



# Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 7, Nº 3/4, 2016



submissão online

**Diretor-presidente/President Director:** **Manoel Carlos Neri da Silva** – *Conselho Federal de Enfermagem*      **Editor-chefe/Chief Editor:** **Joel Rolim Mancia** – *Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, RS*

### Editores associados/Associated Editors

**Mara Ambrosina de Oliveira Vargas** – *Universidade Federal de Santa Catarina, SC*      **Valéria Lerch Lunardi** – *Universidade Federal do Rio Grande, RS*  
**Mirna Albuquerque Frota** – *Universidade de Fortaleza, CE*      **Vanda Elisa Andres Felli** – *Universidade de São Paulo, SP*

### Conselho editorial/Editorial Board

Alacoque Lorenzini Erdmann – Universidade Federal de Santa Catarina, BR  
Anadergh Barbosa Branco – Universidade de Brasília, BR  
Andrea Gomes Linard – Universidade Federal do Maranhão, BR  
Claudia Bartz – Universidade de Wisconsin, EUA  
Denise Gastaldo – Universidade de Toronto, CA  
Denize Boutellet Munari – Universidade Federal de Goiás, BR  
Dorisdaia Carvalho de Humerez – Universidade Federal de São Paulo, BR  
Edilene Curvelo Hora – Universidade Federal de Sergipe, BR  
Ednaldo Cavalcante de Araújo – Universidade Federal de Pernambuco, BR  
Elizabeth Esperidião Cardozo – Universidade Federal de Goiás, BR  
Elizabeth Teixeira – Universidade do Estado do Pará, BR  
Flávia Regina Souza Ramos – Universidade Federal de Santa Catarina, BR  
Isabel Cristina Kowal Oln Cunha – Universidade Federal de São Paulo, BR  
Josicelia Dumêt Fernandes – Universidade Federal da Bahia, BR  
Joyce E. Thompson – STTHAU, EUA  
Lorita Marlina Freitag Pagliuca – Universidade Federal do Ceará, BR  
Madalena Alonso – Universidad de Monterrey, MX  
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza – Universidade Federal de Alagoas, BR  
Maria Mirian Lima da Nóbrega – Universidade Federal da Paraíba, BR  
Mária Tereza Casbas – Espanha  
Mirian Santos Paiva – Universidade Federal da Bahia, BR  
Orlene Veloso Dias – Universidade Estadual de Montes Claros, MG  
Paulete Ambrósio Maciel – Universidade Federal do Espírito Santo, BR  
Raimunda Medeiros Germano – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, BR  
Regina Maria dos Santos – Universidade Federal de Alagoas, BR  
Sandra Valenzuela Suazo – Universidad de Concepción, CL  
Shaké Ketefian – University of Michigan, EUA  
Silvana Santiago da Rocha – Universidade Federal do Piauí, BR  
Silvina Malvarez – Opas  
Taka Oguisso – Universidade de São Paulo, BR  
Telma Ribeiro Garcia – Universidade Federal da Paraíba, BR  
Wílma Suely Batista Pereira – Universidade Federal de Rondônia, BR

### Plenário Cofen – 2015-2018 • Diretoria/Board of Directors

**Presidente** – Manoel Carlos Neri da Silva  
**Vice-presidente** – Irene do Carmo Alves Ferreira  
**Primeira-secretária** – Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio  
**Segundo-secretário** – Vencelau Jackson da Conceição Pantoja  
**Primeiro-tesoureiro** – Jebson Medeiros de Souza  
**Segundo-tesoureiro** – Antônio José Coutinho de Jesus  
Luciano da Silva • Mirna Albuquerque Frota • Nádia Mattos Ramalho  
**Conselheiros suplentes** – Anselmo Jackson Rodrigues de Almeida • Dorisdaia Carvalho de Humerez • Eloiza Sales Correia • Francisca Norma Lauria Freire • Gilvan Brolini • Leocarcos Cartaxo Moreira • Márcia Anésia Coelho Marques dos Santos • Orlene Veloso Dias • Walkírio Costa Almeida

#### Missão e objetivos

A missão da revista *Enfermagem em Foco* é contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento da profissão, em especial no que diz respeito aos objetivos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, de normatizar e fiscalizar o exercício profissional. Tem como objetivos: propiciar o consumo crítico da produção científica, disponibilizando aos profissionais de enfermagem e à comunidade científica, nacional e internacional, conhecimentos atualizados, fomentando o debate e o intercâmbio acerca da enfermagem como trabalho social, disciplina do conhecimento científico e profissão do cuidado humano.

#### Declaração de direitos

O Cofen e os editores não são responsáveis por conseqüências advindas do uso de informação contida na revista. A opinião expressa pelos autores não corresponde necessariamente à posição do Cofen. Os artigos são propriedade da revista e sua reprodução é permitida somente com autorização dos editores e citação da fonte original.

#### Informações sobre assinaturas e distribuição

A revista, de publicação trimestral, com tiragem de 40 mil exemplares, tem distribuição gratuita e dirigida, assim como livre, no site [www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br).

