas para o cuidado e a importância do atendimento de enfermagem no processo de imunização, atualizando protocolos com relação aos procedimentos, orientações e efeitos adversos pós-vacina, de forma que esse conhecimento auxilie a conscientizar a população sobre a

necessidade e a importância da imunização prévia e que os efeitos adversos são na maioria das vezes esperados e com duração rápida, facilitando assim a adesão à estratégia preventiva.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Rede de Frio/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. 2014
2. BALLALAI I. Imunização: muito além do gesto vacinal. Revista imunizações. 2017;10(3):5.
3. CERQUEIRA ITA, BARBARA JFRS. Atuação da enfermeira na sala de vacinação em unidades de saúde da família. Revista Baiana de Saúde Pública, abr-jun, 2016; 40(2): 442-456.
4. MARINELLI NP, Carvalho KM, Araújo TME. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica. Ver Univap. 2015;21(38):26-35.
5. LUNA, G. M. ET AL. Aspectos Relacionados À Administração e Conservação de Vacinas em Centros de Saúde no Nordeste do Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 16, N. 2, P. 513-521, Fev. 2015.
6. LIMA FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LDL, Silva CND, Junior F, et al. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2016; 8(1): 3893-906. <https://doi.org/10.9789/2175-5361>
7. CROSEWSKI F, LARocca LM, CHAVES MMN. Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem. Saúde Debate, Rio de Janeiro, jan-mar, 2018; 42(116): 203-213.
8. CAMELO MS, Lima De Lr, Volpe Crg Et Al. Acolhimento na Atenção Primária À Saúde na ótica de Enfermeiros. Acta Paul Enfermagem, 2017; 29(4): 463-8.
9. DE OLIVEIRA VC, et al. Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 2016; 6(3): 2331-2341.
10. GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 2, n. 5, p. 29-55, 2019.
11. PEREIRA MAD, Lima BC, Donnini DA, Oliveira VC, Gontijo TL, Renno HMS. Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades. Rev. Enferm. UFSM. 2019.
12. SIQUEIRA LG, MARTINS AMEBL, VERSIANI CMC et al. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, jul-set, 2017;26(3): 557-568. 26.
13. VALDERRAMA, M.L. Experiencias exitosas de liderazgo en enfermería. Rev Cuid. 2014; 5(2): 765-73. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.89>
14. MARTINS TJ, Viegas SMF, Oliveira VC, Lanza MF. O cotidiano na sala de vacinação: vivências de profissionais de enfermagem. Av Enferm 2019; 37(2):198-207
15. MARTINS, Jéssica Raune Teixeira et al. Educação permanente em sala de vacina sob ótica dos profissionais de enfermagem/ Divinópolis, 2018.

16. MAISSIAT GS, Lautert L, Pai DD, Tavares JP. Contexto de trabalho, prazer esofrimento na atenção básica em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(2): 42- 9.<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51128>
17. LIMA FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LDL, Silva CND, Junior F, et al. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2016; 8(1): 3893-906
18. GONÇALVES DTA; Viegas SMF; Rennó HMS; Oliveira VJ; Guimarães EAA; Carvalho HRJ; Montenegro LC; Oliveira VC. Conservação de vacinas: o olhar da equipe de enfermagem. Av. Enferm. 2021;39(2):178-187.
19. LIMA T, Lima M, Oliveira K, Cunha C, Santos I. Sala de vacina: organização dos imunobiológicos e práticas profissionais. REAID [Internet]. 31ago.2020
20. MEIRELES, L. A., Cunha, F. V., Vador, R. M. F., & Meneses, T. M. F. (2020). Atuação do enfermeiro na adesão da imunização do Papilomavírus humano em adolescentes. Brazilian Journal of Health Review, 3(6), 17413-17427.
21. OLIVEIRA, V. C. et al. Gerenciamento de Enfermagem no controle de perdas evitáveis de imunobiológicos. Cogitare Enferm. 2014.
22. RODRIGUES AP, Santos FR, Abreu MO, Silva QRE, Pinto DRM. Boa gestão de enfermagem na percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. Rev Bras de Saúde Func. [Internet] 2015
23. SIQUEIRA LG, MARTINS AMEBL, VERSIANI CMC et al. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, jul-set, 2017;26(3): 557-568
24. SILVA, V.L.D.S, Camelo SHH. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. Rev enferm UERJ. 2013;21 (4): 533-9.24.
25. XIMENES NETO FRG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. Rev Brás enferm. [Internet] 2015.
26. OLIVEIRA VC de, Rennó HMS, Santos YR dos, Rabelo AFG, Gallardo MDPS, Pinto IC. Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de enfermagem [Internet]. RECOM - Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2016 ; 6( 3): 2131-2141.
27. SPAGNUOLO RS, Juliani CMCM, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. Cien Cuid Saúde. 2013.



# Navegação em Enfermagem Oncológica: Perfil e Satisfação dos pacientes oncológicos

## *Navigation in Oncology Nursing: Profile and Satisfaction of Oncology Patients*

Vera Lúcia Pereira de Andrade<sup>1</sup>; Larissa Sousa da França<sup>2</sup>; Larissa Sousa da França<sup>3</sup>; Juliana Palácio de Queiroz Ventura Barros<sup>4</sup>; Suzana Benetti Bahlis Aires<sup>5</sup>; Isadora Marques<sup>6</sup>.

1 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica, PRONUTRIR; 2 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica, Núcleo de Oncologia e Hematologia do Ceará; 3 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica, PRONUTRIR; 4 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica, PRONUTRIR; 5 Enfermeira, Mestrando do Programa de Enfermagem Unifor, PRONUTRIR; 6 Enfermeira, Doutora em Cuidados Clínicos Enfermagem UECE, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

### Autora

#### Correspondente

Vera Lúcia Pereira  
Andrade. E-mail:  
verandrade1@hotmail.com

Não declarados  
conflitos  
de interesse

## Abstract

Objective: To identify the profile and satisfaction of cancer patients treated by the patient navigation program in a private chemotherapy clinic in Fortaleza. Methodology: Documentary, cross-sectional descriptive study, developed in two stages, the first from data from medical records and the second by sending a form to patients in order to assess satisfaction with the navigation program. Results: 216 medical records were selected. The female sex represented 66.2%. The age ranged from 22 to 90 years. Breast cancer was the most frequent, with 42.1%. 69.4% had exclusive intravenous chemotherapy. The period between the first consultation and the beginning of treatment ranged from 2 to 208 days. Conclusion: The patients showed satisfaction with the work developed by the nursing navigation and we also identified dissatisfaction in some points of certain areas related to the continuity of care in need of improvement.

**Descriptors:** Nursing; Oncology Nursing; Patient navigation; Oncology.

## Resumo

Objetivo: Identificar o perfil e a satisfação de pacientes oncológicos atendidos pelo programa de navegação de pacientes em uma clínica privada de quimioterapia em Fortaleza. Metodologia: Estudo documental, transversal descritivo, desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira a partir de dados dos prontuários e a segunda pelo envio de formulário para os pacientes de forma a avaliar a satisfação com o programa de navegação. Resultados: Foram selecionados 216 prontuários. O sexo feminino representou 66,2%. A idade variou de 22 a 90 anos. O câncer de mama foi o mais frequente, com 42,1%. 69,4% fizeram quimioterapia endovenosa exclusiva. O período entre a primeira consulta e início do tratamento variou entre 2 e 208 dias. Conclusão: Os pacientes demonstraram satisfação com o trabalho desenvolvido pela navegação de enfermagem e também identificamos insatisfação em alguns pontos de determinadas áreas relativas à continuidade do cuidado com necessidade de melhorias.

**Descritores:** Enfermagem; Enfermagem Oncológica; Navegação de pacientes; Oncologia.



## INTRODUÇÃO

O número de casos de câncer vem aumentando. Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanomaserá o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil)<sup>(1)</sup>.

Este fato deve-se em parte ao envelhecimento da população, ao acelerado crescimento demográfico e ao aumento na prevalência dos fatores de risco associados às mudanças no comportamento e estilo de vida. O câncer se tornou o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países que alcançaram melhoria das condições socioeconômicas. Cresceu a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros)<sup>(1,2)</sup>.

Depois do diagnóstico, o tratamento do câncer é mais um obstáculo que o paciente e sua família precisam enfrentar e ultrapassar. As quimioterapias, radioterapias ou cirurgias levam o paciente a sentir-se desamparado e, muitas vezes, sem compreender todas as informações que são fornecidas neste momento. Pensando nestas dificuldades enfrentadas pelos pacientes e seus familiares a “Navegação de Paciente” (NP) ou “Enfermeira Navegadora” (EN) encontra uma área abundante para a sua atuação.

A navegação de pacientes foi desenvolvida pelo médico americano Harold Freeman, em 1990, sua finalidade foi de agilizar a confirmação do diagnóstico e garantir a continuidade do tratamento, do início ao fim, em pacientes com doença crônica<sup>(3)</sup>.

