



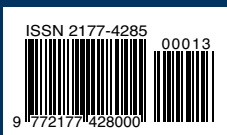
# Enfermagem

em Foco

e-ISSN: 2357-707X ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

VOLUME 5, N. 3/4, dezembro 2014



ISSN 2177-4285 00013  
9 772177 428000

Submissão online

## Editorial

### 48. Enfermagem em Foco retorna à cena

*Joel Rolim Mancía*

## Artigos Científicos

### 49. Aplicação da escala reduzida de autoeficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família

*Application of small-scale efficacy in breastfeeding in the context of the Family Health Strategy*

*Aplicación de la autoeficacia en pequeña escala en la lactancia materna en el Contexto de la Estrategia de la Salud de la Familia*

*Lorena Sousa Soares, Grazielle Roberta Freitas Da Silva, Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Erlayne Camapum Brandão, Mônica Oliveira Batista Oriá*

### 53. Diagnósticos de enfermagem prevalentes no bloco materno-infantil de um hospital público de Brasília

*Prevalent nursing diagnoses in maternal and child bloc of a public hospital in Brasília*

*Diagnósticos de enfermería prevalentes en el bloque materno-infantil de un hospital público de Brasília*

*Rinaldo de Souza Neves, Pedro Henrique Meireles de Araújo, Tereza Cristina Lemes Lacerda*

### 57. Orientações sobre aleitamento materno em consultas de pré-natal

*Guidelines on breastfeeding in prenatal consultations*

*Orientaciones acerca de la lactancia materna en las consultas de prenatal*

*Gardenia Gomes Pereira, Mariana Cavalcante Martins, Emily Karoline Freire Oliveira, Denise Maia Alves da Silva, Ana Debora Assis Moura*

### 61. Perfil de saúde e qualidade de vida de idosos de Santa Juliana-MG

*Health profile and quality of life of the elderly in Santa Juliana (MG)*

*Perfil de salud y calidad de vida de los ancianos de Santa Juliana (MG)*

*Álvaro da Silva Santos, Joilson Meneguci, Rodrigo Eurípedes da Silveira, Fernanda Avelar Marquez, Verônica Aparecida Ferreira, Dayane Viana*

### 65. Perfil epidemiológico dos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodialítica

*Epidemiological Profile of Renal Failure Patients Submitted to Hemodialysis*

*Perfil epidemiológico dos los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*

*Ivonizete Pires Ribeiro, Andira Luana Soares Pinheiro, Andressa Luana Araújo Soares, Nayara Franciele Marques dos Santos*

### 70. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: que dimensões se sobressaem?

*Patient satisfaction with the nursing care: what dimensions predominate?*

*Satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería: qué dimensiones sobresalen?*

*Roberta Meneses Oliveira, Mariana Monteiro Pereira, Perla Guimarães Feitosa, Alexandra da Silva Lima, Yane Carmem Ferreira Brito, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Paulo César de Almeida*

### 75. Síndrome de Burnout em Enfermeiros Atuantes em Unidade de Terapia Intensiva

*Burnout syndrome in nurses working in intensive care unit*

*Síndrome de Burnout en enfermeros que trabajan en la unidad de cuidados intensivos*

*Glébia Keila da Cunha Silva, Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino, Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Maria Zélia De Araujo Madeira, Francinete Paula Dantas Avelino*

### 79. Violência cometida contra mulheres: Necessidades Humanas Básicas (NHB) e os cuidados de Enfermagem

*Violence committed against women: Basic Human Needs (BHN) and nursing care*

*Violencia contra las mujeres: necesidades humanas básicas (BHN) y la atención de enfermería*

*Vera Lucia de Azevedo Lima, Andrey Ferreira da Silva, Elane Borges do Rosário*

### 83. Vivência da sexualidade da mulher estomizada

*The Sexuality's Experience Of Stomized Women*

*La experiencia de la sexualidad de la mujer con ostomía*

*Antonio Dean Barbosa Marques, Jessica Suyanne Gomes Silva, Leidinar Cardoso Nascimento, Inez Sampaio Nery Maria Helena Barros Araújo Luz*

# Enfermagem em Foco retorna à cena



Desde 2013 estamos com dificuldades de publicar a revista em dia. Isto, infelizmente se deve a fatores os quais não temos controle. No entanto, a partir de 2016, essa realidade mudará, pois já temos contratada a empresa que realizará a editoração e impressão da revista.

De forma a diminuir os prejuízos para os autores que submeteram manuscritos em nossa plataforma e que tiveram um atraso na resposta, o Conselho Editorial decidiu reunir mais de um fascículo num mesmo volume. Assim, por exemplo este fascículo contempla o volume 5/ 2014.

A partir do volume 6/2015, também concentrado retornamos ao cenário das publicações com a revista nos dois suportes: eletrônico e impresso. Este volume relativo a 2015 entra em circulação em fevereiro. Já março de 2016 publicaremos o primeiro fascículo de 2016, se constituindo de um número temático que abordará os resultados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Trabalho realizado pela Fiocruz patrocinado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Enfermagem em Foco permanece na posição B2 do Qualis periódicos da Capes. Ainda que, ao acessar a plataforma Sucupira não encontremos a revista, no entanto, a coordenadora da área de Enfermagem da Capes, Dra Carmen Scochi nos assegurou essa posição. Quanto à ausência na plataforma, ela justificou que há problemas de compatibilidade na migração de planilhas para o sistema, e reitera que logo estará solucionado. Ficamos na expectativa!

Para manter a revista viva são necessárias as contribuições dos pesquisadores da nossa profissão. De forma que solicitamos que submetam trabalhos à revista, temos um compromisso de dar celeridade ao processo de avaliação, para tanto implementamos mudanças nas normas de publicação, introduzimos a tradução qualificada, selecionando um grupo de tradutores, aos quais os autores poderão contatar para verter seus artigos em inglês e espanhol.

Também renovamos nosso corpo de avaliadores para termos uma maior abrangência de temas, bem como representatividade no âmbito dos programas de pós-graduação e de regiões do Brasil. Mantivemos os consultores internacionais, visto que são importantes para dar visibilidade ao periódico no cenário mundial de publicações.

Ainda em âmbito internacional temos garantido a participação de representante da revista na International of Nursing Editors-INANE, organização de editores que se reúne anualmente em uma conferência. Deste encontro emanam orientações que repercutem em todo o mundo editorial da enfermagem, inclusive no em nosso país.

Assim, com o desejo de melhorar a publicação da Enfermagem em Foco é que solicitamos aos nossos leitores que nos enviem artigos para avaliação. A submissão é on-line em no site.

**Boa Leitura!**

Joel Rolim Mancia

*Editor-Chefe*

*Universidade do Vale dos Sinos-UNISINOS*

# Aplicação da escala reduzida de autoeficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família

Recebido em: 21/08/2013  
Aprovado em: 14/08/2014

Lorena Sousa Soares<sup>1</sup>  
Grazielle Roberta Freitas Da Silva<sup>2</sup>  
Márcia Teles de Oliveira Gouveia<sup>3</sup>  
Erlayne Camapum Brandão<sup>4</sup>  
Mônica Oliveira Batista Oriá<sup>5</sup>

**Resumo:** O objetivo do estudo foi avaliar a autoeficácia em amamentação por meio da aplicação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form, junto a 39 mães, na cidade de Teresina (PI). Resultados mostraram eficácia alta e média, não existindo assim, eficácia baixa neste estudo. Na análise separada dos itens, os menores índices foram nos itens: 6 e 13, quanto à categoria técnica. No domínio intrapessoal, os menores índices foram nos itens: 2, 8 e 10. Identificando as mães que tem menor auto eficácia e maior risco para o desmame precoce, o que o profissional pode avaliar e programar a sua promoção ao aleitamento materno.

**Descritores:** Aleitamento Materno, Estratégia Saúde da Família, Enfermagem em Saúde Comunitária.

## Application of small-scale efficacy in breastfeeding in the context of the family health strategy

**Abstract:** The purpose of this study was to evaluate self-efficacy in breastfeeding through the application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form, along with 39 mothers, in the city of Teresina (PI). Results showed average and high efficiency, so there is, low efficiency in this study. In separate analysis of scale items, the lowest levels were the following items: 6 and 13 about the technical category. In the intrapersonal domain, the lowest rates were in the items: 2, 8 and 10. Identifying mothers who have lower self-efficacy and higher risk for early weaning, the practitioner can assess and plan its promotion of breastfeeding.

**Descriptors:** Breast Feeding, Validity of Tests, Community Health Nursing.

## Aplicación de la autoeficacia en pequeña escala en la lactancia materna en el contexto de la estrategia de la salud de la familia

**Resumen:** El propósito de este estudio fue evaluar la autoeficacia en la lactancia materna a través de la aplicación de Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form, entre 39 madres de la ciudad de Teresina (PI). Los resultados mostraron una alta eficacia y la media, por lo que es, una baja eficacia en este estudio. En un análisis separado de los elementos, el más bajo en los artículos fueron: 6 y 13, como la categoría de técnico. En el dominio intrapersonal, las tasas más bajas en los artículos: 2, 8 y 10. La identificación de madres que tienen menor riesgo de auto-eficacia y el aumento de destete precoz, el médico puede evaluar y planificar la promoción de la lactancia.

**Descriptores:** Lactancia materna, Validez de las pruebas, Enfermería en Salud Comunitaria.

## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno não é a simples ação de colocar a criança ao peito da mãe, é um processo complexo que envolve experiências culturais, sociais, psíquicas e biológicas da mulher. Como uma tarefa há ser cumprida em prol da saúde da criança, existe uma cobrança social para a mãe amamentar, porém vários fatores dificultam ou inviabilizam esta prática.

Apesar dos conhecimentos atuais confirmarem a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) para crianças até os seis meses de idade, a introdução precoce de líquidos e alimentos artificiais em crianças amamentadas continua sendo frequente em nosso meio. Tal fato pode ser evidenciado quando 32,7% das mães julgaram como incorreta a assertiva "outros alimentos podem causar substituição do AME", pois acreditam que a inserção de outros alimentos não influencia na duração do AME<sup>(1)</sup>.

Na assistência de enfermagem, especialmente na promoção da amamentação, somente pela interação entre profissional e

mãe, pode-se desenvolver um plano de cuidados possível de ser realizado em todos os níveis de atenção, pois a partir deste compartilhamento de pensamentos e valores, o enfermeiro é capaz de conhecer as reais necessidades do binômio mãe-filho, para poder, assim, intervir.

No Brasil, as estimativas das prevalências do aleitamento materno mostram que a maioria das crianças (87,3%) é amamentada no primeiro mês de vida. Essa proporção decresce para 77,5% aos 120 dias, e para 68,6%, aos 180 dias. Na cidade de Teresina (PI), estes percentuais são 92,7%; 86,4% e 80,1%, respectivamente. Quanto aos valores do aleitamento materno exclusivo, as taxas são ainda menores. Os percentuais na idade de 30, 120 e 180 dias, em Teresina, caem para 55,0%; 22,0% e 9,6%, respectivamente<sup>(2)</sup>.

Estas taxas deixam claro que apesar das várias estratégias de incentivo ao AME, infelizmente, elas ocorrem isoladamente e muitas vezes até contrapõem-se, o que demonstra a falta de articulação das ações de saúde.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Programa de pós-graduação em enfermagem da UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança. Docente da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB).

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

No que se refere à atuação dos serviços de saúde, há três pontos em que estimular e favorecer as condições para o aleitamento podem fazer diferença e, inclusive, influenciar o aleitamento materno exclusivo: incentivo e apoio nas consultas de pré-natal; promoção do contato na maternidade imediatamente após o parto e continuação do apoio nas primeiras consultas do recém-nascido<sup>(3)</sup>.

A promoção do aleitamento materno é uma tarefa primordial do profissional enfermeiro, dentro das ações estratégicas na atenção básica em saúde ou na assistência nas maternidades, sendo fator determinante na relação de ajuda e manejo da amamentação e um indicador na avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Com a avaliação da promoção da amamentação, aplicando escalas como instrumento de medida, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), em destaque nas consultas de pré-natal e puericultura, será possível efetivar ações mais diretas na amamentação para melhoria dos seus indicadores.

**OBJETIVO**

Avaliar a autoeficácia em amamentação de mulheres da cidade de Teresina.

**METODOLOGIA**

Estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que engloba sete equipes da Estratégia Saúde da Família localizada na cidade de Teresina (PI). A população foi composta por todas as mães que amamentavam e que compareceram ao serviço para consulta de puericultura na referida UBS, durante os meses pré-estabelecidos para a coleta de dados. Assim, a amostra totalizou 39 mães.

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro de 2010 a março de 2011, no turno da manhã, às segundas e terças-feiras, dias destinados, de acordo com a rotina, para realização das consultas de puericultura da referida instituição. Antes ou após a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro, aplicou-se a BSES-SF<sup>(4)</sup>, a qual foi preenchida a punho pela pesquisadora de acordo com as respostas das mães que amamentavam).

A BSES-SF é uma escala estruturada composta de 14 itens que abordam duas categorias de domínio: técnica e pensamentos intrapessoais. Cada item é avaliado de acordo com uma escala de concordância (tipo Likert) com a seguinte pontuação: 1-discordo totalmente, 2-discordo, 3-às vezes concordo, 4-concordo e 5-concordo totalmente<sup>(5)</sup>. Para facilitar a interpretação das mães, foi desenvolvido um instrumento, correlacionando as respostas às cores respectivas: 1. discordo totalmente (vermelho), 2. discordo (laranja), 3. às vezes concordo (amarelo), 4. concordo (azul) e 5. concordo totalmente (verde), o que facilitou o entendimento das mães em relação às respostas de cada questão. Assim, a escala permite para cada item uma pontuação de 1 a 5 e apresenta, portanto, um mínimo de 14 e um máximo de 70 pontos. Com a finalidade de se analisar a eficácia, ela foi transformada da seguinte maneira<sup>(6)</sup>: eficácia baixa (de 14 a 32 pontos), eficácia média (de 33 a 51 pontos) e eficácia alta (de 52 a 70 pontos).

Um banco de dados em planilha eletrônica foi elaborado, em programa Excel 2007, para procedimento das análises descritivas e inferenciais e, as informações coletadas foram exportadas e organizadas no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0.

O estudo, como parte integrante do Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC), foi encaminhado e aprovado

pelo Comitê de Ética da UFPI com o CAAE 0075.0.045.000-10. Dessa forma, todas as mães participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A eficácia da população estudada variou de 51 a 70 pontos, ou seja, duas mães obtiveram eficácia média e 37, eficácia alta, não existindo assim, eficácia baixa neste estudo.

As respostas da BSFS – SF foram divididas em seus domínios (Técnicos e Pensamentos Intrapessoais), com a finalidade de agrupar melhor os itens e facilitar a visualização dos aspectos em que as mães apresentam menor ou maior eficácia (Tabelas 1 e 2).

**Tabela 1** – Distribuição das mães segundo os itens do domínio Técnico da BSFS – SF. Teresina, PI, 2011.

Domínio Técnico	Concordo totalmente		Concordo		Às vezes concordo		Discordo		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Item 1 (n=39)</b>	15	38,5	16	41	8	20,5	-	-	-	-
<b>Item 3</b>	15	38,5	16	41	8	20,5	-	-	-	-
<b>Item 4</b>	22	56,4	17	43,6	-	-	-	-	-	-
<b>Item 6</b>	27	69,2	8	20,5	1	2,6	2	5,1	1	2,6
<b>Item 11</b>	21	53,8	14	35,9	2	5,1	1	2,6	1	2,6
<b>Item 12</b>	25	64,1	12	30,8	2	5,1	-	-	-	-
<b>Item 13</b>	17	43,6	13	33,4	6	15,4	2	5,1	1	2,6
<b>Item 14</b>	20	51,3	14	35,9	4	10,2	1	2,6	-	-

Na categoria Técnica, a escala focaliza os aspectos técnicos do aleitamento, relacionados diretamente a execução do ato de amamentar, como a pega, a posição, a ordenha, entre outros.

Na análise destes itens, a maior proporção entre as repostas do tipo “discordo e discordo totalmente” aconteceu nos seguintes: item 6 (Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando) e item 13 (Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê).

Assim, o fato de a proporção destes itens serem semelhantes, parece coerente, tendo em vista que é necessária certa técnica para amamentar e cuidar corretamente do bebê, assim, organizando suas necessidades de banho e sono com a amamentação<sup>(6)</sup>. Esta análise evidencia que as mães possuíam menor auto eficácia nestes itens. Desta maneira, os profissionais de saúde, especificamente, os enfermeiros, devem enfatizar e esclarecer, nos momentos de orientação e aconselhamento em amamentação, os cuidados dispensados e essenciais para a saúde infantil, considerando o manejo técnico e as necessidades pessoais de cada mãe.

Na vivência cotidiana do profissional de saúde, ações verticalizadas e normatizadas, bem como o reducionismo biológico, se fazem presentes, negligenciando outras facetas inerentes ao processo saúde-doença, tais como os aspectos histórico, social e cultural. Para os profissionais de saúde, o significado da amamentação aparece pautado na possibilidade de a mãe dar o melhor para o bebê, ou seja, uma condição emblemática de ser uma boa mãe. De nada adianta um profissional consciente

da importância da amamentação e atuante em sua promoção se o mesmo fornecer informações erradas às mães ou se não souber apoiá-las em manejos adequados<sup>(7)</sup>.

As principais atividades práticas que representam oportunidades de orientação, apoio e incentivo ao aleitamento materno são: orientação desde a fase inicial do pré-natal; orientação ao final do pré-natal; estimulação da amamentação nas atividades de puericultura; avaliação da mamada durante as visitas; orientação para prevenção de problemas com as mamas e realização de visitas puerperais precocemente<sup>(8)</sup>.

Houve um nível alto de concordância das mães nos itens 1 (Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente), 3 (Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento), 4 (Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada) e 12 (Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele), que apresentaram valores maiores para respostas do tipo “às vezes concordo, concordo e concordo totalmente”, além disso o item 4 foi o único com respostas apenas do tipo “concordo e concordo totalmente”. Este achado evidencia que as mães possuíam maior autoeficácia nestes itens, especialmente, na percepção da correta pega durante a mamada.

Abaixo a distribuição das mães segundo o domínio da escala intitulado: Pensamentos Intrapessoais.

**Tabela 2** – Distribuição das mães segundo os itens do domínio Pensamentos Intrapessoais da BSFS – SF. Teresina, PI, 2011.

Domínio Pensamentos Intrapessoais	Concordo totalmente		Concordo		Às vezes concordo		Discordo		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Item 2 (n=39)</b>	20	51,3	14	35,9	2	5,1	1	2,6	2	5,1
<b>Item 5</b>	24	61,5	15	38,5	-	-	-	-	-	-
<b>Item 7</b>	22	61,5	13	33,4	2	5,1	-	-	-	-
<b>Item 8</b>	26	66,7	10	25,6	2	5,1	-	-	1	2,6
<b>Item 9</b>	25	64,1	14	35,9	-	-	-	-	-	-
<b>Item 10</b>	21	53,8	15	38,5	2	5,1	1	2,6	-	-

Já na segunda categoria, Pensamentos Intrapessoais, a escala considera o desejo de amamentar, a motivação interna para a amamentação, a satisfação com a experiência de amamentar, dentre outros fatores relacionados à interação e à subjetividade materna.

Na análise destes itens, a maior proporção entre as repostas do tipo “discordo e discordo totalmente” aconteceu nos seguintes: item 2 (Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios); item 8 (Eu posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família) e item 10 (Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo). Esta análise mostrou que as mães possuem menor auto eficácia nestes itens.

Além da maior proporção entre as repostas do tipo “discordo e discordo totalmente” ter sido evidente em dois itens do domínio Técnico, no de Pensamentos Intrapessoais houve também este mesmo achado em três itens, mostrando assim, a deficiência e a baixa qualidade das orientações fornecidas, não

apenas no âmbito técnico, como também, na comunicação, na interação e na relação subjetiva entre a mãe e o profissional de saúde. Inúmeros fatores, já citados anteriormente, podem influenciar, prejudicar, ou até mesmo, impossibilitar o repasse de informações positivas sobre a amamentação e o incentivo do aleitamento exclusivo.

A dificuldade para amamentar nos primeiros dias mostra-se fortemente associada ao desmame, independente de outros fatores. É atribuição do profissional de saúde prestador da assistência a mulheres e crianças promover o aleitamento materno, na sua forma ampliada, através de ações que tenham por objetivo a sensibilização, a promoção, o incentivo e o apoio a esta prática. Por isso, é fundamental que o enfermeiro não cuide somente com abordagem técnica, mas que sua perspectiva seja ampliada, através de uma assistência associada aos aspectos socioculturais da amamentação<sup>(9)</sup>.

Os itens 5 (Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer), 7 (Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando) e 9 (Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar) apresentaram valores maiores para respostas do tipo “às vezes concordo, concordo e concordo totalmente”, além disso, os itens 5 e 9 foram os únicos com respostas apenas do tipo “concordo e concordo totalmente”. Isto mostrou que as mães possuíam maior auto eficácia nestes itens, principalmente, na satisfação em amamentar e na perspectiva de continuar amamentando seus bebês, apesar das dificuldades de adaptação do próprio cotidiano.

Entretanto, em outro estudo<sup>(4)</sup>, verificou-se um maior percentual de discordância (discordo e discordo totalmente) no item 5. Tal fato demonstra que a percepção das mães está mudando, pois há décadas, o aleitamento foi veiculado como essencial para a criança, desconsiderando a importância de decisão e os anseios das mulheres. Assim, as mães, atualmente, estão começando a acreditar e consolidar que a amamentação deve satisfazê-las também, e que, elas são a principal figura deste processo.

## CONCLUSÃO

A partir da aplicação da BSES – SF em mães que amamentavam, inseridas no contexto da Estratégia Saúde da Família, e da análise dos escores obtidos, concluiu-se que esta escala é um instrumento de fácil aplicação, principalmente com a adaptação da tabela de cores, facilitando assim, a compreensão das perguntas e a correlação das cores com as respostas. Esse último aspecto foi muito importante, o que remete aos autores da escala a sua implementação.

A BSES – SF é um método confiável, para avaliar a percepção, a autoeficácia e a promoção do aleitamento materno, podendo, assim, ser relevante na rotina de trabalho dos enfermeiros que atendem na ESF, especialmente, nas consultas de pré-natal e puericultura e nas visitas domiciliares de puérperas, pois a escala é um instrumento que mede e diagnostica a confiança das mães no aleitamento materno e no seu potencial para amamentar. Identificando as mães que tem menor autoeficácia e, conseqüentemente, maior risco para o desmame precoce, o profissional pode avaliar e programar a sua promoção ao AM, por intervenções individualizadas e orientações que promovam a saúde e o bem-estar do bebê, da mãe e de toda a família.

## Referências

1. Silva VMM, Joventino ES, Silva SF, Martins MC, Vera JGLF, Ximenes LB. Conhecimento das mães de neonatos sobre aleitamento materno. *ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional*. 2009; 1(1): 7-12.
2. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2007; 53(6): 520-524.
3. Dodt RCM, Oriá MOB, Silva MJ, Braga VAV, Ximenes LB. Políticas públicas e aleitamento materno. *ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional*. 2010; 2(2): 42-48.
4. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES – SF) em puérperas. [tese de doutorado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008.
5. Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Aplicação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form a puérperas em alojamento conjunto: um estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2010; 9(1). Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2717/html\\_79](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2717/html_79).
6. Oriá MOB. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008.
7. Marques ES, Cotta RMM, Franceschin SCC, Botelho MIV, Araújo RMA. Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado numa Unidade de Saúde da Família. *Physis* [online]. 2009; 19(2): 439-455.
8. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8): 1965-1970.
9. Almeida CC, Scochi MJ, Souza RKT, Carvalho WO. Prevalência de aleitamento materno antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil, no município de Campo Mourão (PR): revisão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(2): 575-580.