O programa de NP ou EN tem o objetivo de oferecer assistência individualizada aos pacientes, familiares e cuidadores para ajudar a superar as barreiras ou as fragmentações do tratamento e das informações. Através do processo de enfermagem, a EN fornece educação e recursos para facilitar as tomadas de decisões e ter acesso aos cuidados de saúde com qualidade em todas as fases do tratamento. Ela faz a ligação entre os profissionais (médicos, enfermeiras assistenciais, psicologia e nutrição), orienta o paciente e seus familiares o fluxo de todo o processo para o início do tratamento, bem como auxilia nos encaminhamentos e nas marcações dos exames de imagem<sup>(4)</sup>.

A navegação de pacientes oncológicos surgiu como estratégia de apoio ao paciente recentemente diagnosticado que enfrentará diversas etapas de tratamento. Essa inovação expandiu-se rapidamente e está se tornando amplamente aceita pelos serviços de saúde em todo o mundo<sup>(4)</sup>.

As competências de um EN compreendem: a coordenação dos atendimentos e consultas durante todo o tratamento de câncer; estar disponível e ser o profissional de contato entre o paciente e o sistema de saúde; transmitir as informações personalizadas, e no momento oportuno, para a melhor compreensão do paciente e familiares utilizando as ferramentas apropriadas; orientar o fluxo completo do tratamento; avaliar as necessidades do paciente após a consulta inicial e durante o processo de navegação<sup>(4)</sup>.

Por ser enfermeira de oncologia e ter contato diário com pacientes que utilizam o serviço de EM, surgiu a pergunta “Qual o perfil do paciente atendido pelo programa de navegação e qual o grau de satisfação?”

O desenvolvimento do programa de navegação abre mais uma oportunidade de crescimento para a enfermagem. Para a área de oncologia, especializa ainda mais o profissional enfermeiro, proporciona o aprimoramento científico, melhora a qualidade do atendimento e conecta o paciente, familiar e serviço de saúde. Os pacientes podem se sentir mais envolvidos com seu próprio tratamento, mais informados sobre as formas como o câncer afetou suas vidas e se sentiram mais bem preparados para o futuro. A partir do exposto, o presente artigo teve como objetivo identificar o perfil e a satisfação dos pacientes oncológicos atendidos pelo programa de navegação.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de natureza documental e transversal descritivo no qual busca encontrar novas estratégias e tecnologias para gerar conhecimentos e benefícios aos pacientes oncológicos que utilizam o serviço de “Navegação de Paciente”.

O estudo foi conduzido na clínica de Suporte Nutricional e Quimioterapia – Pronutrir. É uma clínica privada que atende os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápicos. Localizada na cidade

de Fortaleza, fundada em 1997 atuando primeiramente no ramo manipulação de nutrição enteral e parenteral, e em 2007 iniciando com atendimentos a pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. A Pronutrir conta com 12 poltronas e dois leitos para infusão de quimioterapia ou terapias de suporte oncológico. No mês de outubro de 2019 deu início à implementação da navegação de pacientes.

Atualmente tem uma equipe de enfermagem composta por 1 enfermeira gerente de enfermagem, 1 enfermeira no serviço de qualidade, 7 enfermeiros para prestação da assistência de enfermagem, 1 enfermeiro navegador, 3 acadêmicos de enfermagem dando suporte na assistência, 1 acadêmico de enfermagem no registro do câncer e 2 acadêmicos de enfermagem navegador, entre outras especialidades.

A população do estudo compreendeu os pacientes em tratamento oncológicos acompanhados na clínica e que fazem parte do programa de navegação. A amostra foi composta por pacientes oncológicos que realizaram sua primeira consulta com o oncologista e foram encaminhados ao serviço de navegação do período de outubro de 2019 até outubro de 2020.

Como critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos de idade atendidos na clínica de oncologia; pacientes que realizaram sua primeira consulta com o oncologista ou hematologista da clínica e encaminhados para o serviço de "Navegação de Paciente" e os pacientes que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo *google forms*. Como critério de exclusão: pacientes que realizaram apenas a consulta com o oncologista e ou hematologista e não foram encaminhados ao serviço de "Navegação de Paciente"; pacientes que faleceram no período da pesquisa; pacientes que navegaram, mas foram que ser transferidos para outro serviço de oncologia para concluir tratamento e os pacientes que não devolveram ou não concordaram com TCLE.

Este estudo foi realizado em duas etapas. A primeira foi um estudo documental e a segunda um estudo transversal descritivo.

Na primeira etapa deu-se através da busca nos prontuários dos pacientes e nos registros do programa de Navegação. A busca seguiu o formulário de identificação demográfica. Foram coletadas informações como sexo, idade, diagnóstico, tipo de tratamento solicitado para os pacientes, encaminhamentos realizados pelo enfermeiro navegador, dentre outros.

Na segunda etapa do estudo foi enviado por WhatsApp o link de acesso ao *google forms* com o questionário online com perguntas fechadas e o TCLE. As perguntas buscavam identificar a satisfação do paciente que foi atendido pelo programa de EN.

No período de outubro de 2019 a outubro de 2020, o serviço de navegação atendeu 455 pacientes. Para determinação da amostra do estudo já que a população foi acima de 200 pacientes, realizou-se o cálculo para população finita:

$$n = \frac{Z^2 5\% \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 5\% \times P \times Q}$$

Dessa forma, aplicando a fórmula para população finita, considerando P (proporção de pacientes com câncer acompanhado pelo serviço de navegação) de 60%, Q (proporção de pacientes com câncer não acompanhados pelo serviço de navegação) de 40%, e (margem de erro) de 6% e *er* (erro relativo) de 10%, a amostra ficou de 168 pacientes. Decidiu-se por dar uma margem de segurança de 29%, tendo a amostra final ficando 216 prontuários.

Na avaliação da satisfação dos pacientes quanto ao seu atendimento pelo serviço de NP foi composta por todos os pacientes que responderem ao formulário eletrônico enviado, no prazo de 10 dias. Ao final, 78 pacientes devolveram o questionário e o TCLE. A pesquisa seguiu as recomendações, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que normaliza e regulamenta os estudos envolvendo seres humanos<sup>(5)</sup>. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará - ICC, por meio da plataforma Brasil, parecer consubstanciado 4.664.769.

## RESULTADOS

A atuação de um enfermeiro navegador, com olhar diferenciado para os pacientes acometidos pelo câncer tornou-se cada vez mais importante para promoção de assistência centralizada no cuidado em cada etapa de seu processo.

Foram incluídos 216 prontuários de pacientes atendidos pelo serviço de navegação no período compreendido entre outubro de 2019 a outubro de 2020.

Destes o gênero com maior percentual foi o feminino com 66,2% e o masculino 33,8%. A idade variou de 22 a 90 anos, tendo a distribuição das faixas etárias ficado: 22 aos 35 anos (7,4%), 36 aos 50 anos (23,7%), dos 51 aos 60 anos (21%) e acima dos 60 anos (47, 9%).

O nível de escolaridade com pós-graduação (62,0%), ensino médio completo (28,7%), ensino fundamental completo (5,6%), ensino fundamental incompleto (3,2%) e analfabetos (0,5%).

Dos diagnósticos encontrados, o câncer de mama teve 42,1%, seguido por câncer de próstata 13%, câncer de pulmão 7,4% e câncer de cólon 6,9%. Os demais diagnósticos totalizaram 30,6%.

Com relação às modalidades terapêuticas, a quimioterapia endovenosa exclusiva foi utilizada em 69,4% dos pacientes, seguido pelo uso de hormonioterapia 7,4%. O total de 23,2% foram encaminhados para outras modalidades de tratamento como: quimioterapia por via oral e terapia de suporte (bifosfonados).

O levantamento dos dados mostra que o período entre a primeira consulta e início de tratamento variou entre 2 e 208 dias, tendo uma mediana de 20 dias. (P25 11 dias a P75 36 dias).

Os encaminhamentos realizados pelo médico oncologista ou hematologista e pelo enfermeiro navegador, foram para cirurgião para realizar implante de cateter central totalmente implantado 22,4%, nutricionista 22,0%, psicólogo 18,7%, dentista 15,4%, cirurgião oncológico para tratamento neoadjuvante 9,0%, radioterapia 7,1 e para os demais encaminhamentos tais como neurologista, geneticista, farmacêuticos entre outros 5,4%. Até o momento do término da coleta de dados, 5,09% dos pacientes pesquisados concluíram o tratamento e 94,1% ainda não.

Quanto a avaliação do grau de satisfação dos pacientes em tratamento oncológico em relação ao serviço de navegação de enfermagem, apenas 78 participantes devolveram os questionários.

Quadro 1 - Avaliação da satisfação dos pacientes acompanhados pelo serviço de navegação. Fortaleza – CE, 2021.

| PERGUNTA                                                                                 | Muito Satisfeito % (N) | Satisfeito % (N) | Indiferente % (N) | Insatisfeito % (N) |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| 1- O enfermeiro navegador esclarece suas dúvidas                                         | 78,2 (61)              | 20,5 (16)        | 1,2 (1)           | 0 (0)              |
| 2- O enfermeiro navegador faz os encaminhamentos devidos e me orienta a como proceder    | 74,4 (58)              | 25,6 (20)        | 0 (0)             | 0 (0)              |
| 3- Com a ajuda do enfermeiro navegador teve facilidade na marcação das consultas         | 66,7 (52)              | 28,2 (22)        | 5,1 (4)           | 0 (0)              |
| 4- O serviço de navegação teve comunicação clara do diagnóstico e do plano de tratamento | 67,9 (53)              | 28,2 (22)        | 3,9 (3)           | 0 (0)              |
| 5- Tempo de espera da primeira consulta para o início do tratamento                      | 66,7 (52)              | 32,1 (25)        | 0 (0)             | 1,3 (1)            |
| 6- Segurança e tranquilidade transmitida pela enfermeira navegadora                      | 78,2 (61)              | 21,2 (17)        | 0 (0)             | 0 (0)              |
| 7- Teve atendimento humanizado em todas as etapas                                        | 80,8 (63)              | 19,2 (15)        | 0 (0)             | 0 (0)              |
| 8- Contato durante e ou pós- tratamento                                                  | 73,1 (57)              | 24,4 (19)        | 0 (0)             | 2,6 (2)            |
| 9- Qual seu grau de satisfação com o serviço de navegação de pacientes                   | 76,9 (60)              | 20,5 (16)        | 0 (0)             | 2,6 (2)            |

Fonte: Elaborado pela autora.



## DISCUSSÃO

A estimativa dos tipos de câncer com maior incidência no Brasil, divulgada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2020-2022, é mama feminina de 29,7% e próstata de 29,2%. Quando se trata do Estado do Ceará também, encontramos o câncer de próstata com 74,18% e mama 53,35% como os tipos de maior incidência<sup>(1)</sup>. Os dados encontrados na pesquisa estão em concordância com a estatística nacional divulgada pelo INCA.

Segundo a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama, o câncer de mama feminino ocorre mais após os 40 anos de idade<sup>(6)</sup>. Segundo o Portal de Urologia, o risco para o câncer de próstata aumenta significativamente após os 50 anos, correspondendo a 40% dos tumores nessa faixa etária<sup>(7)</sup>.

A idade média do diagnóstico da doença é de 69 anos, enquanto a do óbito, de 77 anos. Nos resultados encontrados para a amostra pesquisada a idade de maior porcentagem foi a de 47,9% acima dos 60 anos e em segundo, 23,7% entre 36 a 50 anos, concordando com os dados publicados.

O tempo entre a consulta com o oncologista e o início do seu tratamento deve ser o menor possível. Quanto maior o tempo de espera para iniciar o tratamento menores as chances de cura. O INCA divulgou em 2020 o relatório de tempo de espera desde o diagnóstico até o início do primeiro tratamento na rede SUS. Para o câncer de próstata, por região, na região nordeste, 36% dos pacientes levam mais de 60 dias para iniciar o tratamento. Apenas 18,8 % dos pacientes iniciam seu tratamento antes dos 30 dias. Pelo relatório a região nordeste está em 4º lugar entre as demais regiões para o início do primeiro tratamento em até 30 dias. O Sul, é a região mais rápida para este diagnóstico<sup>(8)</sup>.

Já o câncer de mama, na região nordeste 27,8% das pacientes iniciam antes dos 30 dias e, 23,8% dos pacientes após 60 dias. Sua classificação é em último lugar perante as demais regiões. A região mais rápida é a Centro-Oeste, onde 35,8% dos pacientes iniciam com tratamento antes dos 30 dias<sup>(8)</sup>.

Nos dados pesquisados encontramos a média de 20 dias entre a primeira consulta com o oncologista e o início do tratamento. Perante os dados publicados pelo INCA, o tempo transcorrido é excelente, podendo ser melhorado identificando dentro do próprio serviço quais os gargalos de dificuldades encontradas pelo paciente e seus familiares.

Em estudo publicado pelo Hospital particular em Porto Alegre Moinhos de vento<sup>(4)</sup>, mostra o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento para cada ano de janeiro de 2014 a julho de 2017. O tempo máximo de diagnóstico para tratamento foi de 24,25 dias em 2015, e o tempo mínimo foi de 18,18 dias em 2016, ano em que foi implantado o Programa Enfermeiro Navegador. O tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento em todo o período analisado foi de 20,26 dias (DS:  $\pm 1,74$ ). Em 2017, o número médio de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento foi estimado em 18,35 dias, com base nos dados reais de janeiro de 2017 a julho de 2017.

Os dados encontrados sobre o tempo de início do tratamento de 208 dias estão associados ao encaminhamento do paciente para a radioterapia. O serviço de radioterapia não é oferecido pela clínica onde a pesquisa foi desenvolvida, ele é oferecido por serviços externos, outros hospitais ou clínicas, serviços estes que ainda não estruturaram a NP.

A satisfação dos pacientes quanto ao serviço de navegação foi evidente nas respostas dos pacientes. Percebemos que em todos os itens avaliados mais de 66% dos pacientes responderam estarem muito satisfeitos. Estas respostas demonstram que o serviço de NP está conseguindo atingir o seu objetivo que é "o de agilizar os encaminhamentos, o início do tratamento e acompanhar o paciente e seus familiares em todas as etapas de seu tratamento e aumentar a eficiências e clareza das várias etapas do tratamento oncológico"<sup>(3)</sup>.

As respostas sobre segurança e tranquilidade transmitida pelo enfermeiro navegador e atendimento humanizado, receberam as melhores avaliações sendo 78,2% e 80,8% respectivamente. Aqui novamente vemos a importância de o enfermeiro estar ao lado do paciente e familiar, transmitindo segurança e tranquilidade e esclarecendo todas as dúvidas que, muitas vezes, pelo susto do diagnóstico o paciente não consegue entender tudo o que seu oncologista/hematologista orienta. O atendimento humanizado é fundamental neste momento de diagnóstico de câncer. Esta doença carrega ainda a imagem de sentença de morte e traz ao paciente e seus familiares a sensação da finitude da vida.

Uma pesquisa sobre a satisfação do paciente com o Programa de Navegação do Paciente desenvolvida pelo Hospital Moinhos de Ventos está disponível para resposta espontânea em formulário de papel a ser depositado em caixa fechada localizada na recepção do hospital<sup>(4)</sup>.

Os gerentes de qualidade avaliaram as avaliações dos pacientes em março e junho de 2017. Em março de 2017, 73 pesquisas foram analisadas. Destes, 47 (32,88%) estavam satisfeitos e 24 (64,38%) muito satisfeitos com o Programa de Navegação do Paciente. A análise da satisfação do paciente associada a cada setor onde o paciente recebeu atendimento relacionado ao Programa de Navegação do Paciente mostrou que os pacientes estavam "Muito Satisfeitos" com a radioterapia em 81,25% dos casos e com a quimioterapia em 69,44% dos casos. Em relação ao Centro de Oncologia em geral, 52,38% dos pacientes ficaram "Satisfeitos" com ele. A taxa geral de pacientes satisfeitos ou muito satisfeitos foi de 97,26% considerando essas 73 pesquisas<sup>(4)</sup>.

Em junho de 2017, 80 pesquisas de pacientes foram avaliadas. Novamente, a maioria dos pacientes 53 (66,25%) estava "Muito Satisfeita" com o Programa de Navegação do Paciente. Análise da satisfação do paciente associada a cada setor onde o paciente recebeu atendimento relacionado ao Programa de Navegação do Paciente, os pacientes ficaram "Muito Satisfeitos" com a radioterapia em 73,68% dos casos; com quimioterapia em 72,05% dos casos; e com o Centro de Oncologia em todo, em 47,62% dos casos. A taxa geral de pacientes muito satisfeitos ou satisfeitos foi de 92,51% considerando essas 80 pesquisas<sup>(4)</sup>.

No presente artigo, as respostas avaliaram a qualidade dos serviços prestados pelo EN, estimulando a excelência ainda mais do mesmo. As respostas como indiferente ou insatisfeito fazem surgir a necessidade de ser criada uma avaliação interna pelo próprio serviço para fazer a busca ativa destes pacientes que não tiveram suas expectativas alcançadas e tentar entender o motivo para sua indiferença ou insatisfação, buscar conhecer mais o paciente e seus familiares e resgatá-los para que sua experiência seja a melhor possível dentro de um diagnóstico que por si só é difícil de encarar.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as características dos pacientes quanto à idade, sexo e tipo de diagnósticos retratam a saúde da população brasileira frente às neoplasias malignas, confirmam as estatísticas publicadas.

É importante gerenciar os pacientes que demonstraram estarem indiferentes ou insatisfeitos, com estes dados o serviço de NP pode melhorar sua abordagem, ampliar o quadro de enfermeiros ou desenvolver tecnologia que venha a promover uma melhor adesão do paciente quanto às orientações fornecidas, tratamento e seu seguimento pós-tratamento.

Realizar estudos futuros que possam investigar os gargalos que fazem aumentar o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento fica como sugestão para trabalhos futuros.

O serviço de NP vem se popularizando cada vez mais. Ele demonstra que o paciente precisa ser acompanhado durante todo o processo de descoberta e término de tratamento e inclusive pós-tratamento do câncer. O paciente com neoplasia maligna não deve ser deixado à própria sorte atrasando ainda mais o início do seu tratamento que irá refletir na sua sobrevivência livre de doença ou sua cura.



## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil: Estimativa 2020 [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2019 [citado 5 de agosto de 2021]. Disponível em: [http://www.oncoguia.org.br/pub/3\\_conteudo/2020/estimativa\\_cancer\\_2020.pdf](http://www.oncoguia.org.br/pub/3_conteudo/2020/estimativa_cancer_2020.pdf).
2. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse Navigator: desenvolvimento de um programa para o Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020; 28:e.3275.
3. Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm. 2018; 39:e. 2017-0102.
4. Rohsig V, Silva P, Teixeira R, Lorenzini E, Maestri R, Saraiva T et al. Nurse Navigation Program. Clinical Journal Of Oncology Nursing. 2019; 23(1): 25–31.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2012 [citado 16 de setembro de 2019]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
6. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama. O câncer de mama em números [Internet]. Porto Alegre: FEMAMA. 2019 [citado 03 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.femama.org.br/site/br/noticia/o-cancer-de-mama-em-numeros>
7. Sociedade Brasileira de Urologia. 10 perguntas sobre o câncer de próstata [Internet]. Portal da Urologia. 2016 [citado 03 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/publico/faq/10-perguntas-sobre-o-cancer-de-prostata/>
8. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Relatório do intervalo entre diagnóstico e início do tratamento do câncer no SUS [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2020 [citado 5 de agosto de 2021]. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio\\_painel\\_oncologia\\_sus\\_mai\\_2020.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio_painel_oncologia_sus_mai_2020.pdf)

# Análise da tendência de Mortalidade do Câncer na Região de Saúde de Itapipoca nos últimos dez anos

## *Cancer mortality trend analysis in Itapipoca health region in the past ten years*

Maria Samara Farias<sup>1</sup>, Sueli Holanda Paiva<sup>2</sup>, Georgina Freire Machado<sup>3</sup>, Mirem Maite Uribe Arregi<sup>4</sup>.

1. Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica, Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca; 2. Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica, Prefeitura Municipal de Amontada; 3. Enfermeira, Especialista em Sistemas Locais de Saúde, Serviços de Saúde e Vigilância Epidemiológica, Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca; 4. Médica, Doutora em Oncologia, Centro Regional Integrado de Oncologia.

### Autora

#### Correspondente

Maria Samara

Farias. E-mail:

samara.grigorio@gmail.com

### Não declarados

#### conflitos

#### de interesse

## Abstract

**Objective:** to analyze the trend of cancer mortality in the health region of Itapipoca from 2010 to 2019. **Methodology:** quantitative, descriptive study of time series carried out with data collected from the Atlas of mortality from the National Cancer Institute. Analyzed by mortality rates, adjusted by age, by type of cancer, gender and age group using APC (Annual Percent Change), global and for major neoplasms (SEER/Joinpoint). **Results:** in the period 2010-2019 Itapipoca recorded a total of 1,788 deaths from cancer. In females, breast cancer prevailed (16.22%), followed by bronchi and lungs (11.09%), cervix (8.75%) and stomach (8.63%). **Conclusion:** cervical cancer has an increasing trend, especially after 40 to 49 years. In males, mortality from prostate cancer has an increasing trend after the age of 70 years and, especially, after 80 years.

**Descriptors:** Neoplasms. Epidemiology. Mortality.

## Resumo

**Objetivo:** analisar a tendência de mortalidade por câncer na região de saúde de Itapipoca no período de 2010 a 2019.

**Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo de séries temporais realizado com levantamento de dados obtidos do Atlas da mortalidade do Instituto Nacional do Câncer. Analisados por taxas de mortalidade, ajustadas por idade, segundo tipo de câncer, gênero e faixa de idade utilizando APC (Annual Percent Change), global e para principais neoplasias (SEER/Joinpoint). **Resultados:** no período de 2010-2019 Itapipoca registrou um total de 1.788 óbitos por câncer. No sexo feminino prevaleceu o câncer de mama (16,22%), seguidos de brônquios e pulmões (11,09%), colo uterino (8,75%) e estômago (8,63%). **Conclusão:** o câncer de colo uterino possui tendência crescente, principalmente após 40 a 49 anos. No sexo masculino a mortalidade por câncer de próstata possui uma tendência crescente após a faixa etária de 70 anos e, principalmente, após 80 anos.

**Descritores:** Neoplasias. Epidemiologia. Mortalidade.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que as neoplasias malignas irão representar a maior causa de morbimortalidade nas próximas décadas em todas as regiões do mundo<sup>(1)</sup>. Se nenhuma estratégia de promoção à saúde for adotada, no Brasil estima-se mais de 20 milhões de novos casos de câncer (CA) já para o ano de 2025. O controle e a prevenção das neoplasias ainda constituem um desafio à saúde pública<sup>(2)</sup>.

Nos últimos anos por meios de estudos foi possível desenhar uma análise das curvas de mortalidade nas capitais mais populosas e de maior urbanização no Brasil realizando uma inter-relação de Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e Câncer, no qual evidenciou uma queda expressiva de mortalidade por DAC com um predomínio de mortes por CA<sup>(3)</sup>.

O perfil de morbimortalidade no Brasil vem sendo alterado com o passar dos anos. Os processos epidemiológicos e de transição demográfica, o acesso aos serviços de saúde, as peculiaridades genéticas<sup>(3)</sup>. Assim como o aumento da renda, industrializações e mecanização da produção, urbanizações, novos estilos de vida e padrões reprodutivos, melhor acesso aos alimentos em geral, incluindo os processos alimentares, e a globalização de hábitos não saudáveis tem contribuído na formação de grupos populacionais mais regionais e com características particulares<sup>(4)</sup>.

Um estudo realizado no Brasil verifica-se a tendência de mortalidade por neoplasias, nas quais existem grandes variações, segundo o tipo de câncer, a idade e o sexo. Nas últimas décadas entre os homens cresceram as taxas de mortalidade por câncer de próstata e colo retal. Entre as mulheres, cresceram as taxas por câncer de mama, pulmão e colorretal<sup>(5)</sup>.

Atentando-se para outros estudos realizados no Brasil em relação à caracterização sociodemográfica, verifica-se um discreto predomínio do sexo masculino, faixa etária entre 60 e 79 anos, branco, ensino fundamental incompleto e casado. Quando considerados os aspectos clínicos assistenciais, observa-se sendo mais frequentes os cânceres de pele (22,35%) e em seguida os cânceres de nos órgãos genitais masculinos (17,05%)<sup>(2)</sup>.

Uma análise por tendência de mortalidade no Brasil por câncer, revelou para 2011 a 2030 uma tendência de aumento apenas para as regiões menos desenvolvidas como Norte e Nordeste. Tal situação reflete as desigualdades tanto socioeconômicas quanto de acesso aos serviços de saúde<sup>(1)</sup>.

As tendências temporais do comportamento epidemiológico sobre a mortalidade por tipos de câncer nas diferentes regiões do Brasil é uma ferramenta que pode apresentar informações valiosas para o planejamento de estratégias e políticas de saúde<sup>(6)</sup>.

A fim de responder esta indagação, este estudo objetiva analisar a tendência da mortalidade dos cânceres na região de saúde de Itapipoca nos últimos dez anos através do Atlas de mortalidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Contudo, espera-se que as informações produzidas no âmbito do presente estudo possibilitem conhecimento da situação epidemiológica para sociedade e profissionais da saúde, para que assim haja melhores estratégias de prevenção implementadas assim como o monitoramento da mortalidade na região, com vistas a melhores indicadores relacionado à situação desse agravado.

A partir do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a tendência de mortalidade por câncer na região de Saúde de Itapipoca no período de 2010 a 2019 através do Atlas de mortalidade do INCA.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de séries temporais, baseado em dados secundários obtidos do Atlas da mortalidade do INCA.

Foram analisados os óbitos por câncer na Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Itapipoca que engloba 7 municípios: Amontada, Itapipoca, Miraíma, Trairi, Tururu, Umirim e Uruburetama. Foram considerados os óbitos registrados nos anos de 2010 a 2019, de acordo com localização do câncer e gênero.

A coleta de dados aconteceu de dezembro a janeiro de 2021 e foram organizados no programa de computador Microsoft Excel 2007. Foram analisadas as taxas de mortalidade, ajustadas por idade, segundo

tipo de câncer, gênero e faixa de idade. A padronização realizada pelo método direto, tendo como população padrão a proposta por Segi e modificada por Doll & Hill<sup>(7)</sup>.

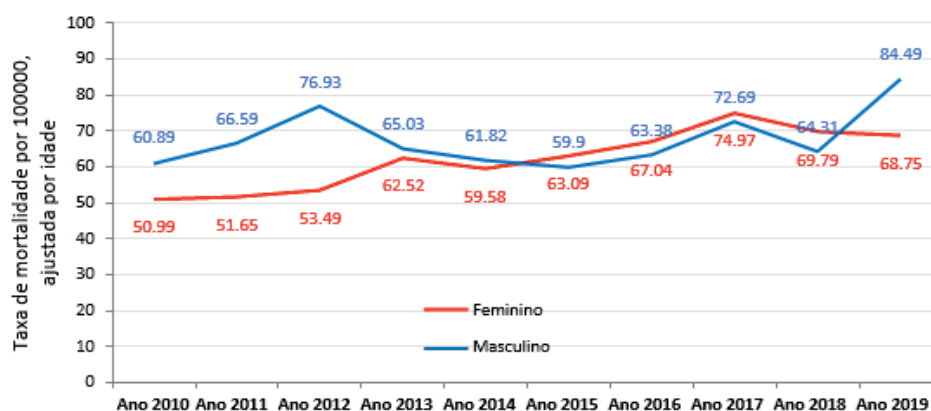
As tendências temporais de mortalidade foram avaliadas usando a análise de regressão de joinpoint (Software de regressão Joinpoint, disponível pelo SEER do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos). Os modelos do Joinpoint foram baseados em regressão com as taxas de mortalidade padronizadas por idade comovariáveis dependentes e o ano como variável independente. Foram avaliados os percentuais médios de mudança anual (APC / APCC) na mortalidade, para o total de neoplasias, para as 5 mais prevalentes e para as neoplasias de primário desconhecido. O intervalo de confiança de 95% correspondente (IC 95%), foi calculado para cada tendência.