# Diagnósticos de enfermagem prevalentes no bloco materno-infantil de um hospital público de Brasília

Recebido em: 14/02/2014  
Aprovado em: 29/05/2014

Rinaldo de Souza Neves<sup>1</sup>  
Pedro Henrique Meireles de Araújo<sup>2</sup>  
Tereza Cristina Lemes Lacerda<sup>3</sup>

**Resumo:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa que propõe a formulação dos diagnósticos de enfermagem prevalentes em cinco setores do Bloco Materno-Infantil, por meio da utilização dos diagnósticos da North American Nursing Diagnoses Association e da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. Foi realizada uma análise de prontuários para identificação dos diagnósticos de enfermagem prevalentes nesses setores, adotando-se o critério de cinco diagnósticos prevalentes por setor. No total, foram mapeados 30 diagnósticos de enfermagem prevalentes, dentre estes a dor aguda, mais prevalente em mulheres gestantes no Centro Obstétrico, o risco de crescimento desproporcional em crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, o risco de infecção em neonatos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e em recém-nascidos e puérperas internadas no Alojamento Conjunto e o padrão respiratório ineficaz em crianças internadas na Pediatria. Os diagnósticos foram comparados e identificados semelhanças entre os resultados encontrados na literatura.

**Descritores:** Assistência de Enfermagem, Diagnósticos de enfermagem, Enfermagem obstétrica, Enfermagem pediátrica.

## Prevalent nursing diagnoses in maternal and child bloc of a public hospital in Brasilia

**Abstract:** It is about a quantitative approach study which offers the formulation of the prevalent nursing diagnoses into five sectors of the Maternal and Child Bloc, through the use of the diagnosis of North American Nursing Diagnosis Association and the International Classification of Nursing Practice. A medical records analysis was performed to identify the prevalent nursing diagnoses in these sectors, adopting the criterion of five prevalent diagnostics by sector. In general, 30 prevalent nursing diagnoses were mapped, among these the sharp pain - more prevalent in pregnant women in the obstetric center -, the disproportionate growth risk for hospitalized children in Pediatric Intensive Care Unit, the contamination risk on hospitalized neonates in Neonatal Intensive Care Unit and on newborns and hospitalized postpartum women in the cooperative accommodation and the ineffective breathing standard in hospitalized children in the Pediatrics. The diagnoses were compared and similarities were found between the results obtained in the literature.

**Descriptors:** Nursing Care, Nursing diagnoses, Obstetric nursing, Pediatric nursing.

## Diagnósticos de enfermería prevalentes en el bloque materno-infantil de un hospital público de Brasília

**Resumen:** Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo que propone la formulación de diagnósticos de enfermería mas frecuentes en cinco sectores del Bloque Materno-infantil, mediante el uso de los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association y de la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería. Se analizaron los registros médicos para identificar los diagnósticos de enfermería mas frecuentes en estos sectores, seleccionando los cinco diagnósticos de mayor incidencia por sector. En total se mapearon los 30 diagnósticos de enfermería mas frecuentes, entre ellos el dolor agudo más frecuente en las mujeres embarazadas en el Centro Obstétrico, el riesgo de un crecimiento desproporcionado de niños ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, el riesgo de infección en los recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y del recién nacido y pos-parto hospitalizados en el Alojamiento Conjunto y el patrón respiratorio ineficaz en niños hospitalizados en Pediatria. Los diagnósticos fueron comparados y se identificó similitudes con los resultados encontrados en la literatura.

**Descriptores:** Cuidados de Enfermería, Los diagnósticos de enfermería, Enfermería Neonatal, Enfermería pediátrica.

## INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é baseado em princípios e regras que são conhecidos por promover cuidado de enfermagem eficiente. É definido como "a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano"<sup>(1)</sup>. Pode ser denominado, ainda, de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE)<sup>(1)</sup>.

As NHBs foram hierarquizadas por Maslow em cinco níveis: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização. Um indivíduo só procura satisfazer as necessidades do nível seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores. O mínimo referido ainda não foi determinado, mas o próprio autor reconhece que tal sistemática não é rígida, variando também em alguns indivíduos<sup>(2)</sup>.

Dentre as etapas da SAE, o Histórico de Enfermagem é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados significativos (para o enfermeiro) do ser humano, os quais tornam possível a identificação de seus problemas<sup>(2)</sup>.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, prover dados que identifiquem a contribuição da enfermagem no cuidado de saúde e promover mudanças por meio da educação, pesquisa e administração. Tem como objetivos estabelecer uma linguagem comum que descreva a prática de enfermagem; descrever mundialmente a prestação do cuidado de enfermagem; possibilitar a comparação dos dados de enfermagem entre diferentes populações de pacientes, locais de atendimento, tempo, dentre outros objetivos<sup>(1)</sup>.

Na Enfermagem brasileira, os vocabulários mais conhecidos e utilizados na prática profissional são os diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnoses Association-Internacional* (NANDA-I), as intervenções da *North Intervention Classification* (NIC), os resultados de enfermagem da *North Outcomes Classification* (NOC) e a Classificação CIPE.

A NANDA-I é outra classificação utilizada na Enfermagem. Sua estrutura atual conta com sete eixos (conceito, sujeito, julgamento, localização, idade, tempo e situação do diagnóstico). É multiaxial

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Email:rinaldodesouza@gmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde.

<sup>3</sup>Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde.



e organizada com 217 diagnósticos em 13 domínios e 47 classes, sendo o sistema de classificação mais utilizado no mundo. Tem como componentes estruturais: enunciado, fatores relacionados, características definidoras, fatores de risco e definição do diagnóstico. A NANDA-I classifica, além dos diagnósticos reais, os diagnósticos de risco, de bem-estar e de promoção da saúde<sup>(3)</sup>.

A CIPE é a classificação multiaxial constituída por sete eixos: foco (área de atenção relevante para a enfermagem); juízo (opinião clínica relacionada com o foco); meios (forma ou método de concretizar uma intervenção); ação (processo intencional aplicado a, ou desempenhado por, um paciente); tempo (o período, intervalo ou duração de uma ocorrência); localização (orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção); e paciente (sujeito a quem o diagnóstico se refere). Serve tanto para construir diagnósticos quanto para construir intervenções, fazendo uso de termos do eixo de ação e de foco<sup>(1)</sup>.

A NOC é a taxonomia complementar às taxonomias da NANDA e da NIC. Ela determina a condição da saúde de um paciente, cuidador, família ou comunidade, com a finalidade de observar as mudanças apresentadas por eles após as intervenções de enfermagem. Possui 330 resultados, cada um constituído por um nome identificador, uma definição, uma lista de indicadores para se determinar a condição de saúde do indivíduo/família/comunidade em relação ao resultado avaliado, uma escala de medidas de 5 pontos e uma lista com as referências bibliográficas<sup>(1)</sup>.

Após elaborar os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro deverá buscar na taxonomia NOC o resultado mais adequado para o paciente. Seu uso se faz importante pelo fato de ser essencial que cada disciplina identifique os resultados que tenham sido influenciados por sua prática, assegurando que sejam incluídos na avaliação da eficiência dos cuidados de saúde<sup>(1)</sup>.

Para auxiliar na etapa da implementação da assistência de Enfermagem, o enfermeiro pode consultar a NIC, que é uma taxonomia de intervenções de enfermagem criada pela necessidade de padronizar a linguagem usada pelos enfermeiros na descrição dos cuidados que eles realizavam com os pacientes<sup>(4)</sup>.

Diante da necessidade de criar uma ferramenta de apoio para o processo de trabalho dos enfermeiros no cenário do estudo, levantou-se a seguinte questão norteadora: quais os diagnósticos de enfermagem prioritários no Bloco Materno-Infantil do Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB)?

Este estudo tem como objetivo geral definir a prevalência dos diagnósticos de enfermagem no Centro Obstétrico (CO), na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIp), na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), no Alojamento Conjunto (Alcon) e na Unidade de Pediatria do HMIB, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

## METODOLOGIA

Este é um estudo de abordagem quantitativa, em que se realizou análise de prontuários, com o objetivo de definir a prevalência dos diagnósticos de enfermagem em seus respectivos setores. Adotou-se o critério de escolha de cinco diagnósticos de enfermagem prevalentes para os setores em estudo.

Para a determinação da prevalência dos diagnósticos de enfermagem em gestantes no CO, puérperas no Alcon/Maternidade e crianças na Pediatria, UTIn e UTIp, foram utilizadas diferentes procedimentos para a coleta de dados.

Para os setores de UTIn e UTIp, realizou-se análise de prontuário pelo InterSystems TrakCare®. Foram avaliadas as evoluções de enfermagem e médica para mapeamento dos diagnósticos de

enfermagem e definição de sua prevalência nesse setor.

Nos setores de Pediatria, Alcon e CO, os dados foram coletados no prontuário eletrônico por meio do registro de evoluções dos internos de enfermagem da ESCS no InterSystems TrakCare®.

Optou-se pela escolha de cinco diagnósticos de enfermagem prioritários para a gestante no CO, cinco para a puérpera no Alcon, cinco para o recém-nascido (RN) no Alcon, cinco para o RN em UTIn, cinco para a criança em Pediatria, cinco para a criança em UTI pediátrica, em um total de 30 diagnósticos, identificados por meio da análise de prontuários no InterSystems TrakCare®.

Foram incluídos os prontuários que continham os registros de enfermagem dos internos do curso de Enfermagem da ESCS e excluídos os prontuários que não apresentavam as evoluções de enfermagem.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob o número de protocolo 278/12.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da metodologia de análise dos prontuários, foram identificados os diagnósticos de enfermagem prevalentes em gestantes no CO, crianças na UTIp, UTIn e Pediatria, RN no Alcon e puérperas no Alcon.

### Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes no Centro Obstétrico

Do total de 25 prontuários de pacientes internadas no CO, encontrou-se a seguinte ordem de prevalência, conforme mostra a Tabela 1:

**Tabela 1** - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem documentados nos prontuários de mulheres gestantes no Centro Obstétrico do HMIB. Brasília - DF, dezembro, 2013.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I, 2012-2014) (N = 25)	n	%
1. Dor aguda	10	40
2. Risco de infecção	8	32
3. Ansiedade	7	28
4. Risco de glicemia instável	6	24
5. Risco de díade mãe/feto perturbada	5	20

Dos diagnósticos de enfermagem identificados nesta pesquisa e apresentados na Tabela 1, dois diagnósticos também foram encontrados e corroboram os estudos de Sumita<sup>(5)</sup> no CO do hospital de São Paulo, que foram: risco para infecção (100%) e dor aguda (90,6%). Diferentemente desses estudos, quatro diagnósticos não foram identificados nesta pesquisa: risco para perfusão tissular materno-fetal ineficaz, conforto alterado, nutrição desequilibrada para menos que as necessidades corporais e medo.

### Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes na UTI Pediátrica

Do total de 20 prontuários de crianças internadas na UTI pediátrica, identificou-se a seguinte ordem de prevalência, conforme mostra a Tabela 2:

**Tabela 2** - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem documentados nos prontuários de crianças internadas na UTI Pediátrica do HMIB. Brasília - DF, dezembro, 2013.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I, 2012-2014) (N = 20)	n	%
1. Risco de crescimento desproporcional	20	100
2. Risco de atraso no desenvolvimento	20	100
3. Risco de infecção	18	90
4. Desobstrução ineficaz das vias aéreas	14	70
5. Deglutição prejudicada	14	70

Percebe-se que os diagnósticos de enfermagem identificados nessa amostra são distintos quando comparados com a pesquisa de Maia, Neves e Souza<sup>(6)</sup> em um hospital público de Brasília, pois o estudo identificou cinco diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 60% na amostra, que foram: integridade da pele prejudicada, nutrição desequilibrada para menos do que as necessidades corporais, troca de gases prejudicada, risco de glicemia instável e ventilação espontânea prejudicada.

#### Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes na UTI Neonatal

Do total de 20 prontuários de neonatos internados na UTI neonatal, identificou-se a seguinte ordem de prevalência, conforme mostra a Tabela 3:

**Tabela 3** - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem documentados nos prontuários de neonatos internados na UTI Neonatal do HMIB. Brasília - DF, dezembro, 2013.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I, 2012-2014) (N = 20)	n	%
1. Risco de infecção	20	100
2. Amamentação interrompida	20	100
3. Risco de atraso no desenvolvimento	19	95
4. Processos familiares interrompidos	18	90
5. Integridade da pele prejudicada	17	85

A Tabela 3 apresenta dois diagnósticos de enfermagem prevalentes e semelhantes que coincidem com os estudos de Melo<sup>(7)</sup>, sendo eles: integridade da pele prejudicada e risco para redução da integridade da pele; risco de infecção. A autora ainda identificou quatro diagnósticos de enfermagem: risco para hipotermia, risco para hipertermia, risco para padrão ineficiente da respiração e risco para injúria do sistema nervoso central<sup>(7)</sup>. Diferentemente desse estudo, uma pesquisa<sup>(8)</sup> com neonatos mostrou dois diagnósticos de enfermagem com frequência igual a 100% que foram: risco de choque e risco de desequilíbrio de volume de líquidos. A frequência do diagnóstico risco de atraso no desenvolvimento para esse mesmo estudo foi menor, quando comparado a essa pesquisa realizada no HMIB.

#### Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes no Alcon - RN

Do total de 20 prontuários de RNs internados no Alcon, encontrou-se a seguinte ordem de prevalência, conforme mostra a Tabela 4:

**Tabela 4** - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem documentados nos prontuários de recém-nascidos internados no Alcon do HMIB. Brasília - DF, dezembro, 2013.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I, 2012-2014) (N = 20)	n	%
1. Risco de infecção	18	90
2. Amamentação eficaz	14	70
3. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	9	45
4. Risco de glicemia instável	4	20
5. Icterícia neonatal	1	20

A Tabela 4 mostra que dois diagnósticos de enfermagem apresentaram maior frequência, ou seja, o diagnóstico de risco de infecção (90%) e amamentação eficaz (70%). Estudo<sup>(9)</sup> realizado em 35 neonatos também mostrou frequência elevada dos diagnósticos de enfermagem amamentação eficaz (88,5%) e risco para infecção (100%), o que corresponde aos dois diagnósticos identificados nesse estudo. Os autores também formularam o diagnóstico de enfermagem risco de desequilíbrio na temperatura corporal (100%) da amostra, o que difere dos resultados apresentados na Tabela 4.

#### Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes no Alcon - Puérpera

Do total de 20 puérperas internadas no Alcon, identificou-se a seguinte ordem de prevalência, conforme mostra a Tabela 5:

**Tabela 5** - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem documentados nos prontuários de puérperas internadas no Alcon do HMIB. Brasília - DF, dezembro, 2013.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I, 2012-2014) (N = 20)	n	%
1. Risco de infecção	19	95
2. Risco de sangramento	16	80
3. Integridade da pele prejudicada	14	70
4. Amamentação eficaz	11	55
5. Conforto prejudicado	4	40

O diagnóstico de enfermagem risco de infecção esteve presente em 95% dos prontuários de puérperas no HMIB. Esse resultado também se confirma para Patine e Furlan<sup>(10)</sup>, que apresentou prevalência igual a 93,5% em unidade de ginecologia e obstetria. Entretanto, o diagnóstico integridade da pele prejudicada apresentou prevalência de 70% nesse estudo e o diagnóstico integridade tissular prejudicada mostrou resultado igual a 74,2% para Patine e Furlan<sup>(10)</sup>. Nesse sentido, um estudo<sup>(11)</sup> revela que a maioria das puérperas apresenta risco para infecção localizada nos sítios das mamas, da vagina, do abdome e do períneo.

#### Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes na Pediatria

Do total de 20 prontuários de crianças internados na Ala A e B da Pediatria, identificou-se a seguinte ordem de prevalência, conforme mostra a Tabela 6:

**Tabela 6** - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem documentados nos prontuários de crianças internadas na Pediatria do HMIB. Brasília - DF, dezembro, 2013.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I, 2012-2014) (N = 20)	n	%
1. Padrão respiratório ineficaz	9	45
2. Risco de infecção	8	40
3. Desobstrução ineficaz das vias aéreas	5	25
4. Troca de gases prejudicada	5	25
5. Débito cardíaco diminuído	3	15

A Tabela 6 mostra a frequência dos diagnósticos de enfermagem de padrão respiratório ineficaz (45%) e risco de infecção (40%) nos prontuários das crianças internadas na Pediatria. Esse resultado também foi encontrado no estudo realizado em uma unidade de Pediatria hospitalar<sup>(12)</sup>, em que se identificou a frequência de 100% para o diagnóstico desobstrução ineficaz das vias aéreas, 80% para o diagnóstico padrão respiratório ineficaz e 66,7% para o diagnóstico risco de infecção. Outra pesquisa<sup>(13)</sup> corrobora com esse estudo, onde se identificou frequência diminuída do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas em 151 crianças internadas em um hospital público pediátrico, que corresponde a apenas 37,7% da amostra.

## CONCLUSÃO

Diante deste dinâmico processo de trabalho e da necessidade de realizar um atendimento individualizado e humanizado, a profissão requer tecnologias que auxiliem na SAE/PE para favorecer

o cuidado e o trabalho do profissional. Para tal, foram realizados levantamento de dados e avaliação dos prontuários de pacientes do Bloco Materno-Infantil do HMIB e elencados diagnósticos e intervenções prioritários de enfermagem, com o objetivo de permitir a melhor atuação do enfermeiro, utilizando a Teoria das NHBs, dos diagnósticos da NANDA e da CIPE e das intervenções de enfermagem da NIC.

A SAE organiza o trabalho do enfermeiro de maneira resolutiva e eficaz e, mas para que seja realizada com sucesso, é necessário o empenho e dedicação do enfermeiro na valorização de seu trabalho, raciocínio clínico e intervenções, como também na continuidade ao cuidado de modo a acompanhar a evolução e recuperação do paciente.

O perfil de diagnósticos de enfermagem prevalentes no Bloco Materno-Infantil, juntamente com o mapeamento bibliográfico, possibilitará a criação de uma proposta para documentação eletrônica do PE, com os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para a gestante, a puérpera, o RN e a criança.

Como limitação do estudo, pode-se apontar a amostra pequena de prontuários para determinar os diagnósticos de enfermagem prevalentes nas áreas adotadas para o estudo. Além disso, foi utilizada a fonte documental para a formulação dos diagnósticos. Identificaram-se, também, dificuldades relacionadas com a participação dos supervisores de enfermagem das unidades.

Como fortaleza do projeto e da proposta, aponta-se a adesão dos estudantes de enfermagem que participaram deste estudo. Recomenda-se, portanto, a continuidade do processo de implantação do PE e utilização do sistema de informação como ferramenta para facilitação do mesmo

## Referências

- Pinheiro AM, Tannure MC. SAE: Sistematização da Assistência de enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- Horta WA. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Nanda. Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação 2012/2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- Bulechek GM, Mccloskey JC. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3. ed. São Paulo: Artmed; 2004.
- Sumita SLN. O processo de enfermagem na assistência à parturiente: diagnósticos e intervenções. São Paulo: [s. n.]; 2002.
- Maia VA, Neves MGC, Souza LM. Padrão Mínimo de Enfermagem: proposta de protocolo em uma UTI pediátrica pública do DF [Trabalho de Conclusão de Curso]. Brasília: Hospital Materno-Infantil de Brasília; 2012.
- Melo MIS. Diagnósticos de enfermagem e propostas de intervenções em recém-nascidos pré-termo (Idade gestacional menor que 37 semanas) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Hospital Materno-Infantil de Brasília, Brasília; 2002.
- França DF, et al. Diagnósticos de enfermagem de recém-nascidos com sepsis em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. mar.-abr. 2014;22(2):255-61.
- Alves, AR, et al. Diagnósticos de enfermagem em unidades de alojamento conjunto. Rev.Bras.Enferm. Brasília 2010 nov-dez: 849-9.
- Furlan MFFM, Patine FS. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. Arq. Ciênc. Saúde [acesso em 12 abr 2013]. 2006 out-dez;13(4):202-8. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-13-4/Famerp%2013%284%29%20ID%20169%20-%202015.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013%284%29%20ID%20169%20-%202015.pdf).
- Bachion MM, Munari DB, Salge AKM, Vieira F. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 [cited 2012 jun 30];14(1):83-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100013>.
- Chagas KLMC, Lima LHO, Luz GOA, Oliveira EAR. Diagnósticos de enfermagem em crianças com sinais e sintomas respiratórios: um estudo descritivo. Rev Rene. Fortaleza, 2011 abr-jun;12(2):302-8.
- Andrade, LZC, et al. Desobstrução ineficaz de vias aéreas em crianças com infecção respiratória. Rev.Eletr.Enferm. 2014. Jan. mar;16 (1):21-7.

# Orientações sobre aleitamento materno em consultas de pré-natal

Recebido em: 09/10/2013  
Aprovado em: 14/06/2014

Gardenia Gomes Pereira<sup>1</sup>  
Mariana Cavalcante Martins<sup>2</sup>  
Emilly Karoline Freire Oliveira<sup>3</sup>  
Denise Maia Alves da Silva<sup>4</sup>  
Ana Debora Assis Moura<sup>5</sup>

**Resumo:** Objetivou-se avaliar a atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal quanto às orientações sobre aleitamento materno. Pesquisa observacional não participante, quantitativa, realizada em três Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE, Brasil, durante atendimento a 54 gestantes, utilizando um checklist. Das 54 (100%) consultas observadas, verificou-se percentual reduzido em relação às orientações: anatomia da mama 1 (1,9%), posição para amamentar 5 (9,3%) e pega adequada 18 (33,3%); em contrapartida o preparo da mama 35 (64,8%) e duração do aleitamento 40 (74,1%), foram mais orientados. Identificaram-se lacunas que devem ser minimizadas por meio da corresponsabilidade dos profissionais referente à prática do aleitamento materno.

**Descritores:** Aleitamento materno; enfermagem; cuidado pré-natal.

## Guidelines on breastfeeding in prenatal consultations

**Abstract:** The objective was to assess the performance of nurses in prenatal consultation regarding the guidelines on breastfeeding. Quantitative observational non-participant research carried out in three Family Health Centers of Fortaleza-CE, Brazil, during the assistance to 54 pregnant women through a checklist. Of the 54 (100%) consultations observed, there was a low percentage on the following guidelines: breast anatomy 1 (1.9%), proper position 5 (9.3%) and proper grasp 18 (33.3%); however, breast preparation 35 (64.8%) and duration of breastfeeding 40 (74.1%) were more oriented. We identified gaps that should be minimized through the professionals' corresponsibility on the promotion of breastfeeding.

**Descriptors:** Breast Feeding, Nursing, Prenatal Care.

## Orientaciones acerca de la lactancia materna en las consultas de prenatal

**Resumen:** El objetivo fue evaluar la actuación del enfermero en la consulta de prenatal cuanto a las orientaciones sobre lactancia materna. Investigación observacional no participante, en tres Centros de Salud Familiar de Fortaleza-CE, Brasil, durante atención a 54 mujeres embarazadas, utilizándose lista de verificación. De las 54 (100%) consultas observadas, hubo bajo porcentaje en las siguientes orientaciones: anatomía de la mama 1 (1,9%), posición para amamentar 5 (9,3%) y pega 18 (33,3%); en contradicción, preparación de la mama 35 (64,8%) y duración de la lactancia 40 (74,1%), fueron más orientados. Se identificaron lagunas que deben ser minimizados a través de la responsabilidad de los profesionales en la promoción de la lactancia materna.