## RESULTADOS

A região de saúde de Itapipoca registrou, no período 2010-2019, em números absolutos, um total de 1.788 óbitos.

No período estudado, a taxa de mortalidade por todas as neoplasias apresentou tendência crescente, em mulheres com crescimento anual de 4,1% ao ano, apresentando tendência estatisticamente significativa. Nos homens, não é possível falar em crescimento, apesar do APC de 1,6%, já que não foi estatisticamente significativo (Gráfico 1 / Quadro 1 e 2).

**Gráfico 1 - Taxas de mortalidade por todas as neoplasias, ajustadas por idade, segundo gênero, na região de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.**



Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

Na evolução na década, percebem-se três períodos, no inicial, até 2014, a mortalidade é superior entre os homens; no segundo, de 2014 até 2018, as mulheres apresentaram mortalidade maior, e, finalmente, uma inversão no último ano, quando os homens voltam a apresentar mortalidade mais elevada, atingindo o seu pico no período (Gráfico 1).

Quadro 1 - Tendência da mortalidade pelas principais neoplasias no sexo feminino, na região de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.

| NEOPLASIA           | JOINPOINT | PERÍODO   | APC   | IC95%        | PERÍODO   | APCC  | IC95%       |
|---------------------|-----------|-----------|-------|--------------|-----------|-------|-------------|
| Mama                | 1         | 2010-2012 | 63,4  | -26,1; 261,4 | 2010-2019 | 11,1  | -3,5; 27,9  |
|                     |           | 2012-2019 | -0,4  | -7,2; 6,8    |           |       |             |
| Estômago            | 1         | 2010-2014 | 30,5  | -19,8; 112,3 | 2010-2019 | 6,4   | -11,0; 27,2 |
|                     |           | 2014-2019 | -9,6  | -23,2; 6,3   |           |       |             |
| Pulmão              | 0         | 2010-2019 | 2,8   | -9,9; 17,3   | 2010-2019 | 2,8   | -9,9; 17,3  |
| Colo uterino        | 0         | 2010-2019 | 8,3   | 1,9; 15,1    | 2010-2019 | 8,3   | 1,9; 15,1   |
| Írio desconhecido   | 0         | 2010-2019 | -18,9 | -29,6; -6,6  | 2010-2019 | -18,9 | -29,6; -6,6 |
| Todas as neoplasias | 0         | 2010-2019 | 4,1   | 2,6; 5,6     | 2010-2019 | 4,1   | 2,6; 5,6    |

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 - Tendência da mortalidade pelas principais neoplasias no sexo masculino, na região de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.

| NEOPLASIA           | JOINPOINT | PERÍODO   | APC   | IC95%       | PERÍODO   | APCC  | IC95%       |
|---------------------|-----------|-----------|-------|-------------|-----------|-------|-------------|
| Próstata            | 0         | 2010-2019 | 0,5   | -10,7; 13,3 | 2010-2019 | 0,5   | -10,7; 13,3 |
| Estômago            | 0         | 2010-2019 | -2,9  | -10,8; 5,6  | 2010-2019 | -2,9  | -10,8; 5,6  |
| Pulmão              | 0         | 2010-2019 | 2,0   | -8,2; 13,2  | 2010-2019 | 2,0   | -8,2; 13,2  |
| Írio desconhecido   | 0         | 2010-2019 | -15,0 | -26,5; -1,7 | 2010-2019 | -15,0 | -26,5; -1,7 |
| Todas as neoplasias | 0         | 2010-2019 | 1,6   | -1,2; 4,6   | 2010-2019 | 1,6   | -1,2; 4,6   |

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando de acordo com a frequência, no sexo feminino, o câncer de mama, em primeiro lugar, corresponde a 16,22% do total de óbitos por câncer, em mulheres, seguido pelo câncer de brônquios e pulmões (11,09%), câncer do colo de útero (8,75%) e estômago (8,63%). Apesar da redução, o primário desconhecido representa, ainda, 7,47% das neoplasias em mulheres (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição da mortalidade pelas principais neoplasias no sexo feminino, segundo localização primária do tumor na região de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.

| Localização primária                         | Nº óbitos  | %            |
|----------------------------------------------|------------|--------------|
| C50 – MAMA                                   | 139        | 16,22        |
| C34 - BRONQUIOS E PULMOES                    | 95         | 11,09        |
| C53 - COLO DO UTERO                          | 75         | 8,75         |
| C16 – ESTOMAGO                               | 74         | 8,63         |
| C80 - LOCALIZACAO PRIMARIA DESCONHECIDA      | 64         | 7,47         |
| C22 - FIGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPATICAS | 54         | 6,30         |
| C83-C96 NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS             | 47         | 5,48         |
| C18-C20 COLON-RETO                           | 36         | 4,20         |
| C56 – OVARIO                                 | 34         | 3,97         |
| C71 – ENCEFALO                               | 27         | 3,15         |
| OUTROS                                       | 212        | 27,73        |
| <b>Total</b>                                 | <b>857</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Atlas da mortalidade-INCA



No gênero masculino, o câncer de próstata corresponde a quase 17% do total de óbitos por câncer, seguidos pelo câncer de estômago (15,04%) e câncer de brônquios e pulmões (10,31%). O primário desconhecido, ainda com 7,63% (Quadro 4).

**Quadro 4 - Distribuição da mortalidade pelas principais neoplasias no sexo masculino, segundo localização primária do tumor na região de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.**

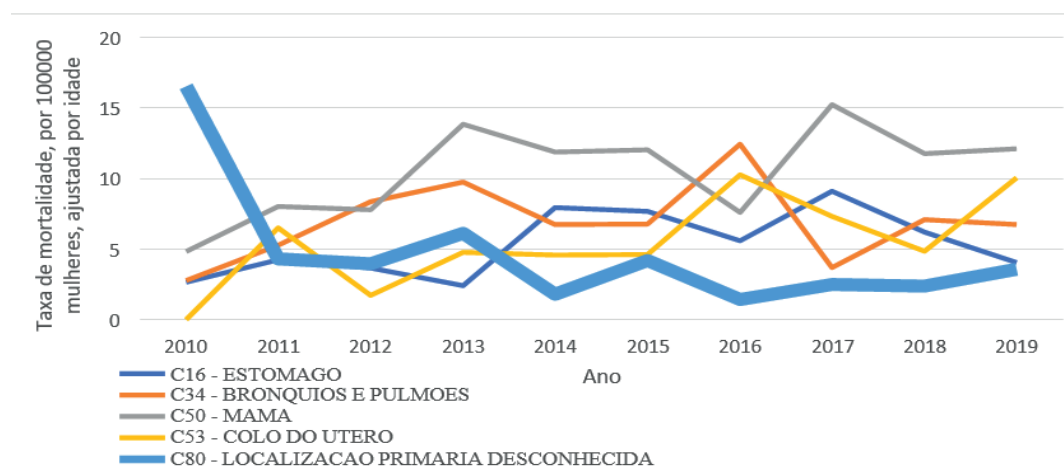
| Localização primária                         | Nº óbitos  | %           |
|----------------------------------------------|------------|-------------|
| C61 – PROSTATA                               | 158        | 16,97       |
| C16 – ESTOMAGO                               | 140        | 15,04       |
| C34 - BRONQUIOS E PULMOES                    | 96         | 10,31       |
| C80 - LOCALIZACAO PRIMARIA DESCONHECIDA      | 71         | 7,63        |
| C83-C96 NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS             | 59         | 6,34        |
| C18-C20 COLON-RETO                           | 48         | 5,16        |
| C15 – ESOFAGO                                | 47         | 5,05        |
| C22 - FIGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPATICAS | 38         | 4,08        |
| C71 – ENCEFALO                               | 34         | 3,65        |
| C32 – LARINGE                                | 32         | 3,44        |
| OUTROS                                       | 208        | 22,34       |
| <b>Total</b>                                 | <b>644</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

O crescimento observado pode, parcialmente, ser devido a melhoria na qualidade das informações, visto que houve uma tendência de queda, estatisticamente significativa, nos óbitos por neoplasia de primário desconhecido. A redução aconteceu tanto em homens quanto em mulheres, sendo de 15% ao ano, no gênero masculino, e de 18,9% ao ano, no feminino, respectivamente (Quadro 3 e 4).

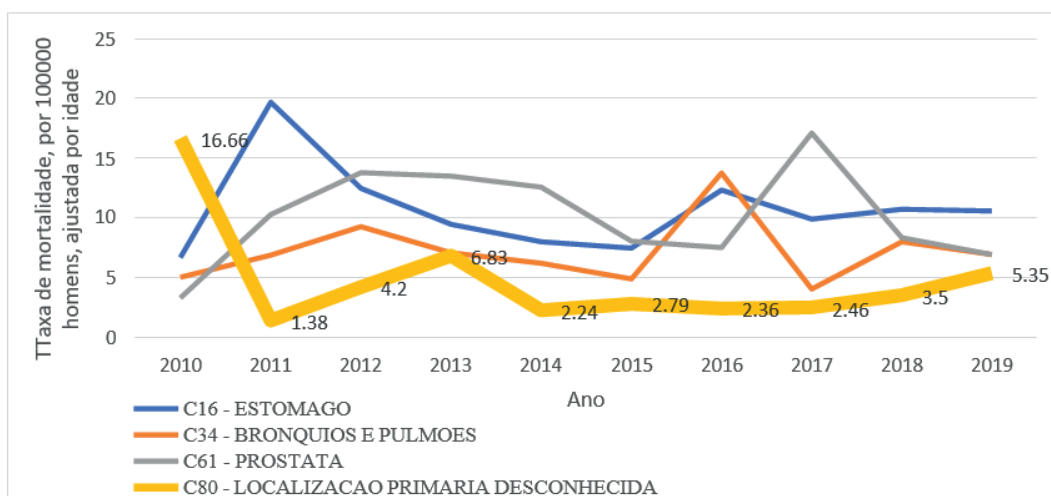
Os gráficos 2 e 3 mostram que as taxas de neoplasias de localização primária desconhecida eram as mais frequentes, em homens e mulheres, em 2010, com 16,54 por 100000, em 2010, e taxa de 3,56 por 100000, em 2019 (Gráfico 2). Da mesma forma, no sexo masculino, indo de 16,66, em 2010, para 5,35 por 100000, em 2019 (Gráfico 3).

**Gráfico 2 - Taxas de mortalidade do sexo feminino das neoplasias mais frequentes, ajustadas por idade, segundo localização primária do tumor na regional de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.**



Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

Gráfico 3 - Taxas de mortalidade do sexo Masculino das neoplasias mais frequentes, ajustadas por idade, segundo localização primária do tumor na regional de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.

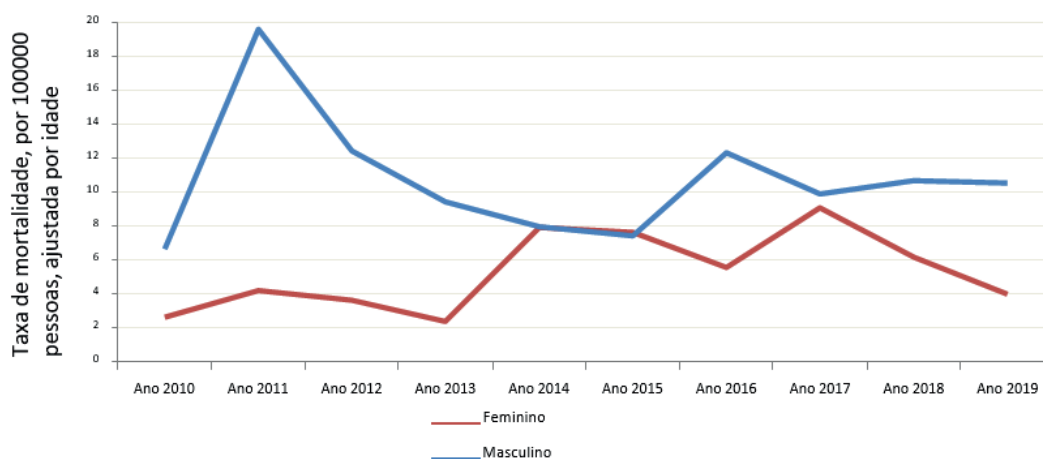


Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

### Mortalidade por Câncer de Estômago

As neoplasias de estômago foram as mais frequentes com um total de 214 óbitos. Ocuparam a quarta posição entre as mulheres, com 74 óbitos, e o segundo lugar, entre os homens, com 140 óbitos, quase o dobro do que as mulheres (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Taxas de mortalidade das neoplasias de Estômago, ajustada por idade, segundo gênero, na regional de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.



Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

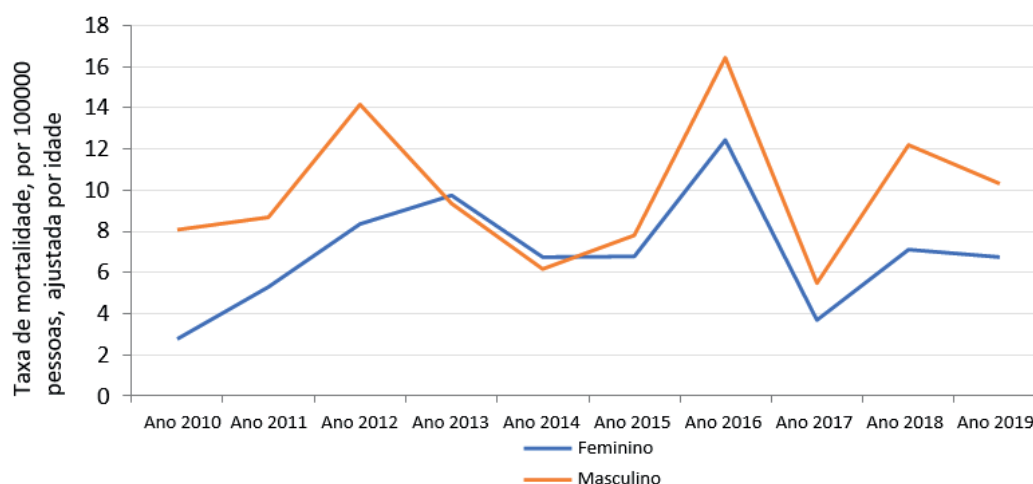
Entre as mulheres, observa-se um joinpoint que divide o período em duas fases com APCs com direções opostas, porém, sem significância estatística. Também não é observada significância estatística na tendência do período completo (Figura 1). Os homens também não apresentam tendência estatisticamente significativa (Figura 2).

### Mortalidade por Câncer de Brônquios e Pulmão

As neoplasias de brônquios e pulmão são as segundas, considerando o total de neoplasias, com 191 óbitos, sendo 95, em mulheres, e 96, em homens (Quadro 1 e 2).

A tendência observada no joinpoint não apresentou significância estatística, apesar dos APCC negativos, então deve ser considerada como estável. De fato, apesar das irregularidades, provavelmente devidas ao escasso número de casos, a variação entre os extremos do período é de 2,77 por 100000, em 2010 para 6,74 por 100000, em 2019, entre as mulheres, e de 8,09 para 10,31, entre os homens (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Taxas de mortalidade do sexo Feminino das neoplasias de brônquios e pulmão, ajustada por ano, segundo localização primária do tumor na regional de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.



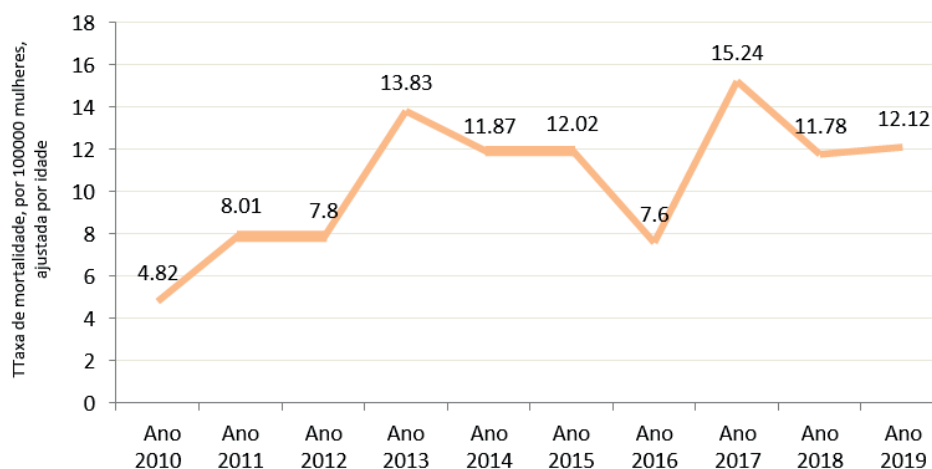
Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

### Mortalidade por Câncer de Mama

Considerando todas as neoplasias, em ambos os gêneros, o câncer de mama, se encontra em quarto lugar, com 139 óbitos, porém, é o primeiro entre as mulheres.

O câncer de mama apresenta taxas crescentes nos anos estudados, 4,82 por 100000 mulheres, em 2010, chegando a 12,12 por 100000, em 2019 (Gráfico 6). O joinpoint indica dois períodos na tendência, o primeiro de 2010 a 2012, com APC de 63,4% ao ano (IC95% -26,1; 261,4) e, o segundo, de 2012 a 2019, com APC de - 0,4% (IC95% -7,2; 6,8). Considerando todo o período, o número de óbitos no sexo feminino teve uma variação de aproximadamente 11,1% ao ano (APCC). Nenhum desses valores apresentou significância estatística (Figura 1).

Gráfico 6 - Taxas de mortalidade das neoplasias de mama feminina, ajustadas por idade, na regional de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.