**Descriptores:** Lactancia Materna, Enfermería, Atención Prenatal.

## INTRODUÇÃO

Í númeras são as vantagens do Aleitamento Materno (AM) para mãe, bebê, família e sociedade. Para a mãe, facilita a involução uterina, reduz o risco de hemorragia, promove o vínculo afetivo, permite o prazer de amamentar, contribui para o retorno ao peso pré-gravídico, previne osteoporose; e para o bebê, é um alimento completo, facilita a eliminação de mecônio e icterícia, protege contra infecções, promove o vínculo afetivo, diminui as chances de desenvolver alergias; para família e sociedade, é livre de impurezas, pronto, na temperatura adequada, diminui as internações e custos e é gratuito<sup>(1)</sup>.

A forma mais eficaz, segura e completa de obter crescimento e desenvolvimento adequados de uma criança é garantir o AM exclusivo até o sexto mês de vida, sendo essa prática o padrão ouro para lactentes nessa faixa etária<sup>(2)</sup>. Embora existam metas e compromissos dos programas e das políticas governamentais brasileiras, juntamente com recomendações das Nações Unidas, o desmame precoce continua sendo um grave problema de saúde pública<sup>(3)</sup>.

É válido ressaltar que o desmame precoce ainda atinge proporções elevadas, a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras, dentre todas as regiões a norte com 45,9% apresentou a melhor

situação e a nordeste com 37,0% apresentou a pior situação de AM<sup>2</sup>.

Em decorrência desses dados, a Estratégia Saúde da Família vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e tem importante papel nos programas de educação em saúde. Desse modo, o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições primordiais para que o saber em saúde seja posto à disposição da mulher e família<sup>(1)</sup>.

Ao ponderar esse pressuposto, é preconizado que se tenha a oferta de ações educativas que viabilizem a mulher sobre o conhecimento do corpo, dentre outros aspectos. Estas ações devem, preferencialmente, ser realizadas por meio de metodologias participativas, para que o conhecimento prévio das mulheres possa ser intercambiado dentro dos grupos existentes nos serviços de saúde<sup>(4)</sup>.

Diante de inúmeros motivos que levam ao desmame precoce: trabalho materno fora de casa, oferta de bicos ou chupetas, atendimento puerperal efetuado no serviço privado e primiparidade<sup>(5),(6)</sup>;

<sup>1</sup>Enfermeira graduada pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: gardenia\_lucas@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza- FGF. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

introdução precoce da alimentação<sup>(7)</sup>, dentre outros, uma pesquisa<sup>(8)</sup> que objetivou investigar a atuação dos enfermeiros nas atividades de assistência, promoção e incentivo ao AME, evidenciou a importância da atuação do enfermeiro no AME, havendo ainda a necessidade da sensibilização para mudança de comportamento dos profissionais.

Assim, partindo desse contexto que decidiu-se analisar por meio observacional, a atuação dos enfermeiros com enfoque no AM, não antes pesquisado. O estudo objetivou avaliar consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros(as) com enfoque no AM em Centros de Saúde da Família (CSF), no município de Fortaleza-CE.

## MÉTODOS

Tratou-se de pesquisa observacional, não participante, estruturada, com abordagem quantitativa. Foi realizada em três Centros de Saúde da Família (CSF), localizados na periferia de Fortaleza-CE.

Observou-se 54 consultas de pré-natal realizadas por enfermeiras que atenderam aos critérios: enfermeiras que estivessem exercendo atividades no CSF, no momento da coleta e que realizassem consulta de pré-natal. Ressalta-se que não foi estabelecido período gestacional, pois o Ministério da Saúde preconiza que em todas as consultas se deve enfatizar a importância do AM<sup>(4)</sup>. Na sequência, os enfermeiros foram contactados e esclarecidos quanto à pesquisa, ao período de coleta e aos direitos como participantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação não participante, mediante visitas semanais, durante os dias de consultas de pré-natal de cada profissional; utilizou-se formulário do tipo checklist, previamente elaborado pelas pesquisadoras envolvidas, dividido em duas etapas: caracterização dos profissionais; e aspectos relacionados ao AM que deveriam ser explanados pelo profissional durante a consulta, abordando os temas: conhecimento prévio da gestante sobre amamentação/AM, principais tabus existentes, anatomia da mama, realização do exame físico das mamas, fisiologia da lactação, preparo das mamas para o aleitamento, vantagens da amamentação para a mulher, criança, família e sociedade, manejo da amamentação (posição e pega), duração da amamentação e oportunidade da gestante trocar experiência, por meio de diálogo no momento das consultas e reuniões grupais. Salienta-se, todavia, que se realizou um pré-teste com observação de dez gestantes, sendo estas não participantes da presente pesquisa, com intuito de aperfeiçoar o checklist. Vale destacar que esses temas foram embasados no Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada<sup>(1)</sup>.

Os dados foram tabulados e quantificados com auxílio do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0. Para a análise, valeu-se da estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, organizados em tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, segundo o protocolo de nº 236/10. Foram respeitadas todas as recomendações e requisitos éticos previstos para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 196/96<sup>(9)</sup>.

## RESULTADOS

No tocante à distribuição das orientações das enfermeiras é expresso e pode ser visualizado no decorrer da tabela 1, que com relação à mama, das 54 consultas observadas, somente uma (1,9%) gestante foi orientada em relação à anatomia da mama e duas (3,7%) acerca da fisiologia da mama. Ademais, trinta e quatro (63%) gestantes foram submetidas ao exame físico da mama.

No que diz respeito às orientações sobre as vantagens do AM, pode-se observar que as mesmas foram incipientes, pois somente

quatro (7,4%) gestantes foram orientadas quanto às vantagens do aleitar para mulher, 24 (44,4%) para criança, quatro (7,4%) para família, uma (19%) para sociedade. Verificou-se ainda que somente seis (11,1%) gestantes foram orientadas sobre as desvantagens do desmame precoce para a criança.

Acerca das orientações envolvendo os aspectos da prática da amamentação, somente cinco (9,3%) gestantes foram orientadas sobre a posição adequada; a pega correta foi ressaltada em 18 (33,3%) consultas e o preparo da mama em 35 (64,8%). Em relação à duração do AM, 40 (74,1%) gestantes receberam orientações.

**Tabela 1** - Distribuição das orientações, durante a consulta de pré-natal realizada por enfermeiros. Fortaleza, CE, Brasil, 2010.

	Sim		Não	
	N	%	N	%
<b>Orientações com relação à mama</b>				
Anatomia da mama	1	1,9	53	98,1
Exame físico	34	63	20	37
Fisiologia	2	3,7	52	93,3
<b>Orientações sobre as vantagens do aleitamento materno</b>				
	N	%	N	%
Vantagens Mulher	4	7,4	50	92,6
Vantagens Criança	24	44,4	30	55,6
Vantagens Família	4	7,4	50	92,6
Vantagens Sociedade	1	1,9	53	98,1
Desvantagens	6	11,1	48	88,9
<b>Orientações sobre a amamentação</b>				
	N	%	N	%
Posição adequada	5	9,3	49	90,7
Pega correta	18	33,3	36	66,7
Preparo da mama	35	64,8	19	35,2
Duração do aleitamento	40	74,1	14	25,9

\* N= 54, se refere ao número de consultas que foram observadas.

Ao observar a tabela 2, pode-se salientar que foi detectado, também, que não houve diálogo entre o profissional e a gestante, impossibilitando 35 (64,8%) gestantes de exporem conhecimentos; 48 (88,9%) não evidenciaram tabus, pois as demais não foram estigadas e (100%) não tiveram oportunidade de trocar experiência, por meio de diálogo e/ou grupo de gestantes.

**Tabela 2** - Distribuição da possibilidade de diálogo entre gestante e enfermeiro sobre a prática do aleitamento materno durante a consulta de pré-natal realizada por enfermeiros. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Conhecimento das gestantes	19	35,2	35	64,8
Tabus	6	11,1	48	88,9
Trocas de experiência	-	-	54	100

## DISCUSSÃO

Torna-se essencial que a gestante conheça o processo de aleitar, desde da produção de leite até o ato de amamentar, para que haja empoderamento e, conseqüentemente, reflexão crítica, favorecendo, assim, a desmitificação de possíveis tabus que impedem tal prática<sup>(10)</sup>. Assim, conhecer a anatomia e a fisiologia da mama é fundamental para o aconselhamento e a resolução de problemas, pois, dessa forma, a mulher, conhecendo o processo que circunda o ato de amamentar, poderá decidir sobre a duração do AM.

Acredita-se que a orientação acerca do AM deva ser reforçada pelos enfermeiros e demais profissionais das Unidades de Saúde, particularmente no decorrer do pré-natal, puerpério e nas visitas domiciliares, garantindo que a informação chegue adequadamente às mulheres com relação à manutenção da lactação. A técnica da pega correta, o intervalo entre as mamadas, os direitos trabalhistas, a alimentação, as orientações de como conciliar a amamentação com a vida pessoal, profissional e com seus projetos de vida, assim como os benefícios para a saúde materna e a relação de proteção para o câncer de mama são alguns dos temas que devem ser abordados<sup>(11)</sup>.

Um estudo realizado em Alfenas-MG<sup>(11)</sup>, mostrou que as mães orientadas acerca dos benefícios do AM, continuavam a amamentar e quando indagadas sobre os motivos de continuidade, citaram as vantagens do AM, dentre elas as mais faladas: "praticidade", "menor custo", "perda de peso", "satisfação", "prevenção do câncer de mama", "recuperação pós-parto mais rápida" e "estética". O que nos remete que a importância de orientações durante as consultas pré-natais favorece a prática de aleitar.

Com relação aos benefícios para o filho, ressalta-se que no Brasil, ainda, são poucos os estudos que abordem a relação do AM e sobrepeso e obesidade infantil<sup>(12)</sup>. Entretanto, destaca-se que crianças amamentadas representam fator de proteção, indicando ainda que o fator de risco para essa condição é a ausência do AM<sup>(13)</sup>.

No que concerne aos aspectos mais práticos do ato de amamentar, observou-se que poucas gestantes foram orientadas sobre a posição adequada, bem como a pega correta. Em contrapartida com os achados, pesquisa<sup>(14)</sup> realizada, detectou-se que o melhor desempenho dos enfermeiros foi em relação à técnica correta da amamentação, conhecimentos gerais sobre leite materno, cuidados e manejos com as mamas e respectivos problemas.

A duração mediana do AM no Brasil aumentou cerca de 1,5 mês, passando de 295,9 dias, em 1999, para 341,6 dias, em 2008, apesar do incremento verificado na manutenção do AM no país, sua mediana continua inferior à observada na Bolívia (17,5 meses), Guatemala (19,9 meses) e Peru (19,5 meses) na década de 1990<sup>(15)</sup>.

Evidenciou-se, ainda, que nenhuma das gestantes atendidas dialogou com as enfermeiras, sendo somente receptoras de informações, corroborando com achados de pesquisa que detectou que 42% das gestantes relataram sentimento de abandono e falta de apoio das unidades básicas, tendo como consequência o insucesso da amamentação<sup>(16)</sup>.

Vale frisar, também, que a causa determinante do desmame precoce refere-se a tabus estabelecidos pela sociedade: leite fraco, leite secou, leite insuficiente e as mamas caírem; tabus estes que poderiam ser desmitificados por meio do diálogo entre profissional e família<sup>(17)</sup>.

Partindo deste pressuposto, compreende-se que o enfermeiro enquanto profissional que atua diretamente com este cliente deva ser agente ativo de transformação do contexto social da área sob sua responsabilidade, assim como estar desenvolvendo práticas que respeitem a dialógica entre os sujeitos, a dignidade das gestantes e que garanta seus direitos como cidadãs, usuárias do sistema de saúde brasileiro, além de permitir que as mulheres em período gestacional possam esclarecer suas dúvidas, minimizar seus anseios e tenham um acompanhamento pré-natal satisfatório, de modo que suas necessidades de saúde sejam respondidas<sup>(18)</sup>.

A interrupção do ato de amamentar pode estar principalmente relacionado ao reduzido conhecimento das puérperas acerca do manejo da lactação. Logo, torna-se relevante salientar a necessidade de orientação e informação sobre medidas preventivas para a manutenção da amamentação e a promoção da saúde da mulher, ainda durante as consultas de pré-natal ou mesmo para todas as mulheres em idade fértil, no planejamento familiar ou em outras oportunidades, a fim de suprir dúvidas e quebrar tabus relacionados à amamentação<sup>(11)</sup>.

Assim, diante de todo esse contexto, infere-se que as orientações não estão sendo realizadas de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde; apesar do aumento da cobertura de consultas de pré-natal, não há garantia de qualidade de consultas<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÕES

Diversos estudos enfocam as causas do desmame diante da visão materna, bem como do profissional; porém, este estudo observacional verificou que as orientações dispensadas são deficientes, baseado no que é preconizado.

Para prestar assistência de forma integral, a equipe de enfermagem deve trabalhar de forma interdisciplinar, utilizando da comunicação como instrumento de trabalho nesse processo – aleitamento materno versus família.

Destarte, faz-se mister enfatizar a necessidade de que haja um empoderamento das mães/familiares, a partir da comunicação e troca de conhecimentos, tornando-as "protagonistas" deste enredo e facilitando o repasse das informações referentes ao AM, forjando assim, uma comunidade mais autônoma.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF); 2009.
3. Caminha MFC, Serva VB, Arruda IKG, Batista Filho M, Caminha MFC. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010; 10(1):25-37.
4. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):477-86.
5. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2012; 34(1): 28-33.
6. Leone CR, Sadeck LSR. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev. paul. pediatr.* [online]. 2012; 30(1): 21-26.
7. Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Nutr.* [online]. 2011; 24(4):553-563.
8. Capeleto SM, Domingues ACP, Silva DA, Filho PLS. Atuação do enfermeiro na prática do aleitamento materno exclusivo nas unidades de saúde da família. *REMENFE*. 2010; 1-15.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr Campinas*. 2008; 19(5):623-30.
11. Gradim CVC, Magalhães MC, Faria MCF, Arantes CIS. Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama. *Rev Rene*. 2011; 12(2): 358-64.
12. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1):60-9.
13. Ferreira HS, Vieira EDF, Cabral Júnior CR, Queiroz MDR. Aleitamento Materno por trinta ou mais dias é fator de proteção contra sobrepeso em pré-escolares da região semiárida de Alagoas. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1):74-80.
14. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1965-70.
15. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal; situação atual e avanços. *J Pediatr*. 2010; 86(4):317-24.
16. Oliveira MIC, Souza IEO, Santos EM, Camacho LAB. Avaliação de apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(2):599-608.
17. Azeredo CM, Maia TM, Rosa TCA, Silva FF, Cecon PR, Cotta RMM. Percepções de mães e profissionais de saúde sobre aleitamento materno: encontros e desencontros. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(4):336-44.
18. Melo RM, Brito RS, Carvalho FPB, Pessoa Júnior JM, Barros SDOL. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. *Rev Rene*. 2011; 12(4):750-7.
19. Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. [online]. 2010; 9(1).

# Perfil de saúde e qualidade de vida de idosos de Santa Juliana-MG

Recebido em: 12/12/2013  
Aprovado em: 14/06/2014

Álvaro da Silva Santos<sup>1</sup>  
Joilson Meneguci<sup>2</sup>  
Rodrigo Eurípedes da Silveira<sup>3</sup>  
Fernanda Avelar Marquez<sup>4</sup>  
Verônica Aparecida Ferreira<sup>5</sup>  
Dayane Viana<sup>6</sup>

**Resumo:** Estudo quantitativo que analisou o perfil de saúde e qualidade de vida da população idosa do município de Santa Juliana-MG. Entre os 207 idosos, 53,6% eram mulheres, com idade média de  $70 \pm 7,5$  anos. 56% vivem com companheiro e 78,7% são aposentados. A Hipertensão Arterial, a cardiopatia e doenças reumáticas foram as mais relatadas e com relação à qualidade de vida, o domínio meio ambiente era o mais prejudicado. A pesquisa aponta a necessidade de ações de promoção e educação em saúde tendo como foco o autocuidado, a prevenção de agravos e incorporando estratégias de atenção social ao idoso.

**Descritores:** Perfil de saúde, Idoso, Qualidade de vida.

## Health profile and quality of life of the elderly in Santa Juliana (MG)

**Abstract:** Quantitative study that examined the health profile and quality of life of the elderly population of the municipality of Santa Juliana-MG. Among the 207 individuals, 53.6% were women, aged about  $70 \pm 7.5$  years. 56% live with companion and 78.7% are retired. High blood pressure, heart disease and rheumatic diseases were the most reported and with regard to the quality of life, the environment was the most affected. This research points the need for promotional and health education focusing the self-care, prevention of diseases and social attention strategies incorporating the elderly.

**Descriptors:** Health profile; Aged; Quality of life.

## Perfil de salud y calidad de vida de los ancianos de Santa Juliana (MG)

**Resumen:** Estudio cuantitativo que examina el perfil de salud y la calidad de vida de la población anciana del municipio de Santa Juliana-MG. Entre los 207 individuos, 53,6% eran mujeres, con edad media de  $70 \pm 7,5$  años. 56% vive con acompañante y 78,7% son aposentados. La presión arterial alta, enfermedades del corazón y enfermedades reumáticas fueron las más reportadas y con respecto a la calidad de vida, el medio ambiente fue el dominio más afectado. Esa investigación apunta la necesidad de promoción y educación para la salud centrándose en autocuidado, prevención de enfermedades y estrategias de atención social incorporando los ancianos.

**Descritores:** Perfil de salud; Anciano; Calidad de vida.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população se tornou um fenômeno de proporções globais, que ocorre também em países emergentes como o Brasil, que experimenta um processo de transição demográfica com aumento da expectativa de vida e epidemiológica com a predominância de doenças crônicas não-transmissíveis<sup>(1)</sup>.

Atualmente, os idosos representam cerca de 11% da população brasileira, com estimativas de atingir 30 milhões de pessoas com 60 anos e mais até 2020<sup>(2)</sup>. Contudo, o envelhecimento no país carrega consigo preocupações de ordem financeira e previdenciária, além do atendimento das necessidades de saúde daqueles indivíduos, como a manutenção da funcionalidade, autonomia e participação social do idoso<sup>(3)</sup>. Nesta linha, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(4)</sup> preconiza o "envelhecimento ativo" - visando a manutenção da qualidade de vida das pessoas com 60 anos ou mais.

Com a finalidade de abarcar tais objetivos e fundamentar ações, programas e políticas públicas voltadas à prevenção de fatores determinantes de enfermidades e incapacidades e a promoção da saúde dos idosos, é de suma importância o conhecimento de suas reais necessidades e carências, através do delineamento de seu perfil de saúde<sup>(5)</sup>.

Nesta perspectiva, o presente estudo se destina a analisar o perfil de saúde e a qualidade de vida da população idosa residente no município de Santa Juliana, Minas Gerais.

## MÉTODO

Estudo descritivo de corte transversal, realizado com idosos usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Santa Juliana-MG. A amostra foi constituída de 207 idosos, tendo sido excluídos aqueles que não obtiveram 13 pontos no formulário do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>(6)</sup>, se encontravam acamados provisoriamente ou definitivamente e/ou se recusaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2010 e fevereiro de 2011, após a aprovação do protocolo nº. 1640/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Os idosos responderam a um questionário semi-estruturado para coleta das informações socioeconômicas, indicadores de saúde e hábitos de vida.

Ainda, foram aplicados os formulários Whoqol-Bref<sup>(7)</sup>, Índice de Katz<sup>(8)</sup> e Mini Avaliação do Estado Nutricional<sup>(9)</sup>. Os pontos de corte adotados para avaliar o estado nutricional foram: baixo peso (IMC

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutor em Ciências Sociais. Pós-Doutor em Serviço Social. Professor Adjunto II do Departamento de Educação e Enfermagem em Saúde Comunitária e Mestrado em Atenção em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Email: alvaroenf@hotmail.com

<sup>2</sup>Educador Físico. Mestre em Educação Física pela UFTM.

<sup>3</sup>Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE). Professor Auxiliar da UFTM.

<sup>4</sup>Graduanda em Enfermagem da UFTM. Bolsista de Iniciação Científica FAPEMIG 2012/2014.

<sup>5</sup>Graduanda em Enfermagem da UFTM. Bolsista de Iniciação Científica FAPEMIG 2012/2013.

<sup>6</sup>Fisioterapeuta. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM.



<18,49kg/m<sup>2</sup>), eutrofia (IMC entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> e 24,9kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC entre 25 kg/m<sup>2</sup> e 29,9kg/m<sup>2</sup>), e obesidade (IMC ≥30kg/m<sup>2</sup>)<sup>(10)</sup>.

Os dados foram tabulados pelo programa Microsoft Excel e posteriormente analisados pelo SPSS 17.0, cujos dados numéricos foram apresentados em valores absolutos e percentuais, observando-se o nível de confiança de 95%.

## RESULTADOS

Entre os idosos avaliados 53,6% são mulheres, cuja idade variou entre 60 e 94 anos, sendo que a idade média encontrada foi de 70±7,5 anos. Em relação ao grau de escolaridade, a maioria dos entrevistados (90,3%) nunca estudou ou não completou o ensino fundamental. A maioria (84,1%) dos idosos relatou pertencer à cor branca. 83,1% são aposentados e cerca de 15% ainda trabalham. Quanto à renda, 86,5% dos idosos recebia entre R\$510 e R\$1530, como se observa na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição da população idosa segundo características sociodemográficas. Santa Juliana-MG, 2010-11.

Idade	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>								
Masculino	53	47,7	34	46,6	9	39,1	96	46,4
Feminino	58	52,3	39	53,4	14	60,9	111	53,6
<b>Grau de escolaridade</b>								
Nenhuma	31	27,9	21	28,8	7	30,4	59	28,5
Ensino Fundamental Incompleto	73	65,8	42	57,5	13	56,5	128	61,8
Ensino Fundamental Completo	3	2,7	3	4,1	3	13,0	9	4,3
Ensino Médio Incompleto	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	0,5
Ensino Médio Completo	2	1,8	4	5,5	0	0,0	6	2,9
Ensino Superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Informado	2	1,8	2	2,7	0	0,0	4	1,9
<b>Cor da pele</b>								
Branca	93	83,8	61	83,6	20	87,0	174	84,1
Negra	13	11,7	8	11,0	0	0,0	21	10,1
Parda	3	2,7	3	4,1	1	4,3	7	3,4
Amarela	2	1,8	1	1,4	2	8,7	5	2,4
<b>Renda</b>								
Aposentado	77	73,3	70	92,1	25	96,1	172	83,1
Ocupação Remunerada	26	24,8	6	7,9	1	3,9	33	15,6
Sem renda	2	1,9	0	0,0	0	0,0	2	1,3
1 a 3 salários*	102	97,1	62	81,6	19	73,1	179	86,5
4 salários ou mais*	3	2,9	14	18,4	7	26,9	24	11,6

\* Salário Mínimo em 2010 - R\$ 510,00.

Quanto à estrutura familiar, 116 idosos (56%) vivem com o parceiro (a), 195 (94,2%) possuem filhos e 78 (37,7%) residem com os filhos. Com relação às Atividades de Vida Diária, os idosos de maneira geral se mostraram independentes, na medida em que 97,1% conseguem realizar todas as atividades cotidianas sem o auxílio de outras pessoas.

**Tabela 2** - Distribuição dos idosos quanto aos domínios de Qualidade de Vida. Santa Juliana-MG, 2010-11.

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Físico	68,61	12,94	28,57	100
Psicológico	68,03	11,20	25,00	100
Relações Sociais	73,85	8,55	37,50	100
Meio Ambiente	62,76	8,91	25,00	100
Global	67,16	8,48	37,00	92

A Qualidade de Vida dos idosos, apresentadas na tabela 2, apontam valores mais elevados para o domínio relações sociais (73,85) e o menor para o domínio meio ambiente (62,76). O domínio que permitiu maior variância (DP=12,94) foi o domínio físico.

**Tabela 3** - Distribuição dos idosos quanto aos agravos auto referidos e ao Índice de Massa Corporal. Santa Juliana-MG, 2010-11.

Idade	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Doença</b>								
Hipertensão Arterial	76	36,7	54	26,1	17	73,9	147	71
Diabetes Mellitus	27	13	7	3,4	4	17,4	38	18,4
Doença Respiratória	9	4,3	6	2,9	5	21,7	20	9,7
Doença Reumática	39	18,8	21	10,1	5	21,7	65	31,4
Cardiopatias	38	18,4	30	14,5	11	47,8	79	38,2
Doença Renal	17	8,2	6	2,9	1	4,3	24	11,6
Doença de Chagas	11	5,3	12	5,8	3	13	26	12,6
Depressão	6	2,9	4	1,9	2	8,7	12	5,8
Hipercolesterolemia	12	5,8	2	1	0	0	14	6,8
<b>Índice de Massa Corporal</b>								
Baixo Peso	6	5,4	6	8,2	5	21,7	17	8,2
Normal	44	39,6	41	56,2	11	47,8	96	46,4
Sobrepeso	35	31,5	16	21,9	4	17,4	55	26,6
Obesidade	26	23,4	10	13,7	3	13	39	18,8

Na tabela 3 são apresentados os problemas de saúde relatados pelos idosos, em que 71% possuem Hipertensão Arterial, 38,2% cardiopatias e 31,4% doenças reumáticas. Além disso, 88,9% dos entrevistados fazem o uso contínuo de pelo menos um medicamento. Pelo cálculo do IMC, destaca-se que 46,4% dos idosos estão com peso normal. Em relação às faixas etárias apresentadas, a maioria dos idosos entre 60 e 69 anos (55%) estavam com sobrepeso ou obesidade, sendo, portanto

classificados com excesso de peso.

## DISCUSSÃO

O predomínio de mulheres na população do presente estudo, parece refletir um fenômeno populacional denominado “feminização da velhice” que pode advir de diferenças na exposição a risco de acidentes de trabalho, trânsito, homicídio e suicídio, hábitos de vida mais saudáveis que os homens, maior adesão a tratamentos medicamentosos entre outros<sup>(11), (12)</sup>.

Destaca-se a escolaridade como fator relevante para a qualidade de vida uma vez que pessoas com grau de escolaridade mais avançado tendem a assimilar melhor as informações, melhores condições de vida social e econômica além de possuírem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde<sup>(13)</sup>. Contudo, se observou aqui que a maioria dos entrevistados (90,3%) nunca estudou ou não completou o ensino fundamental, índices mais baixos que aqueles encontrados em outras pesquisas<sup>(13), (14)</sup>.

A condição econômica é outro fator que pode interferir no bem-estar e na qualidade de vida do idoso, a considerar-se que no Brasil existem diversas famílias em que o idoso é o pilar financeiro que sustenta o parceiro(a), filhos, netos, afilhados, enteados, entre outros. Ressalta-se que cerca de 15% do total de idosos ainda possuem um trabalho remunerado, que pode representar autonomia financeira frente às necessidades de saúde, sociais e alimentares<sup>(15)</sup>.

Em relação ao estado conjugal, a maioria dos idosos vive com seu companheiro, porém, à medida que se tornam mais velhos, tal condição diminui, o que pode significar a viuvez destes idosos. Além disso, 37,7% dos idosos residem com seus filhos, fator que reflete uma nova configuração da família brasileira, em que os filhos tem vivido por mais tempo sob o teto dos pais, mesmo após definirem suas relações conjugais<sup>(16)</sup>. Outro fator positivo relaciona-se à independência dos idosos na realização de suas atividades diárias.

Hipertensão Arterial, Cardiopatias e Doenças Reumáticas foram as doenças crônicas mais prevalentes. Ressalta-se que além do aumento da prevalência da hipertensão arterial com a idade, este agravo é importante fator de risco para doenças cardíacas e circulatórias, relacionadas a um elevado gasto por hospitalizações nos serviços públicos de saúde<sup>(17)</sup>. Além disso, destaca-se que as doenças reumáticas, apresentadas por 31,4% dos idosos ainda não foram completamente incluídas na pauta da saúde pública, o que será um fator determinante para a melhora do diagnóstico e implementação de programas educacionais, enfatizando o autocuidado para prevenção da incapacidade.

Quanto à Qualidade de Vida, o domínio que apresentou melhor escore foi o domínio relações sociais, corroborando com outro estudos<sup>(18), (19)</sup>. O menor escore encontrado foi para o domínio meio ambiente. O domínio meio ambiente conglomerava fatores relacionados à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e

sociais, que incluem entre outros a disponibilidade e qualidade em oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades oportunidades de recreação/lazer e transporte<sup>10</sup>, o que demonstra que deve-se atribuir maior atenção a estas variáveis.

Ainda, os resultados da presente investigação apontaram que 26,6% dos idosos estão com sobrepeso e 18,8% foram considerados obesos, ou seja, mais de 40% dos idosos apresentam excesso de peso. Trata-se de outro fator preocupante para a saúde pública, uma vez que o excesso de peso está relacionado a doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, cardiopatias e diabetes tipo 2<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo permitiram delinear o perfil de saúde dos idosos usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS's), residentes em Santa Juliana, MG; em que prevaleceram mulheres com idade aproximada de 70 anos. A grande maioria dos idosos é aposentado, com baixa escolaridade e renda familiar entre um e três salários mínimos. A maioria dos idosos vive com seu companheiro e as doenças mais prevalentes são Hipertensão Arterial, cardiopatias e doenças reumáticas. A qualidade de vida teve escores entre 60 e 70 pontos e embora a maioria dos idosos tenha peso normal, o contingente daqueles com excesso de peso está acima de 40%.

Ressalta-se que as questões relacionadas ao envelhecimento merecem atenção especial, principalmente em países como o Brasil, onde há um crescimento da população idosa. Neste sentido, é premente a implementação de políticas públicas e sociais específicas para essa população, levando-se em consideração as suas peculiaridades e diversidades.

Como verificado para a população pesquisada ações de promoção da saúde e de cidadania são necessárias, tais como: a melhoria do nível de escolarização, a melhoria da renda familiar, assim como as questões que melhorem o domínio de qualidade de vida no quesito ambiente, em especial a questão de lazer e recreação, segurança e ambiente do lar.

Como limitação do estudo refere-se a abordagem de uma cidade de pequeno porte, que não obstante apresenta resultados que retratam a realidade brasileira no tocante à condição socioeconômica do idoso, seu nível de escolarização, qualidade de vida e agravos referidos.

Os profissionais de saúde, especialmente os que atuam na Atenção Primária à Saúde, precisam ser capacitados continuamente para se adequarem às necessidades dos idosos. Considerando-se que as políticas públicas devem estar adequadas ao perfil e necessidades da população alvo, espera-se que os resultados do presente estudo sirvam de subsídios para programas de promoção da saúde, ações de educação em saúde, prevenção de agravos e atenção social ao idoso, residente no município de Santa Juliana.

## Referências

- 1 - Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
- 2 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. IBGE: Rio de Janeiro, 2010.
- 3 - Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. *Rev RENE* 2011; 12(n. esp.):988-94.
- 4 - World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- 5 - Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, et al. Analysis of the social and health profile of the elderly: the relevance of the Family Health Program. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1): 5-15.
- 6 - Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4):712-9.
- 7 - Organização Mundial de Saúde- OMS. WHOQOL, abreviado, versão em português. Disponível em: <[www.ufrgs.br/psiq/whoqol](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol)>. Acesso em 10/10/2012.
- 8 - Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho SR, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica* 2008; 24:103-12.
- 9 - Guigoz Y, Vellas B. A Mini avaliação nutricional (MAN) na classificação do estado nutricional do paciente idoso: apresentação, história e validação da MAN. In: *Mini Avaliação Nutricional (MAN): pesquisa e prática no idoso*. Nestlé Nutr Workshop. *Rev Clin Perform Programme*. 1998; 1:01-02.
- 10 - WHO. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Genebra: WHO; 1998.
- 11 - Matos-Nascimento C, Ribeiro AQ, Cotta RMM, et al. Nutritional status and associated factors among the elderly in Viçosa, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(12):2409-18.
- 12 - Santos MAB, Mattos IE. Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guaramiranga-CE. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2011; 20 (Supl. 1):59-67.
- 13 - Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enferm.[online]* 2011;19(5):[09 telas]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em 10/10/2012.
- 14 - Inouye K, Pedrazzani E. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2007; 15(n. spe):742-7.
- 15 - Jacinto LTA, Santos AS, Dias FA, Silveira RE, Silvano CM. Fatores de risco para doença arterial coronariana em idosos: Perspectivas para a atuação da Enfermagem. *Nursing (São Paulo)*, 2012; 169: 326-30.
- 16 - Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:1260-70.
- 17 - Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Asciti LSR, Cavalcanti AL. The prevalence of chronic disease in a group of elderly Brazilian people and their nutritional status. *Rev Salud Pública*. 2009;11(6):865-77.
- 18 - Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto contexto - enferm.* 2012; 21(1):112-20
- 19 - Cimirro PA, Rigon R, Vieira MMS, Pereira HMCTCG, Creutzberg M. Qualidade de vida de idosos dos centros-dia do Regado e São Tomé – Portugal. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(3):195-8.
- 20 - Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSBS, Silva NN, Marucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2):190-201.

# Perfil Epidemiológico dos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodialítica

Recebido em: 24/09/2013  
Aprovado em: 12/08/2014

Ivonizete Pires Ribeiro<sup>1</sup>  
Andira Luana Soares Pinheiro<sup>2</sup>  
Andressa Luana Araújo Soares<sup>3</sup>  
Nayara Franciele Marques dos Santos<sup>4</sup>

**Resumo:** Objetivou-se traçar o perfil epidemiológico do portador de IRC em tratamento hemodialítico na cidade de Teresina-PI. Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo, realizado na unidade de nefrologia conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com 64 pacientes. A coleta de dados ocorreu de março a maio do ano de 2010. Constatou-se que a maioria dos pacientes é do gênero masculino (67,19%), faixa etária de 40 a 59 anos (40,63%), sendo 60,94% casados, residentes em Teresina (64,06%), com baixo nível de escolaridade, renda individual de 1 a 2 salários mínimos e com moradia própria. Em 69% a doença de base foi hipertensão arterial e diabetes; e as principais dificuldades encontradas foram os efeitos causados pelo tratamento e o transporte, influenciando na manutenção da terapia hemodialítica. Tais fatores servem para subsidiar decisões para melhorar a assistência a esses pacientes juntamente com o enfermeiro atuando na prevenção das doenças que levam a IRC.

**Descritores:** Insuficiência Renal Crônica, Diálise Renal, Avaliação em enfermagem.

## Epidemiological profile of renal failure patients submitted to hemodialysis

**Abstract:** The objective was to outline the epidemiological profile of patients with CRF on hemodialysis in the city of Teresina-PI. This is a descriptive quantitative study, conducted in the nephrology unit convening the National Health System (SUS), with 64 patients. Data collection occurred from March to May of 2010. It was found that the majority of patients are male (67.19%), aged 40-59 years (40.63%), and 60.94% were married, living in Teresina (64.06%) with fewer years of education, individual income 1-2 minimum wages and proper housing. In 69% the underlying disease was hypertension and diabetes, and the principal problems were the effects caused by treatment and transport, influencing the maintenance of hemodialysis. Such factors serve to support decisions to improve care for these patients jointly with nurses working in the prevention of diseases leading to CRF.

**Descriptors:** chronic renal failure, renal dialysis, nursing assessment.

## Perfil Epidemiológico dos los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis

**Resumen:** El objetivo fue analizar el perfil epidemiológico de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en la ciudad de Teresina-PI. Este es un estudio cuantitativo descriptivo, realizado en la unidad de nefrología convocatoria del Sistema Nacional de Salud (SUS), con 64 pacientes. Los datos fueron recolectados entre marzo y mayo de 2010. Se encontró que la mayoría de los pacientes son hombres (67,19%), edad 40-59 años (40,63%), y 60,94% estaban casadas, que viven en Teresina (64,06%) con menos años de educación, los ingresos individuales de 1.2 salarios mínimos y una vivienda digna. En un 69% la enfermedad de base fue la hipertensión y la diabetes, y los principales problemas fueron los efectos causados por el tratamiento y el transporte, que influyen en el mantenimiento de la hemodiálisis. Estos factores sirven para apoyar las decisiones para mejorar la atención de estos pacientes junto con las enfermeras que trabajan en la prevención de las enfermedades que conducen a la IRC.

**Descriptores:** Insuficiencia renal crónica, La diálisis renal, Evaluación en enfermería.

## INTRODUÇÃO

Atualmente a IRC é um doença com alta taxa de morbimortalidade em todo o mundo. No Brasil, o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) mostrou que, em março de 2008, havia 87.044 pacientes em diálise, um aumento de aproximadamente 21.923 pacientes em comparação a janeiro de 2005. Em Teresina-PI, a taxa de prevalência de pacientes em diálise é de 62,97 para cada 100 mil habitantes. Tendo como consequência o aumento da incidência desta doença crônica entre a população geral em âmbito local<sup>(1),(2)</sup>.

O aumento progressivo da incidência da IRC deve-se, em parte, ao incremento da prevalência de algumas enfermidades crônico-degenerativas destacando-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM)<sup>(3)</sup>.

A manutenção de pacientes em hemodiálise envolve custos elevados e é motivo de grande preocupação por parte de órgãos governamentais, que, no Brasil, subsidiam 95,0% deste tratamento. Em 2002, foram gastos R\$ 1,4 bilhões no tratamento de pacientes em diálise crônica e com transplante renal em pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica – IRC<sup>(4)</sup>.

Pessoas acometidas de doenças crônicas sofrem modificações

no estilo de vida a que estavam acostumadas, como isolamento social, redução da atividade física, necessidade de adaptação, um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer, e perda da autonomia relacionada ao tratamento constante podendo ocorrer no domicílio, nas clínicas e em alguns casos há ocorrência de internações. As reações do doente advêm do seu contexto social, cultural e das suas crenças e valores pessoais<sup>(5)</sup>.

Ao se identificar o perfil desta clientela atendida nas unidades de hemodiálise, o levantamento de dados poderá direcionar o enfermeiro e a equipe de saúde da família a adotar estratégias para um diagnóstico precoce das doenças crônico-degenerativas que são fatores de risco para a IRC.

A IRC define-se como uma deterioração progressiva e irreversível da função renal em que a capacidade do corpo para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha, resultando em retenção de uréia e outros produtos de degradação nitrogenados do sangue<sup>(6)</sup>.

Esse estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico do portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC) em tratamento hemodialítico na cidade de Teresina.

<sup>1</sup>Enfermeira.Mestre em Enfermagem. Professora da Faculdade NOVAFAPÍ – Teresina/PI. Brasileira. E-mail: iribeiro@novafapi.com.br.

<sup>2</sup>Enfermeira.Especialista em Enfermagem em Nefrologia.

<sup>3</sup>Enfermeira.Especialista em Enfermagem em Oncologia e Saúde da Família.

<sup>4</sup>Enfermeira.Especialista em Enfermagem em Nefrologia.

## METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma investigação de natureza quantitativa e análise estatística descritiva, o campo selecionado para a realização da pesquisa foi o setor de hemodiálise da Clínica de Nefrologia do Hospital Getúlio Vargas. Foram entrevistados 64 pacientes portadores de insuficiência renal crônica, que concordaram em participar do estudo.

O material utilizado para o levantamento dos dados foram os prontuários dos pacientes e o instrumento utilizado para coletar os dados foram formulários estruturados com perguntas abertas e fechadas aplicados pelas autoras. Os dados foram coletados no período de março a maio de 2010. Ao finalizarmos o levantamento dos dados, analisamos e organizando os dados numéricos em tabelas, utilizando como recurso o programa Statistical Product and Service Solutions – SPSS versão 16.0.

O projeto de pesquisa foi previamente enviado, analisado, e devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Novafapi em 15 de março de 2010, sob o Protocolo CAAE nº. 0005.0.043.000-10. Além disso, todos os sujeitos que se disponibilizaram a participar do estudo, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Tabela 1** - Perfil Sócio-demográfico da população estudada. Teresina(PI), 2010.

		N	%
Sexo	Masculino	43	67,19
	Feminino	21	32,81
Faixa Etária	< 19 anos	2	3,13
	20 a 39 anos	15	23,44
	40 a 59 anos	26	40,63
	60 a 79 anos	20	31,25
Escolaridade	80 a 90 anos	1	1,56
	Analfabetos e semi-analfabetos	21	32,81
	1º Grau	34	53,13
	2º Grau	7	10,94
Estado Civil	Superior	2	3,13
	Solteiro (a)	15	23,44
	Casado (a)	39	60,94
	Divorciado (a)	6	9,38
Cidade	Viúvo (a)	4	6,25
	Teresina	41	64,06
	Outras cidades do Piauí	21	32,81
Condições de moradia	Outras cidades do Maranhão	2	3,13
	própria	41	64,06
	alugada	12	18,75
Renda Individual em salário mínimo	cedida	11	17,19
	< 1 salário mínimo	21	32,81
	1-2 salários mínimo	43	67,19

Quanto ao perfil demográfico (TAB. 1), constatou-se que 67,19% dos pacientes eram do sexo masculino. A distribuição da população por idade, apresentou predomínio de 40,63% com faixa etária de 40 a 59 anos. Em relação ao estado civil 60,94% eram casados, e 64,06% residem em Teresina.

Quanto ao nível de instrução, dos 64 pacientes, 34 (53,13%) possuíam apenas o ensino fundamental completo ou incompleto e 21 (32,81%) eram analfabetos e semi-analfabetos. De acordo com os dados apresentados na TAB. 1, os pacientes com renda individual mensal entre 1 e 2 salários mínimos correspondem a maioria de 67,19%, e os que residem em casa própria somam 64,06%.

Neste estudo, a distribuição do acometimento da IRC, por gênero, mostrou maior frequência de pessoas do sexo masculino, o que vem confirmar os dados obtidos de um estudo realizado no município de Anápolis-GO: entre 63 pacientes, 55,5% eram do sexo masculino<sup>(7)</sup>.

Os dados, encontrados no perfil da amostra estudada, sugerem que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, uma vez estas buscam os serviços de saúde devido a cuidados ginecológicos, o que as leva a se preocuparem mais com a saúde. Desta forma, os homens tornam-se mais suscetíveis à doença do que as mulheres.

Vale comentar que 40,63% correspondem à faixa etária dos pacientes analisados entre 40 a 59 anos. Este resultado representa um dado social significativo, pois a doença crônica atinge geralmente uma população em plena idade economicamente ativa, gerando gastos nas áreas sociais devido às aposentadorias precoces, gastos ambulatoriais e medicamentosos<sup>(8)</sup>.

Quanto ao estado civil, prevaleceu maior número de pessoas casadas 60,94% e os residentes na cidade de Teresina 64,06%. Este perfil encontrado justifica-se pela maior prevalência de pessoas casadas, devido à cultura nesta região: nesta faixa etária intermediária, há um predomínio de pessoas casadas. A maior prevalência dos residentes na cidade de Teresina é devido à pesquisa ser realizada nesta cidade.

A escolaridade dos indivíduos pesquisados foi de 53,13% com o primeiro grau incompleto ou completo e taxa de 32,81% de analfabetos e semi-analfabetos. Desta forma, foi possível observar por meio de relatos dos pacientes, maior dificuldade para compreender as orientações preconizadas, repassadas pela equipe de saúde e a extensão do procedimento hemodialítico, o que pode comprometer ainda mais o estado de saúde do paciente em tratamento.

Os dados sobre a escolaridade dos participantes assemelham-se aos resultados obtidos em estudo desenvolvido em Curitiba, que buscou a relação do paciente renal crônico com o trabalho, evidenciando que, aproximadamente, 67,0% da amostra obtiveram apenas acesso ao ensino fundamental<sup>(9)</sup>.

De 64 pacientes, 67,19% apresentaram rendimentos compreendidos entre 1 e 2 salários mínimos, renda esta decorrente na maioria dos casos de benefícios da aposentadoria associada ao auxílio-doença. Destaca-se que 32,81% dos pacientes que possuem renda inferior a 1 salário mínimo, relatam não possuírem nenhum tipo de rendimento (donas-de-casa e desempregados). Não foram encontrados pacientes com renda superior a 2 salários mínimos.

Foram evidenciados fatores relacionadas ao processo de adoecimento em pacientes renais crônicos, demonstrando que 80,0% têm renda pessoal menor que 2 salários mínimos, o que caracteriza baixo nível sócio-econômico, pelo perfil de pacientes atendidos pelo SUS<sup>(10)</sup>. Estes resultados são similares

aos encontrados na cidade de Teresina que também apresenta perfil de baixa renda individual.

Segundo esses dados, a população submetida à hemodiálise encontra-se inativa, do ponto de vista econômico, pois não possui fonte de renda, o que pode comprometer muito seu tratamento, já que a atividade laboral tem um papel fundamental na vida do homem<sup>(9)</sup>.

As condições de baixa renda são justificadas pela dificuldade de manter o emprego, devido ao tempo despendido na hemodiálise. Muitos pacientes utilizam, pelo menos, 6 horas do dia para tratamento, pois, após as 4 horas de hemodiálise, levam, aproximadamente, mais 2 horas para a recuperação dos sintomas imediatos após o tratamento, o que resulta na dificuldade do paciente manter um vínculo empregatício durante o seu tratamento<sup>(9)</sup>.

Apesar do perfil sócio-demográfico ser considerado de baixa renda, 64,06% possuem moradia própria, casas simples com localização distanciada do centro da cidade devido aos preços populares que facilitam sua aquisição.

**Tabela 2** - Hábito de vida por sexo. Teresina(PI) 2010.

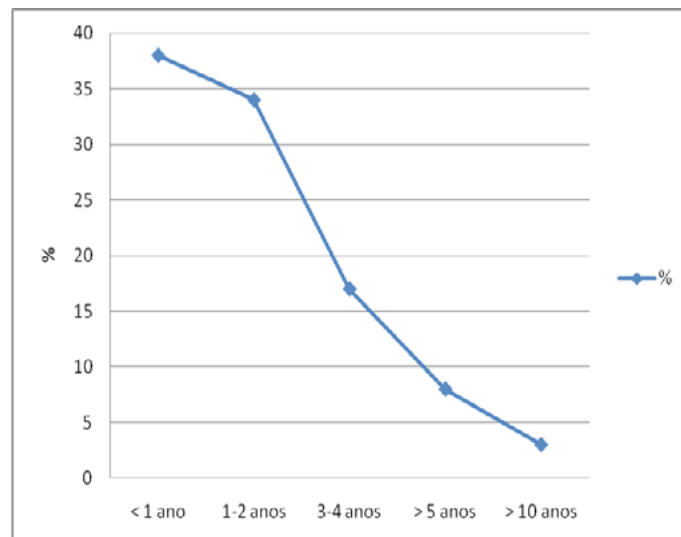
	Resposta	Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		N	%	N	%	N	%
O senhor (a) é fumante?	Sim	6	13,95	1	4,76	7	10,94
	Não	37	86,05	20	95,24	57	89,06
O senhor (a) costuma ingerir bebida alcoólica?	Sim	11	25,58	1	4,76	12	18,75
	Não	32	74,42	20	95,24	52	81,25
O senhor (a) pratica algum tipo de atividade física?	Sim	21	48,84	5	23,81	26	40,63
	Não	22	51,16	16	76,19	38	59,38
O senhor (a) participa de algum grupo ou associação?	Sim	12	27,91	9	42,86	21	32,81
	Não	31	72,09	12	57,14	43	67,19
<b>Total</b>		<b>43</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Em relação aos hábitos de vida dos pacientes (TAB. 2), constatou-se que a maioria tinha hábitos de vida sedentários 59,38% não pratica nenhum tipo de atividade física. Atualmente a causa do sedentarismo se dá devido aos efeitos causados pelo tratamento hemodialítico. Dos pacientes que praticam algum tipo de atividade física (40,63%) após a IRC, a caminhada foi a mais relatada.