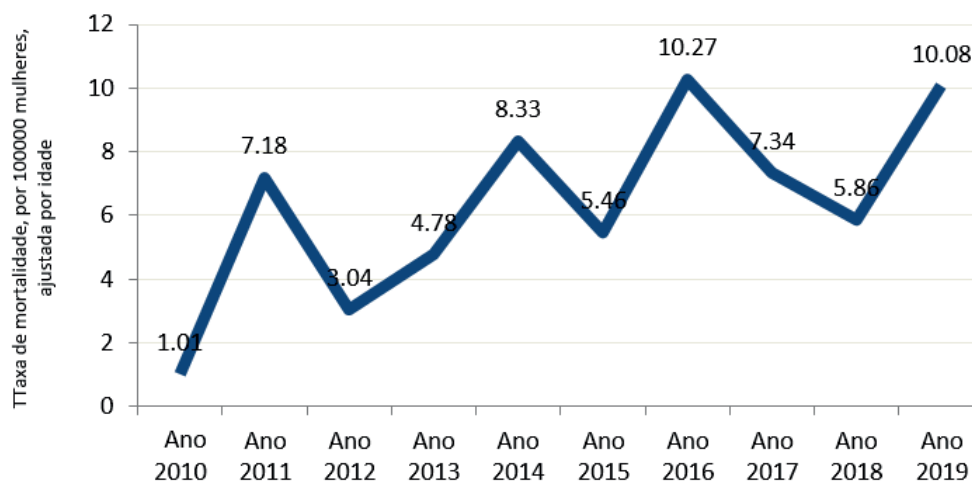


Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

### Mortalidade por Câncer de Colo de Útero

O câncer de colo uterino, com 75 óbitos, foi o terceiro mais frequente entre as mulheres. As taxas variaram entre 1,01 por 100000 mulheres, em 2010, e 10,08 por 100000, em 2019, uma taxa 10 vezes maior (Gráfico 7). O joinpoint mostrou tendência crescente de 8,3% ao ano, no período, com significância estatística (IC95% 1,9; 15,1).

Gráfico 7 - Taxas de mortalidade das neoplasias de colo uterino, ajustadas por idade, na regional de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.



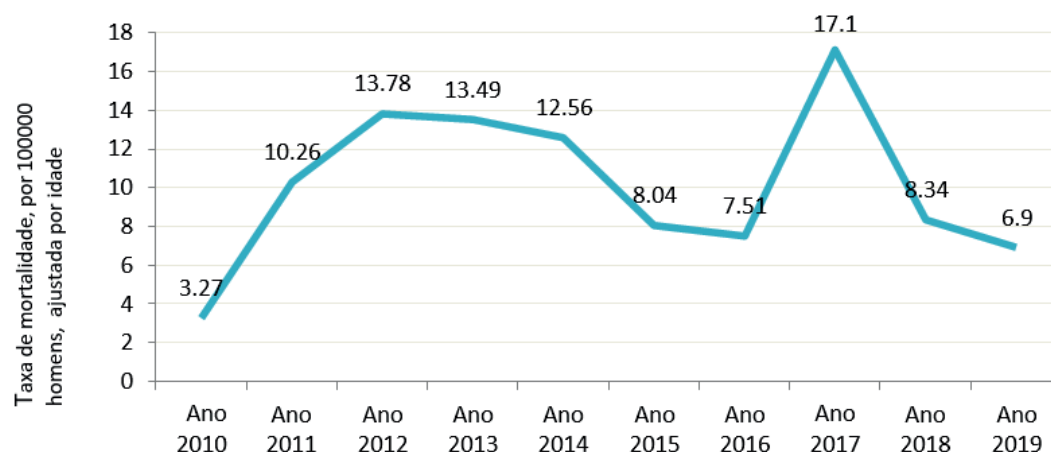
Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

### Mortalidade por Câncer de Próstata

Com 158 óbitos, a próstata se posiciona no terceiro lugar total, porém, em primeiro lugar das neoplasias entre os homens (Gráfico 8).

Apesar da variação nas taxas, de 3,27, em 2010, para 6,9, em 2019, a tendência mostrada no joinpoint é de estabilidade com APCC de 0,5% (IC95% -10,7; 13,3) ao ano.

Gráfico 8 - Taxas de mortalidade das neoplasias de próstata, ajustadas por idade, na regional de saúde Itapipoca-CE, 2010 a 2019.



Fonte: Atlas da mortalidade-INCA

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a mortalidade por câncer na região de saúde de Itapipoca de 2010 para 2019 manteve-se com uma tendência crescente. Entre as cinco localizações mais frequentes na região, observou-se um crescimento na mortalidade por câncer de estômago, para ambos os sexos, para a mortalidade por neoplasias de colo uterino. Foi evidenciada estabilidade (ou não significância estatística) na mortalidade por neoplasias de mama, pulmão, ambos os sexos, e próstata. Observou-se ainda uma redução expressiva da mortalidade pelos Cânceres primário desconhecido para ambos os sexos.

Destaca-se a grande proporção de registros classificados como primários desconhecidos e a evolução decrescente significativa ao longo dos dez anos. Trata-se de um dado indicativo da melhoria no preenchimento dos registros da região, como também de uma assistência adequada na ocasião do óbito. Este declínio considerável do percentual pode também ser atribuído a implantação do Projeto de Redução das Causas Mal Definidas de Mortalidade no Ceará em parceria com o Ministério da Saúde, através do qual foi possível implementar as investigações de óbito através da utilização do Formulário de Investigação de óbito por Causa Mal Definida na rotina das ações de vigilância do óbito dos municípios cearenses. Apesar dos avanços, a qualidade dos registros dos dados de óbitos na região pode, ainda, comprometer a fidedignidade dos níveis das taxas de mortalidade.

As taxas de mortalidade da região de Itapipoca também foram mais elevadas que as verificadas em estudos que analisaram a mortalidade por esse câncer em outras regiões do Nordeste. No Piauí não houve tendência de queda na mortalidade em nenhuma região do estado, mas sim estabilidade na maior parte dos territórios de desenvolvimento, porém em Minas Gerais apresenta uma queda com tendência de instabilidade entre 2000 e 2011<sup>(8)</sup>. Estudo realizado no Rio Grande do Norte analisou que houve uma tendência estacionária com altas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, quando comparadas às taxas de países desenvolvidos<sup>(9)</sup>.

No presente estudo nas idades entre 25-64 anos onde o rastreamento é recomendado, ocorreram 42 óbitos, representando 56% do total. Em todas as regiões do Brasil nos anos de 2012-2016 um estudo



mostrou resultados com padrões de amplas variações, ocorreu 21 óbitos entre a idade de 15- 19 (0,08%) e 168 óbitos entre 20-24 (0,61%), entre 25-64 uma taxa de 67,02% e entre 50-54 anos 11,52%<sup>(10)</sup>.

O programa Viva mulher, então denominado Programa Nacional do Controle do câncer do Colo Uterino (PNCCCU) por intermédio do Instituto Nacional do Câncer (INCA) que teve início em 1998 com compromisso de reduzir a morbimortalidade por câncer de colo. Fortaleceu o diagnóstico precoce, feito através de *screening*, e o tratamento da doença ou de lesões precursoras. Possuiu papel destacado em razão da ampliação do número de exames preventivos e da capacitação de centenas de profissionais de saúde no Brasil. O Viva mulher pode ser destacado como a primeira ação de controle organizada em nível nacional, permitindo contemplar as diversidades regionais do país compreendendo o problema do câncer no Brasil<sup>(11)</sup>.

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais mata mulheres a cada no Brasil. Entre 2010 a 2018 um estudo observou um aumento significativo das taxas de

mortalidade ajustada por câncer de mama entre mulheres, a variação percentual anual (APC) para o Brasil no período foi de 1,0 (IC95%: 0,7 a 1,2) e na região Nordeste de 1,9% (APC) <sup>(12)</sup>. O Nordeste apresenta uma alta vulnerabilidade na saúde apresentando alta correlação negativa com grau de urbanização, IDH e renda per capita<sup>(13)</sup>. Essa realidade não é diferente na região de Itapipoca. De acordo com este estudo as taxas de mortalidade mantiveram-se crescentes com maior incidência na faixa etária de 50 a 59 anos com APCC aproximadamente 11,1% ao ano. O número reduzido de óbitos pode estar influenciando na significância estatística.

Com o processo de urbanização foi observado que prevalecem as desigualdades regionais da mortalidade por câncer de mama feminino que estão associadas positivamente com as condições de vida refletidas em indicadores de educação, renda e condições do domicílio<sup>(14)</sup>. Observa-se que nas regiões mais desenvolvidas e urbanizadas do país a um aumento da incidência do câncer de mama, devido ao acesso de maiores recursos diagnósticos próximos à área de residência o que não é uma realidade para as residentes de áreas periféricas e de baixo nível socioeconômico com acesso distante e difícil<sup>(13)</sup>.

O câncer de pulmão na região de Itapipoca apresentou padrão semelhante de estabilidade para ambos os sexos. O elevado número de registros e óbitos por câncer de pulmão pode estar intimamente associado ao tabagismo, uma vez que as mortes por tabagismo ocupam o 5º lugar entre as 10 principais causas de morte no mundo, responsáveis por metade das mortes per capita<sup>(15)</sup>.

Em um estudo da tendência das taxas de mortalidade de câncer de pulmão corrigidas no Brasil e regiões apresentaram entre 1996 e 2011 um padrão de distribuição diferentes segundo sexo, com taxas mais elevadas em homens que em mulheres e com redução da tendência de mortalidade para o sexo masculino e aumento das taxas para o sexo feminino capita<sup>(16)</sup>.

Por sua vez, em um estudo realizado avaliando a mortalidade por câncer de traqueia, brônquios e pulmão no estado de São Paulo sete anos antes e sete anos após a instituição da lei Antifumo (7 de maio de 2009) concluiu que embora haja queda na prevalência do tabagismo ainda não se observou modificações nos indicadores, tal fato pode estar relacionado ao longo período de latência da doença<sup>(17)</sup>.

Outro estudo referente ao período de 2000 a 2015 no estado da Paraíba, observou-se que houve um aumento considerável na taxa de mortalidade por câncer de estômago na população em geral, principalmente nos homens<sup>(20)</sup>. A maioria dos óbitos deste estudo ocorreu na população com idade de 70 a 79 anos, o observado em Fortaleza por meio de um estudo em 2017 foi que principalmente nessa mesma faixa etária o câncer de estômago vem crescendo bruscamente<sup>(19)</sup>. O risco de morrer por câncer de estômago aumenta com a idade, pelo caráter cumulativo e longitudinal das experiências potencialmente carcinogênicas que são capazes de produzir alteração celular e multiplicação atípica, entre idosos de acordo com o estudo de Chiuchetta em 2020<sup>(18)</sup>.

Recente estudo realizado na população no interior do Estado de São Paulo relatou que a mortalidade por câncer de estômago é substancialmente mais elevada nas regiões com água contaminada por Cromo. O cromo foi entendido como um fator reforçador capaz de precipitar o surgimento da doença ou agravar uma condição de saúde preexistente<sup>(21)</sup>.

Estudos recentes demonstram que o tecido adiposo em expansão pode ter uma contribuição clinicamente relevante no desenvolvimento do câncer gástrico<sup>(23)</sup>. Outro estudo demonstra que período pós menopausa está associado ao surgimento de neoplasia mamária em mulheres com obesidade<sup>(22)</sup>.

Um estudo, apresentou que através das atividades físicas é possível a melhora da qualidade de vida, o que diminuem as consequências durante o tratamento de câncer, além de preservar e promover a saúde e importantes hábitos saudáveis irá mantêm o organismo equilibrado<sup>(24)</sup>.

No período de 2010 a 2019 os óbitos referentes ao câncer de próstata mostraram uma tendência estável no APCC de 0,5% ao ano (IC95% -10,7; 13,3), com tendência crescente a partir dos setenta anos, destacando a maior tendência entre as faixas etárias de 80 ou mais anos. Nas regiões do Nordeste do Brasil de 1996 a 2014 a tendência de mortalidade apresentou crescimento entre a faixa etária de 50 a 80 anos ou mais, com uma tendência significativa de 4,4% ao ano<sup>(25)</sup>. Contudo, os dados deste artigo corroboram com outros estudos, onde se mostra um crescimento na tendência de mortalidade nas faixas etárias mais elevadas.

## CONCLUSÃO

Este estudo contribuiu para conhecer as tendências temporais de mortalidade por cânceres mais prevalentes segundo o sexo na região de saúde de Itapipoca.

Em relação aos registros dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade na região, observou-se a melhoria significativa na localização do primário desconhecido.

A mortalidade por câncer na região de saúde de Itapipoca de 2010 para 2019 manteve-se com uma tendência crescente.

Entre as cinco localizações mais frequentes na região, observou-se um crescimento na mortalidade por câncer de estômago, para ambos os sexos, para a mortalidade por neoplasias de colo uterino. Foi evidenciada estabilidade (ou não significância estatística) na mortalidade por neoplasias de mama, pulmão, ambos os sexos, e próstata.

## REFERÊNCIAS

1. Guerra MR, Teixeira MTB, Corrêa CSL, Abreu DMX, Curado MP, Mooney M, et al. Magnitude e Variação da Carga da Mortalidade por Câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2017; 20(1):102-117.
2. Paiva EMC, Moraes CM, Brito TRP, Lima DB, Fava SMCL, Nascimento MC. Perfildos atendimentos oncológicos de uma macrorregião de saúde brasileira. *Rev. Av. Enferm.* 2020; 38(2):149-158.
3. Martins WA, Rosa MLG, Matos RC, Silva WGS, Filho SEM, Jorge AJL, et al. Tendência das Taxas de Mortalidade por Doença cardiovascular e Câncer entre 2000 e 2015 nas Capitais mais populosas das Cinco Regiões do Brasil. *Arq. Bras. Cardiol* 2019; 114(2):199-206.
4. Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, Costa ICC. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016; 21(1):253-262.
5. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2019; 22(e.190030).
6. Bigoni A, Antunes JLF, Weiderpass E, Kjaerheim K. Describing mortality trends for major cancer sites in 133 intermediate regions of Brazil and an ecological study of its causes. *BMC Cancer.* 2019; 19(1):1-10.
7. Segi M, Kyokai NT, Igakubu TD. Cancer mortality for selected sites in 24 countries (1950-57). **Japan Cancer Society**, Sendai, v. 6, n. 1, p. 1-12, 1960.
8. Madeiro A, Rufino AC, Brandão NS, Santos IS. Tendências da mortalidade por câncer do colo do útero no Piauí, 2000-2011. *Cad. Saúde Colet.* 2016; 24(3):282-285.
9. Sousa AMV, Teixeira CCA, Medeiros SS, Nunes SJC, Salvador PTCO, Barros RMB. Mortalidade por câncer do colo do útero no estado do Rio Grande do Norte, no período de 1996 a 2010: tendência temporal e projeções até 2030. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016; 25(2):311-322.
10. Tallon B, Monteiro D, Soares L, Rodrigues N, Morgado F. Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos. *Saúde Debate.* 2020; 44(125):362-371.
11. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Viva mulher 20 anos: História e memória do controle dos cânceres do colo do útero e de mama no Brasil. [Internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 30 nov 2020]. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//programa\\_viva\\_mullher\\_2018\\_completo.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//programa_viva_mullher_2018_completo.pdf)
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por câncer de mama no Brasil: 2010-2018. *Boletim Epidemiológico.* 2020; 51(45).
13. Duarte DAP, Nogueira MC, Magalhães MC, Teixeira MTB. Iniquidade social e câncer de mama feminino: análise da mortalidade. *Cad. Saúde Colet.* 2020; 28(4):465-476.
14. Carvalho JB, Paes NA. Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama em microrregiões do Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2019; 19(2):401-410.
15. José BPS, Corrêa RA, Malta DC, Passos VMA, França EB, Teixeira RA et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2017; 20(1):75-89.
16. Malta DC, Abreu DMX, Moura L, Lana GC, Azevedo C, França E. Tendência das taxas de mortalidade de câncer de pulmão corrigidas no Brasil e regiões. *Rev. Saúde Pública.* 2016; 50(33):1-10.
17. Novo CPD, Zanin L, Perin V, Fonseca MRCC. Mortalidade por câncer de Pulmão: Perfil e tendências após a vigência da Lei Antifumo. *REFACS.* 2021; 9(1):1-12.
18. Chiuchetta JV, Magajewski F. Tendência Temporal da Mortalidade por Câncer de Estômago em Santa Catarina no período de 1996 a 2016. *Arq. Catarin. Med.* 2020; 49(3):51-68.
19. Diógenes MSG, Min Y, Silva AR, Pessoa ETEP. Mortalidade por Câncer de Estômago em Fortaleza-

- CE, Brasil: Um Análise Epidemiológica 2008-20017. Braz. J.Surg. Clin. Res. 2020; 31(3):13-17.
20. Silva AB. Análise da taxa de mortalidade por câncer de estômago entre 2000 e 2015na Paraíba, Brasil. Arch. Health. Sci. 2018; 25(3):18-21.
21. Oliveira FLV, Kuno R, Nascimento FP, Gouveia N. Exposição potencial a baixas doses de cromo por via oral e mortalidade por câncer de estômago na população do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2021; 37(4):1-12.
22. Menezes CA, Oliveira VS, Barreto RF. Estudo da correlação entre obesidade e câncer de mama no período pré e pós-menopausa. Brazilian Journal of Health Review. 2021; 4(1):1487-1501.
23. Lopes AC, Cruz LV, Sobrinho HMR. Associação entre obesidade e câncer gástrico. Revista Brasileira Militar de Ciências. 2020; 6(14):55-62.
24. Silva HR, Nascimento FRS, Santos SL, Lustosa MJL, Filho JCLCM, Portela CL. A importância da prática de atividades físicas e uma alimentação saudável na profilaxia de um câncer. Research, Society and Development. 2020; 9(4):1-12.
25. Souza KS, Miranda FSL, Silva MRF, Costa GS, Pereira RB, Félix KCS. Tendência de mortalidade por câncer de próstata na região Nordeste do Brasil, 1996 – 2014. Rev. Rios Saúde. 2018; 1(2):18-25.