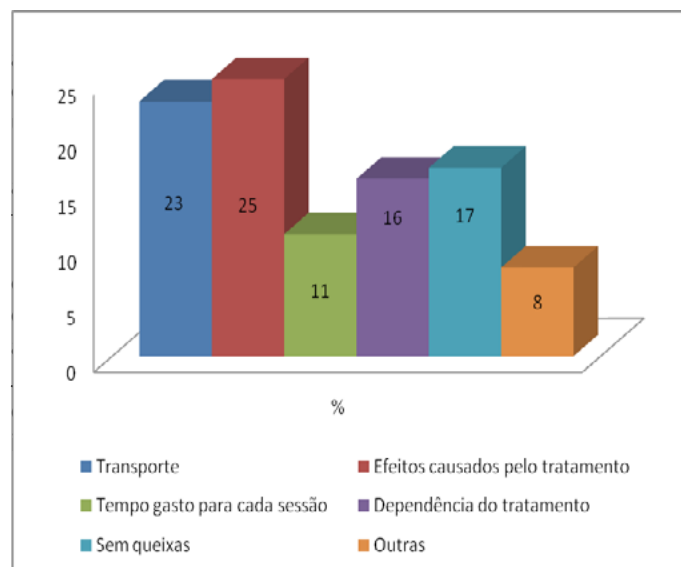
Quanto ao tabagismo, 10,94% afirmam ser fumante, destes 13,95% são do sexo masculino. A maioria 89,06% nunca fumou ou abandonou o fumo em decorrência do tratamento da IRC. Neste estudo 81,25% referiram não ingerir nenhum tipo de bebida alcoólica. Estudo realizado sugere que o tabagismo piora a sobrevida de pacientes em hemodiálise, pois diminui 72% em dois anos e 40% em seis anos nos fumantes<sup>(11)</sup>.

Dos pacientes entrevistados, 67,19% destes afirmam não

participar de associações, grupos ou entidades, fato observado devido ao paciente depender da terapia hemodialítica para sobreviver, apresentando limitações no seu cotidiano após o início do tratamento sendo este responsável por um cotidiano monótono e restrito favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem diretamente na sua qualidade de vida<sup>(12)</sup>.



**Gráfico 1** – Tempo de Tratamento Hemodialítico da população de estudo, Teresina-PI/2010.



**Gráfico 2** – Fatores que dificultam o tratamento da IRC no município de Teresina-PI/2010.

Entre os fatores mencionados como dificultadores do tratamento dos sujeitos do estudo (Gráfico 2), estão os efeitos causados pelo tratamento, que representou 25% das queixas, pelos pacientes apresentarem sintomas após a sessão como fraqueza, astenia e fadiga. Este fato está diretamente relacionado com uma grande parcela da população em estudo ter menos de 1 ano de tratamento hemodialítico, onde encontra-se os maiores efeitos devido a adaptação do organismo à terapia.

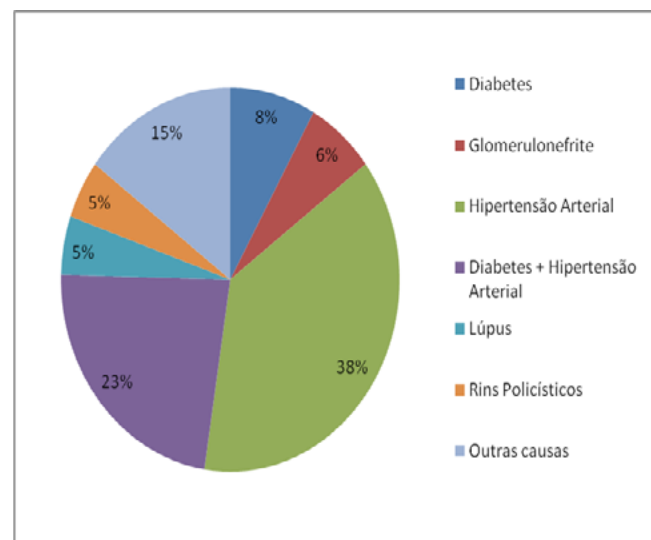
Em seguida os pacientes queixaram-se do transporte, sendo representado por 23%. Mesmo havendo em Teresina a oferta da carteira de passe livre para todos os doentes renais crônicos

em tratamento hemodialítico, e também a disponibilidade do transporte oferecido pela instituição onde é realizada a sessão de hemodiálise a locomoção se torna difícil. Isto deve-se ao fato da maior parte dos pacientes residirem na zona rural do município de Teresina, ficando fora da rota dos transportes públicos e do oferecido pela instituição.

O tempo gasto em cada sessão e sua periodicidade de 3 vezes por semana, são motivos de queixa de 11% dos pacientes, que relatam não ter tempo, nem disposição para executar atividades da vida diária antes realizadas. Já 8% dos pacientes relataram outras causas como dificuldades financeiras e a ausência de acompanhantes. A IRC produz alterações fisiológicas e funcionais, advindas da diminuição da atividade física, fraqueza muscular, anemia, alterações metabólicas, bem como acarreta prejuízos na qualidade de vida. Sendo assim, as queixas apresentadas mostram elementos que podem ser melhorados, a fim de gerar melhor qualidade de vida aos pacientes<sup>(14)</sup>.

Esses achados são significativos, porém, observou-se um contraste quando comparado a outro estudo em Anápolis-GO (2008), que mostra que entre as dificuldades encontradas a disponibilidade dos medicamentos (51%) é a principal causa de queixa entre os pacientes, seguido de transporte (20,5%) e tempo gasto para cada sessão (14,5%), respectivamente. Aqueles que referiram dependência do tratamento e não ter queixas corresponde a 3% cada<sup>(7)</sup>.

Para melhorar o tratamento e a qualidade de vida dos pacientes com IRC, faz-se necessária a simplificação do acesso ao transporte, que deve ser regulamentar, com a busca e o retorno dos pacientes no domicílio, uma vez que estes se sentem muito limitados, após as sessões de hemodiálise. Com esta medida, é possível amenizar os custos que foram relatados por alguns entrevistados<sup>(7)</sup>.



**Gráfico 3** – Doenças de Base da insuficiência renal crônica, Teresina-PI/2010.

Foi constatado que as principais doenças de base para a IRC (Gráfico 3), são a hipertensão arterial (38%), em seguida a associação de duas patologias - hipertensão e diabetes - que corresponde a 23%, sendo que somente o diabetes corresponde a um total de 8%. Além destas, outras moléstias estão relacionadas à perda da função renal, como a glomerulonefrite (6%), rins policísticos e lúpus com 5% cada. No que diz respeito a outras causas que somam 15%, destaca-se: cálculo renal, pielonefrite, abuso de medicamentos, agenesia renal, hipoplasia renal bilateral

e acidentes que levaram a perda de um dos rins.

Os dados obtidos no estudo mostraram aproximação com resultados já obtidos em outras publicações, que apontam como principais causas de IRC a hipertensão arterial, diabetes mellitus, história familiar de IRC, idade avançada, glomerulopatias, doença renal policística, doenças auto-imunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, uropatias obstrutivas e neoplasias<sup>15</sup>.

A hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis por cerca de metade das patologias dos pacientes em tratamento dialítico no Brasil. A hipertensão, relacionada ao diabetes, está intimamente ligada à reabsorção de água e sódio e à hiperatividade simpática mediadas pela insulina, bem como ao aumento na disponibilidade de cálcio intracelular. A insulina tem um efeito vasodilatador direto e a resistência a este efeito também contribui para a elevação da pressão arterial, trazendo uma sobrecarga aos rins, que leva à perda de suas funções<sup>(15), (16)</sup>.

Fatores predisponentes como estresse, alimentação inadequada, fumo, uso de hormônios estrogênicos, obesidade, sedentarismo e a falta de controle da saúde fazem com que o aumento da pressão arterial se torne inevitável<sup>(17)</sup>.

As estatísticas brasileiras são compatíveis àquelas de outros países da América Latina e menores do que as dos Estados Unidos, que evidenciam o diabetes e a hipertensão arterial como causas de IRC em três quartos dos pacientes em diálise. Esta diferença pode ser explicada pelo grande número de pacientes idosos em países desenvolvidos, uma vez que a expectativa de vida é maior, e também pelos hábitos alimentares e culturais destes países que favorecem o aparecimento destas doenças<sup>(15)</sup>.

## CONCLUSÃO

Estes resultados epidemiológicos podem ser analisados como fatores interferentes na ocorrência da doença renal crônica, considerando as características sociais dos pacientes, tais como a baixa renda familiar e o baixo nível de escolaridade. Estes atributos podem influenciar no entendimento da importância do tratamento das doenças de base, do diagnóstico precoce e na prática do autocuidado.

O aumento em larga escala da incidência de patologias crônicas entre a população principalmente a hipertensão arterial, seguida da associação desta com diabetes, resulta na necessidade da atuação do enfermeiro na prevenção destas doenças por meio da estratégia de saúde da família (ESF), e pelas políticas públicas, para melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

O convívio com uma doença crônica, em especial a insuficiência renal, reflete uma série de mudanças tanto na vida do paciente, como na de seus familiares, pois as limitações impostas pelo tratamento acarretarão diversas dificuldades, que interferem na sua qualidade de vida influenciando na manutenção do tratamento hemodialítico, e propiciando ao paciente algumas dificuldades de ordem sociais.

Os dados apresentados mostram diversos aspectos da população de pacientes com IRC em nosso meio, que servirão para subsidiar decisões para melhorar a assistência a esses pacientes, entre elas a criação e manutenção em longo prazo de um sistema nacional de registro, análise e divulgação de dados epidemiológicos de pacientes com IRC em tratamento renal substitutivo no país.

## Referências

### REFERÊNCIAS

1. Sociedade brasileira de nefrologia (BR). Censo 2008. [on line] 2008; [citado 2009 set 05]. Disponível em: [http://www.sbn.org.br/Censo/2008/censo\\_SBN\\_2008.ppt](http://www.sbn.org.br/Censo/2008/censo_SBN_2008.ppt)
2. Ministério da saúde (BR). Sistema de informações ambulatoriais do SUS-SAI/SUS. [on line] 2006; [citado 2009 set 07]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d22.def>
3. Batista PBP, Lopes AA. Estudo Epidemiológico sobre a terapia renal substitutiva II. Epidemiol Serv Saúde. [on line] 2009 abr/jun; [citado 2009 set 13]; 18(2): [aprox.13 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
4. Sesso R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiologia; São Paulo [periódico na internet]. 2006; [citado 2009 set 05]. Disponível em: [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/cronicas/irc\\_prevprof.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/irc_prevprof.pdf)
5. Chaves LPD, Anselmi ML, Barbeira CBS, Hayashida M. Estudo da sobrevida de pacientes submetidos à hemodiálise e estimativa de gastos no município de Ribeirão Preto-SP. Rev Esc Enferm. [on line] 2002; [citado 2009 set 08]; 36(2): [aprox.10 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
6. Smeltzer SC, Bare BG, Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Lima LR, Mendonça RR. Perfil epidemiológico do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Anapólis – GO. Rev Intersec. [on line] 2008; [citado 2010 mai 23]; 9(2): [aprox.7 telas]. Disponível em: [http://www.saocamilo-mg.br/publicacoes/edicao\\_3/sao\\_camilo/artigo\\_04.pdf](http://www.saocamilo-mg.br/publicacoes/edicao_3/sao_camilo/artigo_04.pdf)
8. Barbosa DA, Gunji CK, Bittencourt ARC, Belasco AGS, Diccini S, Vattimo F, et al. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. Acta paul Enferm. [on line] 2006; [citado 2010 mai 23]; 19(3): [aprox.6 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
9. Lara EA, Sarquis LMM. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. [CD-ROM] [Monografia]. Londrina: Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2005.
10. Santos PR. Relação do Sexo e da Idade com Nível de Qualidade de Vida em Renais Crônicos Hemodialisados. Rev Assoc Méd Brasileira. [on line] 2006; [citado 2010 mai 23]; 52(5): [aprox.14 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
11. Biernat JC. Sobrevida em hemodiálise. In: Cruz J, Barros RT, Sesso RCC, David Neto E, Suassuna JHR, Heilberg IP, et al, coordenadores. Atualidades em nefrologia 3. São Paulo: Savier; 1994. p. 155-159.
12. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino-am Enfermagem. [on line] 2005 set/out; [citado 2010 mai 24]; 13(5): [aprox.9 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
13. Adjezen H, Schor N. Guia de nefrologia. 2ed. Barueri - SP: Manole, 2005. p.468.
14. Pitta GBB, Andrade ART, Castro AA. Acesso venoso central para hemodiálise. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado UNCISAL/ECMAL & LAVA [periódico na internet]. 2003; [citado 2010 maio 24]. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro>
15. Associações de pacientes renais crônicos. Perfil da doença renal crônica: o desafio brasileiro 2007. [on line] 2007; [citado 2010 mai 24]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf>
16. Romão Jr JE. O rim e suas doenças. Sociedade Brasileira de Nefrologia. [on line] 2004. [citado 2010 mai 24]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm>
17. Pinheiro ME, Alves CMP. Hipertensão arterial na diálise e no transplante renal. J Bras Nefrol. [periódico na internet]. 2003; [citado 2010 maio 24]; 25(3): [aprox.13 telas]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/JBN/JBNAcontece/0203/revisao1.htm>



# Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: que dimensões se sobressaem?

Recebido em: 09/02/2014  
Aprovado em: 12/12/2014

Roberta Meneses Oliveira<sup>1</sup>  
Mariana Monteiro Pereira<sup>2</sup>  
Perla Guimarães Feitosa<sup>3</sup>  
Alexandra da Silva Lima<sup>4</sup>  
Yane Carmem Ferreira Brito<sup>5</sup>  
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão<sup>6</sup>  
Paulo César de Almeida<sup>7</sup>

**Resumo:** Objetivou-se avaliar domínios e dimensões da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem. Estudo transversal, realizado com 156 pacientes em unidades de internação de hospital público de Fortaleza-CE. Para as associações com os domínios empregaram-se os testes de  $\chi^2$  e de razão de verossimilhança. A assistência foi considerada boa pela maioria dos pacientes, com predomínio dos domínios confiança e profissional em detrimento do educacional. Destacaram-se as dimensões empatia, relacionamento interpessoal e humanização. Apesar dos entrevistados mostrarem-se satisfeitos, é preciso investimento em uma Enfermagem centrada no paciente, inserindo-o como sujeito ativo no tratamento e obtendo maior satisfação pelo cuidado prestado.

**Descritores:** Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Satisfação do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestão da Qualidade.

## Patient satisfaction with the nursing care: what dimensions predominate?

**Abstract:** Aimed to evaluate the domains and dimensions of patient satisfaction with nursing care. Cross-sectional study with 156 patients in inpatient units of a public hospital in Fortaleza-CE. For associations with the domains were employed  $\chi^2$  and likelihood ratio tests. The assistance was considered good by most patients, with a predominance of confidence and professional domains at the expense of education. Notable dimensions were empathy, interpersonal relationship and humanization. Despite the interviewed were satisfied, we need investment in a patient-centered nursing, inserting it as an active subject in the treatment and getting more satisfaction for the care provided.

**Descriptors:** Nursing, Nursing Care, Patient Satisfaction, Quality of Health Care, Quality Management.

## Satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería: qué dimensiones sobresalen?

**Resumen:** El objetivo fue evaluar dominios y dimensiones de la satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Estudio transversal con 156 pacientes en unidades de hospitalización de un hospital público en Fortaleza-CE. Para las asociaciones con los dominios se emplearon las pruebas de  $\chi^2$  y razón de verosimilitud. La asistencia fue considerada buena por la mayoría de los pacientes, con predominio de los dominios confianza y profesional, en lugar del educacional. Las más destacadas dimensiones fueron empatía, relaciones interpersonales y humanización. A pesar de los entrevistados se mostraren satisfechos, es necesario invertir en una Enfermería centrada en el paciente, insertándolo como un sujeto activo en el tratamiento y conseguir una mayor satisfacción de la atención recibida.

**Descritores:** Enfermería, Atención de Enfermería, Satisfacción del Paciente, Calidad de la Atención de Salud, Gestión de Calidad.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os serviços de saúde tem reunido esforços para um trabalho unificado que vise à gestão da qualidade do cuidado prestado, em virtude da divulgação constante de erros e eventos adversos decorrentes da assistência.

O modelo de gestão pela qualidade trata-se de uma forma de pensar e trabalhar que se preocupa com o atendimento das necessidades e das expectativas dos consumidores, tendo como benefícios: a satisfação do paciente, a mudança de cultura, a melhor comunicação, a redução dos custos e as práticas flexíveis de trabalho<sup>(1)</sup>.

No universo de indicadores de qualidade da assistência atualmente sugeridos pela Associação Americana de Enfermagem (ANA), destaca-se o índice de satisfação do paciente. Este indicador é decorrente do processo de atendimento das expectativas e necessidades de cuidados de enfermagem por parte dos pacientes<sup>(2)</sup>.

Por sua vez, a satisfação do paciente pode ser avaliada segundo domínios e dimensões específicas. Quanto aos domínios, destacam-se o Profissional, o Educacional e o Confiança. O primeiro aborda as questões técnicas do cuidado, o segundo remete às situações

relacionadas às atitudes educativas do enfermeiro frente ao paciente e o terceiro envolve situações de relacionamento interpessoal entre enfermeiro e paciente<sup>(3)</sup>.

A avaliação dos serviços de saúde, na perspectiva da satisfação dos usuários, proporciona dignidade aos sujeitos do processo e informações essenciais para a gestão. Assim, gestores e trabalhadores podem conhecer as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde e buscar, continuamente, processos de trabalhos que possam satisfazê-los<sup>(4)</sup>.

Do ponto de vista do paciente, a satisfação pode ocorrer quando suas necessidades e expectativas são atendidas, de forma que suas percepções tornem-se mais positivas e os resultados esperados sejam alcançados. Sob essa ótica, a mensuração dessas percepções vem tornando-se objeto de estudos, não havendo, todavia, consenso nem uniformidade nas propostas de avaliação<sup>(5)</sup>.

Considerando que o conhecimento do grau de satisfação do paciente é capaz de demonstrar a impressão obtida sobre um serviço realizado, atribuindo elogios e críticas que podem orientar a tomada de decisão para garantir o sucesso organizacional, faz-se

<sup>1</sup> Roberta Meneses Oliveira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. E-mail: roberta.meneses@uece.br

<sup>2</sup> Mariana Monteiro Pereira. Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: marimonteiroenfa@gmail.com

<sup>3</sup> Perla Guimarães Feitosa. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) - Enfermagem. E-mail: perla.feitosa@hotmail.com

<sup>4</sup> Alexandra da Silva Lima. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) - Enfermagem. E-mail: lima.alexandra@gmail.com

<sup>5</sup> Yane Carmem Ferreira Brito. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. E-mail: yane\_carmem@hotmail.com

<sup>6</sup> Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. E-mail: ilse.tigre@uece.br

<sup>7</sup> Paulo César de Almeida. Doutor em Saúde Pública. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. E-mail: pc49almeida@gmail.com

necessária a aferição da percepção que o paciente tem sobre o serviço. Para tanto, realizam-se pesquisas que abrangem as várias dimensões que este serviço pode oferecer, desde os aspectos tangíveis até os intangíveis, o que resumidamente pode ser classificado como uma avaliação do grau de satisfação do paciente.

Desse modo, este estudo teve como objetivo avaliar domínios e dimensões da satisfação do paciente em hospital público de ensino de Fortaleza-CE.

## METODOLOGIA

Trata-se de recorte de projeto de pesquisa de maior abrangência (projeto guarda-chuva) intitulado: "Qualidade da assistência de enfermagem fundamentada no modelo Donabedian: análise de organizações hospitalares de Fortaleza-CE" e financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Este é um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em hospital de referência em Fortaleza-CE para tratamento de doenças cardiopulmonares, entre junho e dezembro de 2013.

A amostra foi composta por 156 pacientes em unidades de internação cardiológica e de pneumologia clínica. Como critérios de inclusão, foram estabelecidos os seguintes: a) encontrar-se em processo de internação cirúrgica e/ou clínica há, pelo menos, 1 semana; b) ser alfabetizado; c) ter idade superior a 18 anos.

O instrumento de coleta de dados adotado foi o Questionário semi-estruturado para avaliação da satisfação do paciente, elaborado pelo Grupo de Melhorias de Processo em Enfermagem do Hospital São Paulo(6). Trata-se de um questionário composto por nove questões, tendo sido acrescentado os dados de identificação do paciente, incluindo sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de internações anteriores e dias de internação.

Ressalta-se que, para o recorte deste artigo, apenas foram avaliadas as respostas à última questão do instrumento, em que os pacientes eram solicitados a avaliarem a assistência de Enfermagem como boa, regular ou ruim.

Após esta avaliação, solicitava-se que justificassem suas respostas. Diante destas justificativas, foi possível elencar o rol de dimensões da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem, as quais foram devidamente codificadas, apresentadas em tabelas e submetidas à associação com as variáveis sócio demográficas e de internação dos pacientes.

Cada domínio e dimensão recebeu uma codificação específica para a tabulação dos dados. No domínio confiança (DOM1), foram contempladas as dimensões: Empatia (D1), Relacionamento Interpessoal (D2), Disponibilidade (D7), Humanização (D8), Dignidade (D9), Receptividade (D10), Responsabilidade (D11) e Confiabilidade (D12). O domínio Profissional (DOM2) abrangia as dimensões Resolutividade (D3), Agilidade (D4) e Competência (D6). Já o domínio Educacional (DOM3) foi representado pela dimensão Comunicação (D5).

Cabe ressaltar que o preenchimento do instrumento foi realizado por acadêmicas de enfermagem, após autorização do paciente e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de 10 minutos.

Os dados foram processados no programa SPSS versão 20.0. A associação entre os três domínios e as variáveis sociodemográficas e de internação foram realizadas pelos testes de  $\chi^2$  e de razão de verossimilhança, sendo fixado o nível de significância em 0,05.

Quanto à ética em pesquisa, o projeto guarda-chuva, bem como seus subprojetos integrados, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital (nº. 294.981/2013).

## RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos e aqueles relacionados à internação dos pacientes entrevistados.

**TABELA 1** – Distribuição do número de pacientes segundo características sócio-demográficas e de internação. Fortaleza-CE, jun-dez 2013. N=156

Variáveis	n	%	Média ± DP
Masculino	87	55,8	
Feminino	69	44,2	
<b>Faixa Etária (anos)</b>			
17-39	25	16,0	55,7±15,6
40-59	59	37,8	
60-69	44	28,2	
70-88	28	18,0	
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	30	19,2	
Casado/união estável	95	60,9	
Divorciado	11	7,1	
Viúvo	20	12,8	
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental Incompleto	93	59,6	
Fundamental Completo	25	16,0	
Médio	32	20,6	
Superior	6	3,8	
<b>Tempo de internação (semanas)</b>			
1	67	42,9	
2 a 3	54	34,6	
4 a 10	35	22,4	
<b>Número de internações prévias</b>			
1 a 5	133	85,3	
6 a 10	15	9,6	
11 ou mais	8	5,1	

Verifica-se a maioria de pacientes idosos, do sexo masculino, casados, com ensino fundamental incompleto, internados no serviço até três semanas, e com histórico de até cinco internações prévias.

Quanto ao grau de satisfação do paciente, a grande maioria (137) (87,8%) avaliou a assistência de enfermagem como boa. Os demais (19) (12,2%) a consideraram regular.

A Tabela 2 apresenta os domínios e dimensões da satisfação dos pacientes entrevistados.

**TABELA 2** – Distribuição do número de pacientes segundo domínios e dimensões da satisfação com a assistência de Enfermagem. Fortaleza-CE, 2013.

DOMÍNIO/DIMENSÃO	n	%	p <sup>(4)</sup>
<b>CONFIANÇA</b>	82	52,5 <sup>1</sup>	0,024
<b>Dimensão<sup>(3)</sup></b>			
Empatia	30	36,5 <sup>2</sup>	<0,0001
Relacionamento interpessoal	21	22,6	<0,0001
Humanização	19	23,1	<0,0001
Disponibilidade	12	14,6	<0,0001
Dignidade	7	8,5	<0,0001
Responsabilidade	6	7,3	<0,0001
Receptividade	4	4,8	<0,0001
Confiabilidade	3	3,6	<0,0001
<b>PROFISSIONAL</b>			
<b>Dimensão<sup>(3)</sup></b>			
Agilidade de Competência de Produtividade	41	26,2 <sup>(1)</sup>	<0,0001
	34	82,9 <sup>(2)</sup>	<0,0001
	11	26,8	<0,0001
	3	7,3	<0,0001
<b>EDUCACIONAL</b>			
<b>Dimensão</b>			
Comunicação	17	10,8(1)	<0,0001
	17	100,0(2)	<0,0001

N=156; (1) porcentagem em relação ao total de pacientes.; (2) porcentagem em relação ao total de pacientes do domínio.; (3) pode haver mais de uma resposta; (4) teste z para proporções.

Observa-se que, dentre os domínios da satisfação do paciente, destacaram-se o confiança e o profissional, em detrimento do educacional. No primeiro, predominaram as dimensões empatia, relacionamento interpessoal e humanização. No segundo, sobressaíram-se as dimensões agilidade e competência.

A Tabela 3 apresenta a associação entre os dados sociodemográficos e de internação com os domínios da satisfação do paciente.

**TABELA 3** – Distribuição do número de pacientes segundo domínios da satisfação e variáveis sócio-demográficas e de internação. Fortaleza-CE, jun-dez 2013.

Variável	Domínio								
	Confiança			Profissional			Educativa		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
<b>Sexo</b>			<b>0,726</b>			<b>0,697</b>			<b>0,444</b>
Masculino (n=87)	48	55,2		24	27,6		8	9,2	
Feminino (n=69)	40	58,0		21	30,4		9	13,0	
<b>Faixa Etária</b>			<b>0,609</b>			<b>0,425</b>			<b>0,970</b>
17-39 (n=25)	12	48,0		10	40,0		3	12,0	
40-59 (n=59)	37	62,7		15	25,4		7	11,9	
60-69 (n=44)	24	54,5		14	31,8		4	9,1	
70-88 (n=28)	15	53,6		6	21,4		3	10,7	
<b>Estado Civil</b>			<b>0,050</b>			<b>0,602</b>			<b>0,086</b>
Solteiro (n=30)	9	63,3		7	23,3		1	3,3	
Casado/ União (n=95)	46	48,4		31	32,6		12	12,6	
Divorciado (n=11)	7	63,6		2	18,2				
Viúvo (n=20)	16	80,0		5	25,0		4	20,0	
<b>Escolaridade</b>			<b>0,317</b>			<b>0,837</b>			<b>0,560</b>
Fund. Incompleto (n=93)	50	53,8		26	28,0		10	10,8	
Fund. Completo (n=25)	18	72,0		6	24,0		4	16,0	
Médio (n=32)	16	50,0		11	34,4		3	9,4	
Superior (n=6)	4	66,7		2	33,3		-	-	
<b>Tempo de internação (semanas)</b>			<b>0,350</b>			<b>0,387</b>			<b>0,674</b>
1 (n=67)	40	59,7		20	29,9		9	13,4	
2 a 3 (n=54)	32	59,3		18	33,3		5	9,3	
4 a 10 (n=35)	16	45,7		7	20,0		3	8,6	
<b>Número de internações prévias</b>			<b>0,406</b>			<b>0,342</b>			<b>0,837</b>
1 a 5 (n=133)	75	56,4		40	30,1		15	11,3	
6 a 10 (n=15)	10	66,7		2	13,3		1	6,7	
11 ou mais (n=8)	3	37,5		3	37,5		1	12,5	

Percebe-se ausência de associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e os domínios da satisfação do paciente ( $p>0,05$ ). Entretanto, a tabela aponta que o domínio Confiança obteve o maior percentual dentre os viúvos (80%), seguido dos divorciados (63,6%) e dos solteiros (63,3%) ( $p=0,05$ ).

## DISCUSSÃO

Analisando a Tabela 1, quanto ao perfil dos pacientes, a predominância de homens de maior idade, casados, com ensino fundamental também foi evidenciada na análise do perfil dos pacientes em estudos semelhantes<sup>(3), (5), (7), (9)</sup>.

Referente ao tempo de internação dos pacientes, pesquisa obteve resultado idêntico, com o tempo médio de internação dos pacientes de oito dias<sup>(9)</sup>.

Percebe-se, assim, um perfil de pacientes predominantemente masculinos, os quais representam a maioria das internações hospitalares na atenção terciária à saúde. Isto pode ser justificado devido ao fato de homens buscarem os serviços de atenção primária à saúde em menor proporção do que as mulheres, o que os leva à maior predisposição a doenças crônicas, aumentando a ocorrência de complicações cardiovasculares e pneumológicas. Estas representam o perfil de atendimento do hospital em estudo.

Analisando a Tabela 2, o destaque aos domínios Confiança e Profissional reforça a importância do papel do enfermeiro no processo de cuidar, de modo a facilitar e estabelecer vínculo com o paciente. Isto pode resultar em segurança e confiança por parte do mesmo em relação ao profissional e ao cuidado recebido, favorecendo a comunicação com melhoria na qualidade da assistência prestada<sup>(3)</sup>.

Em outra pesquisa, verificou-se que todos os pacientes relataram um nível de satisfação acima da média, com destaque aos domínios confiança e profissional. Dentre as situações avaliadas pelos pacientes com média de até quatro pontos, em uma escala que variava de um a cinco pontos, sete situações foram relacionadas ao domínio confiança, seis ao domínio profissional e apenas duas ao domínio educacional<sup>(9)</sup>.

Autores encontraram, ainda, que pacientes relataram alto nível de satisfação com os cuidados de enfermagem para todos os itens do Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP), cujas médias variaram de 3,2 a 4,0 pontos, numa escala que varia de um (1) a cinco (5) pontos. Destaca-se que, das três situações com maiores médias julgadas pelos pacientes, duas estavam relacionadas ao domínio profissional e uma ao domínio confiança<sup>(10)</sup>.

Utilizando o Instrumento de Satisfação do Paciente para comparar a satisfação do paciente com a assistência de enfermagem entre dois hospitais, um privado (hospital A) e outro público (hospital B), pesquisadores apontaram que todos os pacientes relataram um alto nível de satisfação, sendo as cinco situações com maiores médias relacionadas aos domínios Confiança e Profissional<sup>(3)</sup>.

Em estudo recente, os discursos dos pacientes entrevistados também enfatizaram o domínio profissional, por meio da qual se analisou a competência e a atenção do enfermeiro em relação às demandas, à eficácia e à quantidade dos serviços oferecidos<sup>(11)</sup>.

Um aspecto importante a ser destacado é que os resultados dos estudos mostram que a avaliação do paciente com relação à assistência de enfermagem baseia-se não somente nos procedimentos técnicos, mas também em situações que expressam confiança ou empatia por parte do profissional.

Define-se empatia como interesse e atenção personalizada, a qual é considerada uma dimensão ao usar a escala psicométrica das dimensões de qualidade denominada Service Quality<sup>(8)</sup>.

A partir deste panorama, infere-se que os relacionamentos

estabelecidos entre enfermeiros e pacientes durante o cuidado devem priorizar as dimensões supracitadas, com a certeza de que os usuários valorizam os momentos de atenção, humanização e cuidado individualizado prestado pelos profissionais de enfermagem.

Em outro estudo, um dos critérios de avaliação do comportamento do enfermeiro foi o profissional mostrar-se interessado em ajudar o paciente, configurando assim a empatia como dimensão da satisfação do paciente<sup>(12)</sup>.

Outras pesquisas trouxeram a empatia como dimensão quando aplicaram o Instrumento de Satisfação do Paciente, que contém tais assertivas: o enfermeiro (a) não tem paciência suficiente; o enfermeiro (a) deveria ser mais atencioso (a) do que ele ou ela é; o enfermeiro (a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é<sup>(3), (9), (10)</sup>.

Divergindo do achado da presente pesquisa, autores identificaram os fatores intervenientes nos níveis de satisfação dos usuários em hospital privado, bem como as dimensões com maior escore, as quais incluíram a garantia e a confiabilidade. Em menor escore, encontraram a responsividade e a empatia<sup>(8)</sup>. Outro estudo concluiu que o nível de satisfação geral oscilou em torno de 95%, sendo garantia (96%) e confiabilidade (96%) as dimensões de maior relevância, seguidas da empatia (95%), responsividade (93%) e tangibilidade (88%)<sup>(5)</sup>.

Sobretudo, diante do exposto, percebe-se a predominância dos domínios profissional e de confiança, respectivamente, na satisfação dos pacientes. Esse achado deve contribuir para se repensar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, reavaliando as ações relacionadas à educação em saúde, em especial pelo enfermeiro. O enfermeiro necessita fortalecer atributos que vão além da sua capacidade técnica, enfatizando este aspecto tão inerente à profissão, o papel de educador.

Os resultados apresentados na Tabela 3 mostraram que não houve associação entre as variáveis sociodemográficas e os três domínios, exceto no que diz respeito ao estado civil viúvo e sua relação significativa com o domínio confiança. Porém, não foram encontrados estudos que referiram esta associação entre estado civil e o domínio confiança na satisfação do paciente com a assistência de Enfermagem.

No entanto, em estudo recente, foi encontrado que algumas variáveis de satisfação apresentaram distribuição distinta quando separadas em faixas etárias, rejeitando, dessa forma, a hipótese de que há similaridade da distribuição da satisfação em relação à faixa etária<sup>(7)</sup>.

Em outro estudo, os pacientes que permaneceram internados na unidade de quatro a sete dias relataram maior nível de satisfação com relação ao domínio profissional ( $p=0,034$ ), quando comparados aos pacientes que permaneceram de um a três dias internados<sup>(9)</sup>. Porém esta relação não foi encontrada na presente pesquisa.

É importante ressaltar que pessoas de baixa renda, normalmente, por apresentarem baixa escolaridade e características sociodemográficas semelhantes às encontradas nesta pesquisa não costumam expressar insatisfação com a qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde. Dessa forma, por não possuírem outra opção de internação, sujeitam-se às condições precárias e a muitos problemas, como superlotação dos hospitais. Diante disso, pesquisadores afirmam que os serviços de saúde pública ainda não cumprem o desiderato apontado na Constituição de que é obrigação do Estado oferecer ao cidadão todos os meios para que ele goze de boa saúde, visto que ainda há críticas quanto aos serviços oferecidos à população, como os percebidos pelo estudo<sup>(7)</sup>.

Autoras reiteram, portanto, que é preciso estar sempre em busca de novos conhecimentos, com vistas a qualificar a assistência e

partilhar essas informações com a equipe de trabalho, numa visão voltada para o ser humano. É fundamental a procura de alternativas para aperfeiçoar a assistência ao cliente, fundamentada não apenas no conhecimento técnico-científico, mas também em valores pessoais, compreendendo o verdadeiro significado do cuidado humano<sup>(13)</sup>.

Acrescenta-se que os resultados de satisfação do paciente podem contribuir com o processo de melhoria contínua nos hospitais. Esta melhoria só será obtida por meio da mudança da cultura, dos valores e princípios dentro das organizações, resultando numa clientela efetivamente protagonista do processo de busca da qualidade nos serviços de saúde<sup>(14)</sup>.

Desse modo, é urgente a necessidade de garantir condições de trabalho apropriadas aos enfermeiros, com jornadas exequíveis, menor carga de trabalho e dimensionamento de pessoal adequado, boa remuneração e plano de cargos e carreiras, para que estes consigam desempenhar uma assistência segura e serem reconhecidos não apenas pela competência relacional e humana, mas pela competência técnica e científica da profissão.

## CONCLUSÃO

A avaliação da satisfação do paciente quanto à assistência de enfermagem no hospital selecionado foi considerada boa pela maioria dos pacientes. Todos os domínios da satisfação foram representados

por suas diferentes dimensões, mas com predomínio dos domínios Confiança e Profissional.

No contingente de aspectos relevantes apontados pelos pacientes, os quais coadunaram na análise das dimensões da satisfação, destacaram-se a empatia; a disponibilidade em ajudar; a valorização do paciente como indivíduo e sua dignidade; a agilidade e a desenvoltura no atendimento.

Contudo, apesar dos pacientes entrevistados mostrarem-se satisfeitos com o atendimento de Enfermagem, são observadas várias lacunas que merecem atenção por parte dos profissionais que compõem esta equipe, tais como quantitativo de pessoal e estrutura física adequada.

Portanto, faz-se necessário investimento na equipe de enfermagem, para que o enfermeiro assistencial esteja mais próximo do paciente, que se apresente como o responsável pelos cuidados de enfermagem implementados, que se mostre disponível para tirar dúvidas e esclareça sobre diagnóstico e tratamento; e que proporcione orientações abrangentes e direcionadas às necessidades dos pacientes, desde a admissão à alta hospitalar. Assim, desenvolverão competências para uma Enfermagem centrada no paciente, inserindo-os como sujeitos ativos no cuidado e obtendo maiores níveis de satisfação pelo trabalho prestado.

## Referências

1. Cintra EA, Pinto AC, Sousa EO, Rosa EV, Lima IA, Rodrigues SO. Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. *J Health Sci Int.* 2010;28(1):29-34.
2. Polizer R, D'Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(4):548-51.
3. Oliveira AML, Guirardello EB. Satisfação do paciente com cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(1):71-7.
4. Dias OV, Ramos LH, Costa SM. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. *Revista Pró-universUS.* 2010;1(1):11-26.
5. Cruz WBS, Melleiro MM. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):147-53.
6. Carmagnani MIS, D'innocenzo M, Labbadia LL, Grande NS, Fogliano RRF. Avaliação da satisfação do paciente atendido no Hospital São Paulo. *RAS.* 2008;10(39):61-4.
7. Schmidt SMS, Müller FN, Santos E, Ceretta PS, Garlet V, Schmitt S. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. *Saúde Debate.* 2014;38(101):305-17.
8. Pena MM, Melleiro MM. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):197-203.
9. Dorigan GH, Guirardello EB. Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):500-5.
10. Odicino NG, Guirardello EB. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):682-90.
11. Barbosa TLA, Gomes LMX, Dias OV. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. *Cogitare Enferm.* 2011;16(1):29-35.
12. Fonseca SM, Gutierrez MGR, Adami NP. Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(5):656-60.
13. Ramos DKR, Mesquita SKC, Galvão MCB, Enders BC. Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. *Enfermagem em Foco.* 2013;4(1):41-4.
14. Lopes JL, Cardoso MLAP, Alves VLS, D'Innocenzo M. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(2):136-41.

# Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva

Recebido em: 25/09/2013  
Aprovado em: 14/08/2014.

Glébia Keila da Cunha Silva<sup>1</sup>  
Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino<sup>2</sup>  
Márcia Teles de Oliveira Gouveia<sup>3</sup>  
Maria Zélia De Araujo Madeira<sup>4</sup>  
Francinete Paula Dantas Avelino<sup>5</sup>

**Resumo:** Estudo descritivo-exploratório, transversal, com amostra de 33 enfermeiros, objetivou verificar a ocorrência da síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva. Foram aplicados questionários dos dados sociodemográficos e o Maslach Burnout Inventory. Dos participantes, 43% apresentaram baixo nível de exaustão emocional, 52% baixo nível de despersonalização, 49% demonstraram satisfação moderada no trabalho e em 6% foi diagnosticado o burnout. Concluiu-se que a ocorrência da síndrome nos enfermeiros é sutil, pois para diagnosticá-la deve-se obter nível alto para exaustão emocional e despersonalização, e nível baixo para realização profissional.

**Descritores:** Síndrome de burnout, Unidade de terapia intensiva, Enfermagem.

## Burnout syndrome in nurses working in intensive care unit

**Abstract:** A descriptive and exploratory study, cross-sectional with the sample of 33 nurses with the objective to determine the occurrence of burnout in nurses working in intensive care unit. We used the questionnaires of sociodemographic data and the Maslach Burnout Inventory. Among the participants, 43% of nurses showed low level of emotional exhaustion, 52% low level of depersonalization, 49% showed moderate satisfaction at work and 6% were diagnosed with burnout. We concluded that the occurrence of burnout in nurses is subtle, because to diagnose it should get high to emotional exhaustion and depersonalization, and low for professional achievement.

**Descriptors:** Burnout syndrome, Intensive care unit, Nursing.

## Síndrome de Burnout en enfermeros que trabajan en la unidad de cuidados intensivos

**Resumen:** Estudio descriptivo y exploratorio, transversal muestra de 33 enfermeros, con el fin de verificar la ocurrencia de burnout en enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados intensivos. Los cuestionarios se utilizan para los datos demográficos y el Inventario Burnout de Maslach. Entre los participantes, el 43% de las enfermeras tenían bajos niveles de agotamiento emocional, 52% bajo nivel de despersonalización, el 49% mostró una moderada satisfacción en el trabajo y en el 6% fue diagnosticado agotamiento. Se concluyó que la aparición del síndrome en enfermeros es sutil, porque el diagnóstico se debe drogarse hasta el agotamiento emocional despersonalización, y el bajo nivel de logro profesional

**Descritores:** Síndrome de Burnout, Unidad de Cuidados Intensivos, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico, sócio-cultural e as conseqüências da globalização econômica geram benefícios ao mundo moderno e, em contrapartida, trazem profundas mudanças no comportamento biopsicossocial do ser humano. As profissões humanas exigem do trabalhador cada vez mais responsabilidades e novos conhecimentos tecnológicos, adequados à ambientes de trabalhos também modificados<sup>(1)</sup>.

A organização do trabalho exerce sobre o homem um impacto no aparelho psíquico que, em certas condições, emergem sofrimentos relacionados a sua história individual. Essas exigências podem superar o limite do homem, induzindo-o ao estresse. E os desgastes a que as pessoas podem obter no ambiente e relações de trabalho implicam em fator categórico de doenças<sup>(2,3)</sup>.

A síndrome de burnout vai além do estresse, sendo encarada como uma reação ao estresse crônico<sup>(4)</sup>.

A síndrome de Burnout começou a ser divulgada de forma

inédita a partir de 1974 com o psicanalista Herbert J. Freudenberger, que a apresentou como um sentimento negativo, de fracasso e de exaustão conseqüentes do excessivo desgaste de energia e de recursos<sup>(5)</sup>.

Após Freudenberger, Christina Maslach foi outra precursora dos estudos referentes à síndrome de burnout em profissionais que trabalham intensamente com recursos humanos como: médicos, enfermeiros, advogados, professores dentre outros. Assim, Freudenberger e Christina Maslach são reconhecidos como os teóricos mais importantes no que diz respeito à síndrome de burnout<sup>(6)</sup>.

No Brasil, foi mencionada pela primeira vez em 1987, sendo posteriormente incluída na lista de doenças relacionadas ao trabalho na Classificação Internacional das Doenças (CID-10) no Grupo V (Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionado ao Trabalho), com o código Z73<sup>(7)</sup>,<sup>(5)</sup>.

Definida como uma das conseqüências mais acentuadas do estresse profissional, a síndrome de burnout apresenta três

<sup>1</sup>Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Piauí UFPI. glebiakeila@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ. Coordenadora do curso de enfermagem da UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem da USP. Docente da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde da UNICAMP. Docente da UFPI.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestre. Docente da UFPI.

dimensões sintomatológicas: (1) exaustão emocional, em que o indivíduo revela inicialmente um forte abalo físico, psíquico e emocional; (2) a despersonalização que mostra um profissional frio e insensível ao sofrimento do próximo e (3) a baixa realização profissional manifestando-se como uma insatisfação e desânimo no que faz, comprometendo assim a eficiência, a habilidade de realizar tarefas e a adequação à organização do trabalho<sup>(8), (9)</sup>.

Os sintomas da síndrome de Burnout podem ser expostos em quatro grupos: físicos (fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores osteomusculares, perturbações gastrointestinais, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais), psíquicos (falta de atenção e concentração, alterações de memória, impaciência, sentimento de insuficiência, baixa auto-estima, labilidade emocional, depressão), comportamentais (negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade de relaxar, perda da iniciativa, comportamento de alto risco, suicídio, desconfiança e paranóia) e defensivos (tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho, absenteísmo, ironia, cinismo)<sup>(10), (6)</sup>.

As conseqüências da síndrome são severas e em muitos casos irreversíveis. Em alto nível o Burnout faz com que os profissionais desejem um curto tempo de trabalho, longo período de férias ou até mesmo a demissão<sup>(11)</sup>.

Entre os fatores vinculados ao desenvolvimento da síndrome de Burnout estão: necessidade de reconhecimento, subvalorização profissional, necessidade de superação profissional, sobrecarga de trabalho; necessidade de trabalho em equipe, necessidade de autonomia e características da tarefa ou rotina de trabalho<sup>(2)</sup>.

Relacionada com a exposição prolongada aos elementos facilitadores do estresse laboral e a ausência de apoio social ocasionando danos físicos e psíquicos ao trabalhador, a síndrome de Burnout atinge distintas categorias profissionais, principalmente os que requerem maior contato interpessoal. Conforme o Health Education Authority a enfermagem é classificada em quarto lugar como a profissão mais estressante em âmbito público<sup>(12), (13)</sup>.

Destaca-se que o estresse possui elevada correlação com o termo burnout, entretanto enquanto o primeiro possui aspectos positivos e negativos, o segundo restringe-se aos aspectos negativos, sendo de caráter crônico, inadaptativo desencadeado lentamente de modo progressivo e cumulativo. Tais semelhanças dificultam o diagnóstico preciso, implicando em tratamentos inadequados e na piora do quadro<sup>(3)</sup>.

O estudo da síndrome de Burnout é de grande relevância para a saúde do trabalhador visto que pode causar modificações significativas nos profissionais comprometendo sua vida pessoal e seu trabalho. Em razão das altas demandas físicas e emocionais associadas ao ambiente de trabalho, as enfermeiras representam grupo ocupacional especialmente exposto a sofrer a síndrome de Burnout<sup>(14)</sup>.

Desta forma este estudo objetiva verificar a ocorrência da síndrome de burnout em enfermeiros que prestam assistência a pacientes internados nas unidades de terapias intensivas (UTI) dos hospitais de ensino da cidade de Teresina, Piauí.

## MÉTODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa do tipo corte transversal, realizado em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de quatro hospitais de ensino da cidade de Teresina, referências na prestação de serviços de alta e média complexidade em saúde.

A população do estudo consistiu de 40 enfermeiros que exerciam ativamente suas funções nos locais de pesquisa; perfazendo uma amostra final de 33 profissionais que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por envolver seres humanos, foi necessária a avaliação ética deste trabalho, em cumprimento às determinações éticas previstas conforme a Resolução nº. 196/96, que adota como diretrizes os princípios fundamentais da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça<sup>(15)</sup>.

Entre os critérios de inclusão destacam-se: disponibilidade para participar deste estudo, ser enfermeiro e estar exercendo ativamente suas funções nos locais de estudo com tempo mínimo de 01(um) ano de atuação em UTI.

Os dados foram coletados, logo após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI), CAAE nº 0408004500010 e das quatro instituições hospitalares onde foi executada a pesquisa, ocorrendo durante os meses de março a maio de 2011.

Utilizou-se o questionário proposto por Benevides-Pereira (2002), que armazenou dados demográficos e profissionais e os adicionou ao instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI), composto por 22 questões. A síndrome de burnout segundo o manual do MBI é diagnosticada no indivíduo por meio da obtenção de nível alto para exaustão emocional e despersonalização e nível baixo para realização profissional. Sendo assim, o ajuste do profissional nesses três aspectos define a manifestação da doença. E o somatório das três dimensões resulta na classificação dos níveis da síndrome de Burnout.<sup>(10), (16)</sup>

Os dados dos questionários foram processados através do programa SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

A pontuação dos itens pesquisados em relação ao questionário do MBI adotou uma escala do tipo Likert que varia de 0 a 6 pontos, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias. Os valores do somatório obtidos pelo MBI foram comparados com os da referência do Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de Burnout (NEPASB) e obteve-se conseqüentemente a classificação do nível da síndrome.

Dimensões	Questões	Padrão de Pontuação		
		Nível alto	Nível médio	Nível baixo
Exaustão emocional	1 a 9	26	16-25	15
Realização pessoal	10 à 17	43	34-42	33
Despersonalização	18 à 22	9	3-8	2

Fonte<sup>10</sup>.

**Quadro 1.** Padrão de pontuação para diagnóstico das dimensões da síndrome de Burnout pelo Maslach Burnout Inventory (MBI), 2008.

**TABELA 1** - Distribuição da amostra segundo características sócio-demográficas. Teresina (PI), 2011.

Variável	N	%	
Sexo	Feminino	31	94
	Masculino	2	6
Faixa Etária	22-40	21	64
	41-62	12	36
Estado Civil	Solteiro	12	36
	Casado	17	52
Filhos	Divorciado/ Separado	4	12
	Sim	23	70
Vínculo Empregatício	Não	10	30
	Estatutário	24	73
Carga Horária Semanal	Temporário	3	9
	Carteira assinada/Outro	6	18
Atividade Física	20-40	29	88
	44-66	4	12
Total	Sim	18	55
	Não	15	45
	<b>33</b>	<b>100</b>	

Fonte: Pesquisa direta.

Constatou-se a prevalência do sexo feminino (94%), com idades entre 22 a 40 anos (64%) e 41 a 62 anos (36%). Essa proporção em relação ao sexo era esperada, pelo fato da própria categoria profissional de enfermagem ser composta, sobretudo por mulheres<sup>(17)</sup>. Quanto à idade, estudos relacionam que o aumento da faixa etária em anos é um fator que contribui para a redução da manifestação da síndrome de Burnout por acreditarem que os profissionais possuem certa maturidade alcançada pelas experiências e qualidade no trabalho<sup>(9), (8), (18)</sup>.

Em relação ao estado civil predominou a porcentagem de casados (52%), seguidos pelos solteiros (36%) e 70% da amostra relataram ter filhos. A existência de relação matrimonial e filhos possui uma menor correlação ao surgimento da síndrome de Burnout<sup>(5), (9), (16)</sup>.

Quanto ao vínculo empregatício 73% afirmaram ser estatutários. Dos profissionais pesquisados nota-se que a maioria (88%) possuía carga horária de trabalho entre 20 a 40 horas semanais. O excesso de horas de trabalho é apontado como um dos fatores responsáveis pela manifestação dos sintomas da síndrome de Burnout<sup>(13)</sup>.

Na tabela 1 observou-se que, 55% dos enfermeiros praticavam algum tipo de atividade física. A respeito da atividade física a literatura reconhece que os exercícios auxiliam na redução de tensões diminuindo o estresse e atuando na manutenção da condição de saúde no trabalho<sup>(10), (16)</sup>.

Através da aplicação do instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI) foi possível detectar a ocorrência da síndrome de Burnout em 2 enfermeiros, correspondendo a um percentual de 6%.

A Tabela 2 mostra o nível das dimensões da síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes nas unidades de terapia intensiva.

**TABELA 2** - Distribuição por nível das dimensões da síndrome de Burnout conforme MBI. Teresina (PI), 2011.

Nível	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização profissional	
	N	%	N	%	N	%
Alto	9	27	5	13	11	33
Médio	10	30	11	33	16	49
Baixo	14	43	17	52	6	18

Fonte: pesquisa direta.

Verificou-se que, em consonância com a tabela 2, do grupo de 33 enfermeiros pesquisados: a exaustão emocional apresentou nível médio a baixo (73%), a despersonalização prevaleceu em nível médio a baixo (85%), enquanto a realização profissional apresentou nível médio a alto (82%).

Esses dados mostram que a maioria dos enfermeiros, possui baixo e médio nível para exaustão emocional, em concordância com um estudo realizado em uma equipe de resgate pré-hospitalar do município de São Paulo que apontou 76,47% dos profissionais com baixo e médio nível para essa dimensão de Burnout<sup>19</sup>.

Quanto à despersonalização nota-se que a maioria dos enfermeiros apresentou nível baixo (52%), resultado compatível com estudo envolvendo enfermeiros no Rio Grande do Norte, que apresentaram 66% profissionais com baixo nível de despersonalização<sup>20</sup>.

Acerca da realização profissional, 49% dos enfermeiros mencionaram estar satisfeitos de forma moderada com seu trabalho e 33% mostraram alta satisfação. Totalizando 82% dos profissionais com nível médio e alto de realização profissional. Em um estudo semelhante, 58,62% dos trabalhadores de enfermagem apresentaram nível alto e 24,13% nível médio para essa dimensão, obtendo-se uma soma de 82,75% dos enfermeiros com média e alta realização profissional<sup>7</sup>.

A respeito dos sintomas somáticos decorrentes do trabalho, detectou-se que os mais frequentes foram: dores nos ombros ou nuca (86%), cefaléia (71%), pouco tempo para si mesmo (67%), dificuldade de memória e concentração (57%), cansaço mental (57%), irritabilidade fácil, fadiga generalizada e perda de senso de humor (52%). Os sintomas com maior percentual citados se enquadram nos quatro grupos: físico, psíquico, comportamental e defensivo referidos por Benevides-Pereira (2002) caracterizando a sintomatologia mais frequente nos profissionais propensos a obtenção da síndrome de Burnout.

Ao correlacionar os dados sociodemográficos dos enfermeiros à presença da síndrome de Burnout, observou-se que ambas eram do sexo feminino, com faixa etária entre 22 a 40 anos, sem filhos, sendo uma casada e a outra solteira. Quanto à atividade física ambas praticavam exercícios. Dessa forma, os resultados exibidos apresentam-se condizentes com a literatura<sup>(8), (9), (10), (16), (18)</sup>.

## CONCLUSÃO

A partir da investigação realizada pode-se concluir que a síndrome de Burnout acontece de forma discreta em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nos quatro hospitais de ensino no município de Teresina, Piauí. Entretanto ressalta-se a presença de sintomas somáticos em grande parte dos profissionais; o que se traduz em afecções físicas e psicológicas importantes.

Diante da presença da síndrome de Burnout em enfermeiros de unidades fechadas e complexas, ressalta-se a necessidade



de estudos voltados para melhor compreensão da doença quanto ao seu significado, sintomatologia e tratamento além de estimular a atenção dos profissionais da UTI para os fatores de risco aos quais estão expostos no ambiente de trabalho.

Destaca-se que o tratamento da síndrome de Burnout consiste em acompanhamento psicoterápico e farmacológico, associado a intervenções psicossociais. Entretanto faz-se mister a adoção

de medidas de prevenção e promoção da saúde ocupacional, como a diversificação de rotinas de trabalho, a prevenção do excesso de horas extras e/ou a sobrecarga de atividades, suporte social aos funcionários, melhores condições sociais e físicas do ambiente de trabalho e investimento no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores

## Referências

- 1 Leitão IMTA, Fernandes AL, Ramos IC. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saúde*. 2008. 7: 476-84.
- 2 Veja ML, Pérez IG, Amador YC. Uso el método cualitativo en e estudio el Burnout. *Thompson Psicologia*. 2003.1.
- 3 Magalhães AB. A síndrome de burnout no contexto hospitalar pediátrico [Dissertação]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2006.
- 4 Moraes MVG. Doenças ocupacionais-agentes: físico, químico, biológico, ergonômico. São Paulo: Iatria, 2010.
- 5 Campos RG. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
- 6 Lima CF. Síndrome de burnout e autoeficácia: um estudo com profissionais de enfermagem de hospitais privados de Natal/ RN [Dissertação]. Natal: UFRN; 2009.
- 7 Fascina LP, Guimarães CPA, Hidaka KS, Mekler PL, Rezende F. Avaliação do nível da síndrome de burnout na equipe de enfermagem da UTI adulto. Pesquisa realizada como parte de programação científica, São Paulo, 2007.
- 8 Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte na região sul do Brasil. *Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública*. 2009. 25(7): 1559-68.
- 9 Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de um hospital universitário. São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2009. 22(2):192-7.
- 10 Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT (Org.) *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. 3ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2008; 21-92.
- 11 Nobrega-Therrien SM, Almeida MI. Temas em saúde da família: diversidades de saberes e práticas profissionais fundamentadas na pesquisa. Fortaleza: Eduece; 2006.
- 12 Trindade LL, Lautert L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 274-9.
- 13 Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* [on line]. [acesso em 15/06/2011]. 2005; 13(2): 255-61. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019>.
- 14 Díaz-Rodrigues L, Arroyo-Morales M, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Polley M, Fernández-des-las-Peñas C. Uma sessão de reiki em enfermeiros com síndrome de burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. *Rev Latino-Am Enferm* [online]. [acesso em 10/06/2011]. 2011, 19(5): 1132-8. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/50104-11692011000500010>.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002.
- 16 Menegaz FDL. Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública [dissertação]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
- 17 Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud*. [on line] [acesso em 09/06/2011]. 7(1) 3-10. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000100003>.
- 18 Kebian LVA, Furtado CMSC, Paulino EFR. A síndrome de burnout nos estudos de enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Revista Corpus et Scientia*. Rio de Janeiro. 2010. 6(2): 51-61.
- 19 Bezerra RP, Beresin R. A síndrome de burnout em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar. *Einstein*. 2009. 7(3): 351-6.
- 20 Lima CF. Síndrome de burnout e autoeficácia: um estudo com profissionais de enfermagem de hospitais privados de Natal/ RN. 2009. 125f. [Dissertação] - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2009.

# Violência cometida contra mulheres: necessidades humanas básicas (NHB) e os cuidados de enfermagem

Recebido em: 21/02/2013  
Aprovado em: 16/05/2014

Vera Lucia de Azevedo Lima<sup>1</sup>  
Andrey Ferreira da Silva<sup>2</sup>  
Elane Borges do Rosário<sup>3</sup>

**Resumo:** O estudo tem como objetivo conhecer as necessidades humanas básicas comprometidas das mulheres vítimas de violências atendidas na Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM) do município de Belém - PA - Brasil. Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. As mulheres apresentaram as necessidades humanas básicas psicobiológicas e psicossociais comprometidas pela violência. A enfermagem deve identificar, diagnosticar, cuidar, notificar os casos de violência além de elaborar as ações educativas para diminuir e prevenir à violência contra a mulher para não chegar ao grau máximo, que é a morte

**Descritores:** Violência, Mulher, Cuidados de Enfermagem.

## Violence committed against women: Basic Human Needs (BHN) and nursing care

**Abstract:** The study aims to meet the basic human needs of committed women victims of violence attending the Specialized Police Service Women and propose nursing care. Descriptive exploratory study with a quantitative approach. Women had the basic human needs psychobiological and psychosocial compromised by violence. Nursing must identify, diagnose, care for, and report cases develop educational activities to reduce and prevent violence against women not to reach the maximum level, which is death.

**Descriptors:** Violence, Women, Nursing.

## Violencia contra las mujeres: necesidades humanas básicas (BHN) y la atención de enfermería

**Resumen:** El estudio tiene como objetivo satisfacer las necesidades humanas básicas de las mujeres víctimas de violencia cometidos que asisten a las mujeres policía especializada de servicios y proponer cuidados de enfermería. Estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo. Las mujeres tenían las necesidades humanas básicas psicobiológicas y psicossociales comprometidos por la violencia. Enfermería debe identificar, diagnosticar, cuidar, y notificar los casos el desarrollo de actividades educativas para reducir y prevenir la violencia contra las mujeres no alcancen el nivel máximo, que es la muerte.

**Descriptor:** Violencia, Mujeres, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno que atinge mulheres de todas as classes sociais, grupos étnicos, em todos os países, em seu ambiente familiar e, impiedosamente, com maior hostilidade, os indivíduos mais indefesos da sociedade. Sendo a mulher a maior vítima, por conta de uma cultura patriarcal reproduzida pela sociedade, onde o homem é considerado um ser superior por sua virilidade, coragem, agressividade e principalmente por ser considerado o provedor do lar, logo a mulher é considerada um ser frágil estando sempre associado aos afazeres domésticos e a educação dos filhos<sup>(1), (2)</sup>.

O fenômeno da violência se desvela nas relações conjugais repercutindo na saúde da mulher, da família, na produtividade econômica do país relacionada à assistência a saúde e ao atendimento prestado pela justiça, apesar disso observa-se dificuldade no combate a violência por conta da mesma ser uma questão cultural e de gênero<sup>(3)</sup>.

No contexto familiar a violência contra a mulher é considerada normal, transformando-se em um problema difícil de cuidar e de notificar, sendo visível a decepção da mulher durante o atendimento pela falta de capacitação dos profissionais da área da saúde<sup>(4)</sup>.

Os cuidados as mulheres vítimas de violência devem ser planejado para promover segurança, acolhimento, respeito

e satisfação das necessidades individuais usando sempre instrumentos que promovam higiene e também respeito<sup>(5)</sup>.

A partir dessa perspectiva a enfermagem deve observar a vítima de uma forma holística, de modo a desenvolver ações que venham atentar para as necessidades humanas básicas comprometidas, que são estados de tensões que se manifestam a partir de um desequilíbrio homeodinâmico dos fenômenos vitais<sup>(6)</sup>, fazendo assim da violência contra a mulher uma fonte de desequilíbrio das Necessidades Humanas Básicas psicobiológicas, psicossociais e espirituais.

No Brasil tem-se observado um crescimento desordenado da violência contra a mulher, como forma de coibir a violência doméstica e de gênero, foi editada e sancionada a Lei nº 11.340/2006 de 7 de agosto de 2006, denominada Maria da Penha<sup>(7)</sup>. No município de Belém, de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, aproximadamente 22.222 mulheres em situação de violência buscaram ajuda na Delegacia da Mulher<sup>(8)</sup>.

Por conta do crescente aumento do número de mulheres vítimas de violência na região norte e por ser considerada um fenômeno agravante dos problemas sociais e da saúde. A violência contra as mulheres não pode ser desconhecida dado à magnitude, transcendência e vulnerabilidade do fenômeno. Diante deste cenário, o estudo tem como objetivo conhecer as necessidades humanas básicas comprometidas das mulheres

<sup>1</sup>Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências de Saúde/UFPA. Membro do Grupo de Pesquisa EPOTEA.

<sup>2</sup>Acadêmico do Curso de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Instituto de Ciências de Saúde. Bolsista PIBIC/UFPA.

<sup>3</sup>Acadêmica do Curso de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Instituto de Ciências de Saúde. Bolsista PIBIC/UFPA.

vítimas de violência atendida na Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM) do município de Belém - PA.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Foram entrevistadas 300 mulheres vítimas de violência atendidas na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), no período de 1 de julho a 31 de dezembro de 2011. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro sistematizado com as seguintes variáveis: identificação; tipo de violência; natureza da lesão; parte do corpo atingida; meio utilizado pelo agressor; local da ocorrência da violência; grau de parentesco do causador da violência contra a mulher e identificação de suas Necessidades Humanas Básicas comprometidas com a violência. Foram incluídas na pesquisa mulheres vítimas de violência residentes em Belém com boletim de ocorrência na DEAM independente de sua faixa etária. Os dados foram agrupados, tabulados e analisados por meio da estatística descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 300 mulheres vítimas de violência que buscaram atendimento na Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher, 23,00% estavam na faixa etária entre 26 a 30 anos, 78,00% solteiras, 33,67% com o ensino fundamental incompleto, 29,00% do lar, 67,00% católicas, 47,00% sofreram agressão física e psicológica, 49,44% foram agredidas na cabeça/face, 44,67% foram agredidas pelo seu ex-companheiro e 76,33% dos casos ocorreram dentro do lar.

Uma pesquisa realizada no período de 2004 a 2007 revelou que as mulheres casadas ou com união estável vítimas de violência, na faixa etária entre 20 e 39 anos na fase produtiva para o trabalho e reprodutiva<sup>(9)</sup>.

Em Recife, um estudo aponta maior frequência de casos de violência em mulheres que apresentam entre zero a oito anos completos de estudos<sup>(10)</sup>, além disso, A dependência financeira é tida como uma das principais causas de aumentos de violência no âmbito familiar, isso se reflete principalmente por conta de grande parte das mulheres em situação de violência não ter dependência financeira e falta de emprego onde são obrigadas a depender da vontade do homem.

Um estudo realizado em Curitiba no período de 1993 a 2007 revelou que a violência física atingiu 57,97% dos casos avaliados seguida da violência psicológica em 16,96%, as violências contra a mulher foram perpetradas por parceiros íntimos<sup>(11)</sup>. Outro estudo realizado em Brasília no ano de 2007 com 278 mulheres revelou que os socos e arremessos de objetos tiveram maior prevalência entre os atos de violência, ao mesmo tempo uma em cada 4 entrevistadas relataram ameaças ou lesões por arma branca ou de fogo<sup>(12)</sup>.

Em Minas Gerais, as mulheres vítimas de violência atendida nos serviços de saúde, 39,1% das mulheres foram agredidas na face/pescoço o que ocasiona humilhação às vítimas por conta da exposição de sua imagem<sup>(13)</sup>.

O ex-conjuge é tido como o agressor por não aceitar o fim do relacionamento ou que a sua ex-companheira esteja tendo outro relacionamento, no entanto, em pesquisa na região metropolitana do Recife<sup>(14)</sup>, constatou-se que a maioria das mulheres foi agredida ou perderam suas vidas pelas mãos de seus companheiros, parceiros e cônjuges, além disso, a escolha da residência como local de ocorrência da violência se justifica pelo fato de ser um local em que as pessoas não vão interferir,

além disso, o agressor conta com o medo e a vergonha da mulher em denunciá-lo.

Sendo um problema de saúde a violência traz desequilíbrios na qualidade de vida e no bem estar das mulheres vítimas de violência comprometendo as Necessidades Humanas Básicas as quais discutiremos a seguir.

Necessidades Humanas Básicas comprometidas de mulheres vítimas da violência atendidas na DEAM.

Quando perguntado as mulheres vítimas de violência sobre as possíveis alterações em seu sono e repouso, 54% informaram que dormem e repousam de 5 a 7 horas ao dia como mostra a tabela 1.

A necessidade de sono e repouso se define como um estado de bem estar, isento de sentimentos de ansiedade ou de medo, sendo também a regeneração do processo do organismo. Quando uma pessoa tem essa necessidade alterada por algum motivo, inclusive pela violência, a mesma tende a ter sua energia diminuída e ocasionalmente depressão, ansiedade e medo<sup>(15)</sup>.

**Tabela 1** – Horas de sono e repouso das mulheres vítimas de violência atendida na Delegacia Especializada de Atendimento a mulher no período de 1 de julho a 31 de dezembro de 2011, no município de Belém-Pa.

Horas de sono	Nº	%
1 a 2	23	7,67
3 a 4	90	30,00
5 a 7	162	54,00
8 a 10	25	8,33
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,00</b>

Fonte: DEAM, 2011

Observou-se durante a entrevista que 27,00% das mulheres apresentavam hematomas, 13,33% equimoses, 7,00% hematomas e equimoses. As marcas causadas por lesões afetaram a integridade cutânea mucosa, deixando marcas aparentes. Grande parte dos autores revela que a violência geralmente manifesta-se por meio da agressão física, ocasionando marcas evidentes na pele, em seguida para o cerceamento da liberdade individual da vítima expondo a vergonha e ao constrangimento.

A necessidade sensorial é um componente vital para o ser humano, responsável pela captação de informações sobre o ambiente, as principais são a percepção visual e auditiva. Foi evidenciado que a mulher vítima de violência apresenta alteração no estímulo de percepção dos órgãos.

Com relação às necessidades sexuais das mulheres vítimas de violência, 65% referiram não sentir vontade de manter relações com seus companheiros. Em uma revisão da literatura constatou-se a partir de uma análise interpretativa, que 21,7% das mulheres entrevistadas negavam ter satisfação sexual<sup>(16)</sup>.

A necessidade sexual é um componente crítico e necessária ao bem-estar geral, a mulher cometida pela violência, principalmente a sexual enfrenta dificuldades em se relacionar sexualmente por conta de medos criados com a situação de violência.

Durante as entrevistas, 37,67% das mulheres vítimas de violência apresentavam ansiedade, 29,33% estavam tristes e ansiosas, 4,67% estavam tristes e chorosas (tabela 2).

**Tabela 2** – Avaliação da auto-estima das mulheres vitima de violência atendida na Delegacia Especializada de Atendimento a mulher no período de 1 de julho a 31 de dezembro de 2011 no município de Belém.

Auto-estima	Nº	%
Tristeza	42	14,00
Choro	3	1,00
Ansiedade	113	37,67
Triste/Ansie.	88	29,33
Triste/Choro	14	4,67
Todas citadas	27	9,00
Normal	13	4,33
Total	300	100,00

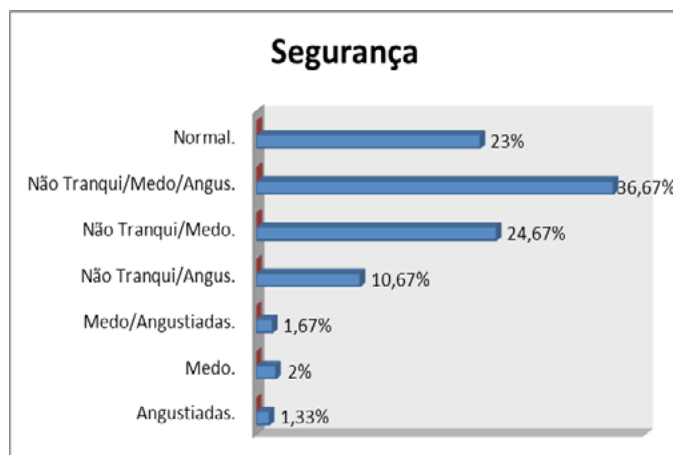
Fonte: DEAM, 2011

A autoestima é um sentimento pessoal, caracterizado por um conceito dinâmico que envolve mudanças diferenciadas para cada individuo, o nível de auto-estima de uma pessoa influencia em fenômenos diversos, como a habilidade de uma pessoa em formar relacionamentos interpessoais<sup>(17)</sup>.

Das entrevistadas, 42,33% estavam despenteadas e desarrumadas, 31% estavam despenteadas, a perda da vontade do autocuidado afeta diretamente na auto-imagem refletindo pelo momento e sofrimento pela qual a mulher passa. As necessidades de estima expressam o desejo de alcançar uma auto-avaliação estável, sua satisfação conduz a sentimentos de autoconfiança, porém, a insatisfação dessas necessidades produz o sentimento de inferioridade<sup>(18)</sup>.

A necessidade de segurança emerge quando as necessidades fisiológicas tenham sido satisfeitas até certo ponto, sendo representado como uma ponte ou transição para necessidades de nível mais elevado. Se o individuo satisfaz sua necessidade de segurança, surgem necessidades de amor e de pertencente a um grupo<sup>7</sup>. A aceitação de pessoas em grupos diz respeito à gregária, uma necessidade comum a todos os seres humanos<sup>18</sup>.

Mediante a violência essas necessidades sofrem alterações ocasionadas pela rejeição, das mulheres entrevistadas, 77% referiram insegurança por conta da violência.



**Figura 1** – Avaliação da segurança das mulheres vítimas de violência atendida na Delegacia Especializada de Atendimento a mulher no período de 1 de julho a 31 de dezembro de 2011, no município de Belém.

Com relação ao amor da mulher pelos parceiros, 86,33% das

mulheres informaram não amar e nem se sentir amada pelo seu agressor, 9% disseram amar seu agressor e 4,67% amadas pelos parceiros. Quando perguntado a aceitação das mulheres na sociedade, 43% disseram ter sofrido pré-conceito por conta da violência sofrida. Quando as necessidades sociais não estão satisfeitas a uma resistência social, fazendo com que o ser se torne hostil com relação às pessoas que a cercam, conduzindo a uma solidão<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO

As mulheres vítimas de violência que buscaram atendimento na DEAM, estavam na faixa etária entre 26 a 30 anos, solteiras, sofreram agressão física e psicológica, foram agredidas na cabeça/face pelo seu ex-companheiro. As NHBs psicobiológicas e psicossociais das mulheres foram comprometidas pela violência como integridade cutânea mucosa, autoestima, autoimagem, gregária e a sexual.

Na atualidade o aumento da violência contra a mulher é um problema social e da saúde da mulher. As complicações desse evento fazem com que a violência contra a mulher seja observada como uma situação incomum.

Infelizmente esse contexto violento está presente em muitos cenários familiares, contribuindo para a construção de um fator geracional da violência que passa de pai para filho traduzindo assim a construção de uma geração violenta.

Como podemos observar nesse contexto a uma ausência de diálogo, postura exacerbada de dominação por parte do companheiro, exigência de obediência pela mulher, sem questionamento de suas necessidades e de seus direitos associado à falta de perspectivas de mudança, parece ser o fermento para práticas de violência psicológica e física.

Mediante esse problema de saúde pública, cabe a enfermagem a investigação, notificação e tratamento das necessidades humanas básicas comprometidas com a violência, pois os resultados mostram o comprometimento de todas.

Cuidar do ser humano em sua totalidade inclui elaborar e aplicar medidas de promoção e prevenção que podem ser potencializadas pela educação permanente, com esclarecimentos sobre os direitos e prerrogativas das vítimas. Sobretudo, assegurar que toda mulher, independente de classe, raça, etnia, religião, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade, goze dos direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana.

**AGRADECIMENTOS:**

A Dra. Alessandra do Socorro da Silva Jorge Diretora da Divisão Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) - Belém-Pará pelo apoio e colaboração na realização desse estudo.

As todas as mulheres que direta e indiretamente contribuíram que aceitaram participar do estudo com a finalidade reflexão e discussão da temática buscando ações para redução desse evento que traz conseqüência gravíssima para a mulher para a família e para a sociedade.

**Referências**

1. Santos MEA. Trabalho e violência em adolescentes estudantes: uma contribuição do enfermeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
2. Gomes NP, Diniz NMF, Araujo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul. Enferm.* 2007; 20(4):504-8.
3. Gomez NP, Diniz NMF. Homens desvelando as formas de violência. *Acta. Paul. Enferm.* 2008;21(2):262-67.
4. Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008; 42(3):467-73.
5. Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimundo ML. O cuidado de enfermagem a vítima de violência doméstica. *Congitare enferm.* 2009;14(4):755-9
6. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
7. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006 (BR). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. *Diário Oficial da União [periódico na internet]* Ago. 08, 2006. nº 000001, Seção 1.
8. Gomez NP, Diniz NMF. Homens desvelando as formas de violência. *Acta. Paul. Enferm.* 2008;21(2):262-67.
9. Frank S, Coelho ES, Boing A. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. *Pan AM. J. public health.* 2010;27(5):376-81.
10. Silva MA, Neto GHF, Figueroa JN, Filho EC. Violência Contra a Mulher: Prevalência e fatores associados a pacientes de um serviço público de saúde no nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(2):264-72.
11. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadoli D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria 2010. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2010;44(1):126-133.
12. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública.* 2009;43(6):944-53.
13. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Rep. Public health.* 2008;24(11):2551-63.
14. Melo ZM, Silva DM, Caldas MT. Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana de Recife. *Psico. Estud.* 2009;14(1).
15. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos da enfermagem, 5ª Edição*, Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2004.
16. Cruz, I CF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem: [revisão]. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 38(4):448-457, dez 2004.
17. Sampaio, JR. O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. *Rev. Adm., São Paulo*, v.44, n.1, p.5-16, jan./fev./mar. 2009 [Disponível em] [WWW.gerenciamento.ufba.br/disciplinna/lideram%c3%a7%3%20](http://WWW.gerenciamento.ufba.br/disciplinna/lideram%c3%a7%3%20)
18. Regis, LFLV. Porto, IS. A equipe de enfermagem e Maslow (IN)satisfações no trabalho. *Rev. Brás. enferm;* 59(4):565-568, jul.-ago. 2006. [Disponível em ] [WWW.scielo.br/scielloss.php?script=sc](http://WWW.scielo.br/scielloss.php?script=sc)

# A vivência da sexualidade da mulher estomizada

Recebido em: 23/08/2013  
Aprovado em: 14/06/2014

Antônio Dean Barbosa Marques<sup>1</sup>  
Jessica Suyanne Gomes Silva<sup>2</sup>  
Leidinar Cardoso Nascimento<sup>3</sup>  
Inez Sampaio Nery<sup>4</sup>  
Maria Helena Barros Araújo Luz<sup>5</sup>

**Resumo:** Objetivou-se conhecer como a mulher estomizada vivencia sua sexualidade. Estudo de natureza qualitativa na perspectiva da história oral de vida, no qual participaram 10 mulheres cadastradas em um Centro de Saúde de Teresina, no mês de junho de 2012. Emergiram quatro categorias: o significado da sexualidade; a vivência da sexualidade; o apoio do parceiro no processo de aceitação do estoma e ser mulher e conviver com o estoma. As mulheres estomizadas vivenciam sua sexualidade dentro de um universo repleto de sentimentos de medo, de vergonha e de dúvidas.

**Descritores:** Estomia, Sexualidade, Gênero, Enfermagem.

## The sexuality's experience of stomized women

Aimed at learning about how stomized women experience their sexuality. Qualitative nature study of from the oral perspective story of life, attended by 10 women enrolled in a the Health Center of Teresina, in June 2012. Four categories emerged: the meaning of sexuality, the experience of sexuality; spousal support in the process of acceptance of the stoma and being a woman and live with the stoma. Ostomized women experience their sexuality in a universe filled with feelings of fear, shame and doubt.

**Descriptors:** Ostomy, Sexuality, Gender, Nursing.

## La experiencia de la sexualidad de la mujer con ostomía

Se objetivó conocer acerca de cómo la mujer con ostomía experimenta su sexualidad. Estudio de naturaleza cualitativa en la perspectiva de la historia oral de vida, en el cual participaron 10 mujeres con catastro en el Centro de Salud de Teresina, en junio de 2012. Emergieron cuatro categorías: el significado de la sexualidad, la vivencia de la sexualidad, el apoyo del cónyuge en el proceso de aceptación del estoma y ser mujer y convivir con el estoma. Las mujeres portadoras de ostomías experimentan su sexualidad dentro de un universo repleto de sentimientos de miedo, de vergüenza y de duda.

**Descriptorios:** Ostomía, Sexualidad, Género, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A estomia é representada de forma ambígua pelos indivíduos estomizados que, de certo modo, sentem-se beneficiados pela obtenção da cura ou melhoria de uma doença ou acidente. Entretanto, este procedimento gera inquietação, dúvida e questionamentos sobre suas novas possibilidades de bem-estar, interação social e qualidade de vida, frente a essa nova condição física a qual resulta também em alteração da imagem corporal<sup>(1)</sup>.

Devido às diversas mudanças enfrentadas, pessoas estomizadas vivenciam sentimentos de desorganização emocional que culminam em reclusão social, tudo relacionado à questão da autoimagem. A autoimagem pode ser definida como a representação mental que alguém faz de si mesmo; a maneira como sente o próprio corpo está intimamente relacionada com a autoestima<sup>2</sup>. A criação de um estoma gera ruptura da imagem corporal, ocasionando sentimentos discriminatórios de estigma.

Atualmente, a busca pela perfeição estética e enquadramento nos padrões de beleza tem levado uma parcela significativa

da população feminina a submeterem-se às mais diversas técnicas e procedimentos. Nesse contexto, ser "mulher" e aceitar-se com um estoma, seja ele definitivo ou temporário, no qual a parte do seu íntimo encontra-se exposto, é contrapor-se, mesmo que de forma involuntária, aos padrões culturalmente aceitos<sup>(3)</sup>.

As alterações na imagem corporal provocam, na maioria dos estomizados, dificuldades relacionadas à sexualidade<sup>(4)</sup>. Essas disfunções ocorrem pelo sentimento de vergonha frente ao parceiro devido à alteração da imagem corporal, ocasionando redução ou perda do desejo, dor durante o ato sexual, disfunções ejaculatórias ou de ereção<sup>(5)</sup>.

O tema sexualidade faz parte de uma das prioridades das políticas públicas de atendimento à mulher. No entanto, a abordagem centra-se no diagnóstico e no tratamento de problemas de saúde, não necessariamente abarcando toda a complexidade que o tema exige. Ainda mais, ressalta-se que o atendimento, dá-se individualmente, nas consultas ginecológicas a partir da demanda espontânea de cada mulher que, muitas vezes, restringe-a ao campo delimitado da

<sup>1</sup>Enfermeiro. Pós-Graduando em Saúde da Família pela UVA. Professor do Instituto CENTEC. E-mail: antonio-dean@hotmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeira. Aprimoranda em Enfermagem em Oncologia do HCFMUSP.

<sup>3</sup>Mestre em Enfermagem. Professora da Faculdade Aliança. Enfermeira da FMS e do HGV.

<sup>4</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPI.

doença e/ou da restauração do funcionamento dos órgãos<sup>(6)</sup>.

Sabe-se que a realização de uma estomia gera mudanças significativas no cotidiano da pessoa, mudanças essas que exigem adaptação do estomizado à nova fase que vivencia. Entre essas alterações, está a sexualidade do estomizado, assunto difícil de ser abordado tanto por quem vivencia a estomia como pelos profissionais de saúde. O estomizado acredita que a temática da sexualidade é uma questão secundária, sendo a mulher mais afetada por conta das alterações da autoimagem.

Devido à complexidade da assistência ao estomizado, é necessária uma abordagem multidisciplinar tanto ao paciente como para a família diante desse novo processo. Dessa forma, o estudo visa a uma melhor compreensão da subjetividade humana do estomizado em relação à vivência da sexualidade pela mulher.

Baseado neste contexto, este estudo objetivou conhecer como a mulher estomizada vivencia sua sexualidade.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa na perspectiva da história oral de vida. "A história oral de vida possibilita superar a mera aquisição de dados em favor da possibilidade de uma visão mais subjetiva das experiências dos depoentes"<sup>(7:85)</sup>.

A pesquisa teve como cenário o Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo (CISLA), que pertence à Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina-PI. Os sujeitos da pesquisa foram 10 mulheres, que atenderam aos critérios de inclusão, que foram: mulheres maiores de 18 anos com estomia intestinal definitiva, com no mínimo um ano de realização da cirurgia, cadastradas no CISLA, que apresentaram condições físicas e emocionais para participarem do estudo.

As entrevistas foram realizadas durante o mês de junho de 2012, sendo as falas analisadas de acordo com os passos específicos da história oral: transcrição na íntegra, textualização e transcrição<sup>7</sup>.

Durante a transcrição foram preservados os erros tanto dos colaboradores como dos entrevistadores, como forma de garantir a qualidade da entrevista. O passo seguinte foi à textualização na qual foram eliminadas as perguntas de forma que o texto passasse a ser dominante do narrador. E por último foi feito a transcrição, no qual o texto foi apresentado em sua versão final aos colaboradores.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade NOVAFAPI, com o protocolo do CAAE nº 01138312.2.0000.5210. Todas as colaboradoras que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

O estudo foi composto por 10 colaboradoras que atenderam aos critérios de inclusão. Em relação à faixa etária das mulheres, variou de 29 anos a 50 anos de idade. 7 mulheres eram solteiras e 3, casadas. Quanto ao tempo de convívio com o estoma, ocorreu uma variação de 01 ano a 24 anos. A maioria dos estomas era do tipo colostomia, sendo apenas 2 ileostomias. Quanto à causa do estoma, houve predominância de neoplasia. Conforme pode ser observado na Tabela 01.

**Tabela 01** – Caracterização das colaboradoras do estudo. Teresina, Piauí, 2012.

Colaborador	Idade	Estado civil	Tempo de estomia	Tipo de estomia	Origem do estoma
C 01	33	Solteira	05 anos	Colostomia	Fístula enterocutânea
C 02	32	Solteira	17 anos	Ileostomia	Adenocarcinoma
C 03	29	Casada	01 ano	Ileostomia	Adenocarcinoma
C 04	38	Casada	03 anos	Colostomia	Adenocarcinoma
C 05	53	Solteira	24 anos	Colostomia	Adenocarcinoma
C 06	38	Solteira	01 ano	Colostomia	Trauma de cólon
C 07	34	Solteira	10 anos	Colostomia	Doença de Crohn
C 08	50	Solteira	02 anos	Colostomia	Doença de Crohn
C 09	48	Casada	03 anos	Colostomia	Câncer anal
C 10	49	Solteira	04 anos	Colostomia	Fístula reto vaginal

Após a análise das entrevistas das colaboradoras, houve agrupamento das ideias significativas que atenderam aos objetivos da pesquisa, possibilitando manifestarem as suas vivências em quatro categorias: o significado da sexualidade; a vivência da sexualidade; o apoio do parceiro no processo de aceitação do estoma e ser mulher e conviver com o estoma. Cada categoria apresenta fragmentos das falas que deram sustentação e se encontram identificados com a letra (C), de colaborador e número na sequência cronológica em que as entrevistas foram realizadas.

## DISCUSSÃO

### O significado da sexualidade

A sexualidade é parte integrante e fundamental do processo de viver humano, sofrendo influência de diversos fatores que contribuem significativamente para o bem-estar das pessoas<sup>8</sup>. Nos relatos, o significado de sexualidade é relacionado a sentimentos e à necessidades fisiológicas.

"A sexualidade é algo divino, é algo que faz parte do meu corpo... minha sexualidade é uma benção que Deus me deu. Pra mim a sexualidade está voltada para a procriação" (C 02)

"[...] É qualidade de vida, é uma coisa que faz parte da vida da gente né? do dia a dia [...]" (C 03)

"[...] Em meu pensamento era só pra satisfazer um dom que a gente traz, que Deus da né? que sente... Sei lá aquela vontade de saciar o desejo carnal" (C 10)

A sexualidade caracteriza-se como um aspecto de nossa personalidade presente em todos os momentos de nossa vida, englobando não somente a genitália, mas também aspectos biológicos, psicobiológicos e sociais<sup>(9)</sup>.

Os depoimentos das colaboradoras demonstram a valorização e a importância que atribuem à sexualidade/sexo, sendo visto por elas como algo essencial para a vida e para a reprodução. Mobilizando sentimentos e associando-se ao poder criador, isto é, possibilitando a procriação da espécie.

## A vivência da sexualidade

A vivência da sexualidade é de extrema importância, esta poderá ter reflexos positivos, negativos, ou até neutros durante o processo de viver humano. O estoma intestinal gera alteração da imagem corporal, influenciando em diversos aspectos da vida da pessoa, inclusive na esfera sexual<sup>(8)</sup>.

“Pra mim é complicado, pois eu vivo na castidade, por opção própria [...] isso não significa que eu não sinta desejo, pois a castidade foi uma opção de vida [...] fui muito roubada de mim na minha infância e adolescência, tive uma experiência sexual na minha infância, eu tive a minha pureza praticamente roubada [...] tive uma experiência relacionada à masturbação e eu não era feliz, minha área psicológica não era algo livre, não era saudável e hoje eu sou completamente liberta relacionada a essa questão, hoje sou mais feliz e mais realizada.” (C 02)

“Eu tinha até dificuldade de manter relação com homem, porque eu sempre fui uma pessoa assim envergonhada [...]” (C 07)

Os colaboradores demonstraram que as disfunções sexuais são consequências da própria origem do estoma, acarretando alterações nos órgãos genitais. Além disso, aqueles que não possuíam um relacionamento sólido tenderam a ficar só, pois vivenciaram sentimentos de vergonha, reprimindo o desejo sexual e até mesmo desinteresse sexual. Mesmo aquelas que não mantiveram mais relação após o estoma referiram sentir desejo.

“Minha vida sexual modificou porque eu tinha uma expectativa de ter filhos, aí esse sonho teve que ser retardado, mas intimamente sou normal eu não sinto nenhuma interferência, após as relações eu não sinto dor, não sinto nenhum tipo de problema. Não senti nenhum tipo de constrangimento durante a primeira relação.” (C 03)

“Após a realização da estomia a minha vida sexual não mudou em nada ficou do mesmo jeito, quem sabe mudou até pra melhor né?!.” (C 04)

As mulheres vivenciam sua sexualidade das mais variadas formas, isso nos faz compreender que o vivido mostra-se em diferentes facetas, em uma determinada mesma situação, evidenciando modos distintos de uma disfunção comum a todas.

O apoio do parceiro no processo de aceitação do estoma

A estomia ocasiona profundas mudanças na vida das pessoas e seus familiares, manifestando através de desajustes físicos, emocionais, sociais e familiares<sup>(10)</sup>. O apoio da família e do parceiro é essencial para o desenvolvimento de atitudes positivas frente à doença e à nova situação, tornando mais fácil e rápido o processo de recuperação, a adaptação, o retorno às atividades diárias, inclusive quanto à vivência da sexualidade<sup>(11)</sup>.

Algumas mulheres relataram ser de fundamental importância a participação do parceiro no processo de aceitação do estoma, devido às suas qualidades, ofertando apoio e ajudando no redescobrir da sexualidade, favorecendo-lhes a adaptação e/ou a aceitação de sua nova condição de vida.

“[...] no começo eu tive depressão, preconceito, mas graças a Deus eu tive muita força [...] tive muito apoio do meu esposo [...] o meu esposo em relação à sexualidade foi uma peça chave para a minha recuperação e para o meu redescobrir da sexualidade...” (C 04)

“[...] O meu esposo me deu todo o apoio, não foi por isso que nos separamos, foram por outros problemas” (C 05)

A qualidade do relacionamento entre os parceiros é indicador das características de vida sexual pós-estoma. A vivência da sexualidade pelo parceiro do estomizado é caracterizada por mecanismos de períodos de crises, que resultam em enfrentamento geralmente negativo, devido à falta de apoio durante as intervenções dos profissionais<sup>(8)</sup>.

“[...] Morava com o pai dos meus meninos, e depois que eu fiz isso aqui (apontando para o estoma) ele saiu de dentro de casa... faz um ano já!” (C 06)

“[...] Tinha um namorado na época... esse namorado, quando o médico conversou com ele sobre o meu estado e tudo ele já ficou diferente, já me tratando como uma pessoa inválida achando que tudo faz mal, que tudo dói e tudo é difícil e a gente mesmo não aceita pelo menos eu, porque estou com 02 anos e ainda não aceito, eu tenho vergonha...” (C 08)

Vivenciar qualquer mudança não é algo fácil, principalmente se ocorrem mudanças de caráter definitivo. O apoio de familiares e parceiros é indispensável para o processo de aceitação e reabilitação do estomizado, pois são eles que se encontram presentes desde o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas à confecção do estoma, oferecendo suporte para minimizar o sofrimento.

## Ser mulher e conviver com o estoma

De acordo com as colaboradoras, o processo de conviver com a estomia interfere na imagem corporal, acarretando alterações na autoestima, na autoimagem e no autoconceito. A estomia é vista pelas colaboradoras como alienação do próprio corpo, devido à invasão bolsa/estoma e às alterações corporais.

“Se não tiver bem psicologicamente a gente sofre muito com a questão da autoestima, porque para uma mulher jovem, vaidosa, acostumada a vestir diversos tipos de roupa... fica inadequado com a presença da colostomia do lado...” (C 03)

“[...] em termo de roupa você muda totalmente, há não ser que você queira mostrar que tem um estoma...” (C 08)

“[...] não sou mais vaidosa, não me sinto bonita, não me sinto mais a vontade... eu gostava muito de andar vestida de jeans, bermuda jeans, calça jeans [...] hoje em dia só visto um gibão...” (C 10)

“[...] vivo a minha vaidade feminina de acordo com a minha situação de vida, na verdade eu uso o que é adequado a mim” (C 02)

O equipamento coletor modifica o modo de se vestirem, utilizando, sobretudo, roupas largas que têm como propósito ocultar o uso da bolsa, entretanto esse tipo de estratégia contribui para o prejuízo na estética corporal, conseqüentemente, na diminuição da autoestima<sup>(4)</sup>.

A pessoa estomizada se depara com uma nova situação, uma vez que a imagem corporal construída durante toda a sua vida é quebrada com a presença de um dispositivo na parede abdominal em que fezes ou urina são coletadas continuamente sem controle, significando a perda do controle esfinteriano e, conseqüentemente, gerando insegurança, medo, vergonha e isolamento social, necessitando assim de suporte para adaptação<sup>(5)</sup>.



## CONCLUSÃO

A sexualidade é uma temática que requer cuidado ao ser abordada, por ser tratar de um assunto íntimo e possuir uma multiplicidade de significados que, por sua vez, encontram-se ligadas a diversos fatores. A discussão da sexualidade articulada à relação sexual e aos problemas a ela relacionados demonstrou que as colaboradoras sofreram modificações significativas no modo de vivenciarem a sexualidade.

As mulheres estomizadas vivenciam sua sexualidade dentro de um universo repleto de sentimentos de medo, de vergonha, de dúvidas e de limitações criadas por elas mesmas e/ou pelo próprio estoma. Entretanto, o estudo revela também mulheres felizes, otimistas, sonhadoras, que consideram ser possível viverem sua sexualidade de maneira mais ampla, sem ou com menos restrição.

Fica evidenciado que a atenção à sexualidade da mulher estomizada requer esforços dos profissionais de saúde, destacando o enfermeiro, para melhorar a qualidade da assistência prestada. Para isso, é necessário o engajamento não só de profissionais, mas também dos parceiros, a fim de amenizar o impacto ocasionado pelo estoma e facilitar o processo de aceitação.

A sexualidade como forma de expressão natural do ser humano ainda é um assunto pouco valorizado na prática de assistência à saúde. Revelando a necessidade de mais estudos na área de saúde e enfermagem sobre essa temática, pois sempre terá algo a ser descoberto.

## Referências

1. Nascimento CMFS. A vivência da sexualidade pelo estomizado: um estudo de enfermagem na abordagem fenomenológica [dissertação]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2010.
2. Matos D, Saad SS, Fernandes LC. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar de coloproctologia. São Paulo: Manole; 2004.
3. Anhaia AS, Vieira JC, Vieira AMLM. A mulher e o estoma: implicações na vida diária. Rev. Estima. 2007; 5(4): 20-5.
4. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. Rev. Latino-am. Enferm. 2006; 14(4): 483-90.
5. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3): 357-64.
6. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Rev. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(3): 417-26.
7. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2007.
8. Paula AMB. Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas: conhecer para transformar [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
9. Melo AS, Carvalho EC, Pelá NTR. A sexualidade do paciente portador de doenças onco-hematológicas. Rev. Latino-am. Enferm. 2006; 14(2): 227-32.
10. Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. Enferm foco. 2012; 3(1):12-15.
11. Silva AL, Shimizu HE. A relevância da rede de apoio ao estomizado. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(3): 307-11.