#### Números anteriores

Os números anteriores podem ser acessados no site da revista.

#### Propriedade e direitos

Todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total nem parcialmente reproduzidos sem a permissão prévia, por escrito, dos editores da revista. A *Enfermagem em Foco* envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original.

**Data de impressão:** janeiro de 2017.

#### Fontes de indexação

Latindex: Índice Latinoamericano de Publicações Científicas Seriadadas  
CUIDEN, CINAHL, BDEF, EBSCO e LILACS

**Título abreviado:** *Enferm. Foco*

#### Klimt Agência de Publicidade LTDA.

Edifício Barão do Rio Branco, Lotes 495, 505 e 515, Salas 323/324, SIG, Brasília-DF – CEP 70610-410 – Tel: 61-3034-4883 – Site: [www.klimtpublicidade.com](http://www.klimtpublicidade.com)  
Diretor Geral: Rafael Frota • Supervisor Geral: Renato Blanco • Projeto Gráfico: Daniel Ferreira • Design gráfico: David Clarck  
Publicidade: De Brito Propaganda • Revisora: Bruna Lima

610.73  
E46      *Enfermagem em Foco* [ publicação do ]  
Conselho Federal de Enfermagem. – Vol. 1, n.1  
(maio, 2010) –  
Brasília: Cofen, 2010 –  
– V.  
Trimestral  
1. *Enfermagem* – Periódicos. I. Conselho Federal de  
Enfermagem.

Afilhada à



Associação Brasileira de Editores Científicos

05

**EDITORIAL**

06

**QUEM SOMOS**

Editores da Revista Enfermagem em Foco

07

**1. SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: OLHAR DA BIOÉTICA SOCIAL**

Liver transplant service at a university hospital: look Social Bioethics.

Servicio de trasplante de hígado en un hospital universitario: mirar Bioética Sociales.

Sílvia Ferrazzo, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Diana Coelho Gomes, Camila Ferrazzo Lodeyro, Daniele Lazzari, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Micheli Leal Ferreira

12

**2. (DES)VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO**

Devaluation of Nursing and implications in Nurses' daily routine.

La devaluación de la Enfermería y las implicaciones para el uso diario de las Enfermeras.

Candice Ellen Barbalho Lage, Marcelo da Silva Alves

17

**3. O CUIDADO COM O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO DISCURSO DE PAIS E MÃES ADOLESCENTES**

Care for the child growth and development in the discourse of parents and teenage mothers.

Cuidar el crecimiento y desarrollo infantil en el discurso de los padres y las madres adolescentes.

Ana Dulce Amorim Santos Soares, Silvana Santiago da Rocha, Augusto Cezar Antunes de Araújo Filho

22

**4. PROCESSO DE ANGÚSTIA/SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

The process of distress / moral suffering in nurses of family health strategy: subjectivity and identity.

El proceso de angustia sufrimiento moral en las enfermeras de la estrategia salud de la familia: la subjetividad y la identidad.

Beatriz Santana Caçador, Flávia Regina de Souza Ramos, Maria José Menezes Brito

27

**5. COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Coverage of the papanicolaou test in an unit of the brazilian's family health strategy.

Cobertura de la prueba de papanicolaou en una unidad de la estrategia de salud de la familia.

Letícia Hamester, Vania C. Dezoti Micheletti

31

**6. RISCO OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

Occupational risk among health professional of the Mobile Service of Emergency Care - SAMU.

Riesgos laborales entre profesionales de un servicio móvil de urgencia- SAMU.

Hilda Dandara Carvalho Santos Leite, Maycon Teyllon Rodrigues de Carvalho, Suelky Lilyan da Silva Cariman, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo Naldiana Cerqueira Silva, Amália de Oliveira Carvalho

36

**7. PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO NO BRASIL**

Advanced practice of nursing in primary health care: implantation strategies in Brazil.

Enfermería de práctica avanzada en atención primaria: estrategias para la implantación en Brasil.

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

41

**8. GESTÃO DE ENFERMAGEM E CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS**

Nursing management and construction of ethical environments.

Gestión de enfermería y construcción de entornos éticos

Valéria Lerch Lunardi, Wilson Danilo Lunardi Filho, Rosemary Silva da Silveira, Priscila Arruda da Silva, Joel Rolim Mancia

- 46 **9. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS ADOLESCENTES GESTANTES SOB A ÓTICA DE CALLISTA ROY**  
Nursing care to pregnant teenagers under the optics of Callista Roy theory.  
Atención de enfermería a adolescentes embarazadas bajo la óptica de Calista Roy.  
Lais Gama Ibiapina, Inez Sampaio Nery, Silvana Santiago da Rocha, Lídyia Tolstenko Nogueira, Anna Karolina Lages de Araújo, Anna Katharinne Carreiro Santiago
- 51 **10. CÂNCER INFANTIL: VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**  
Childhood cancer: experiences of children in treatment oncologic.  
Cáncer infantil: experiencias de los niños en tratamiento oncológico.  
Patrick Leonardo Nogueira da Silva, Greice Carvalho Xavier, Valdira Vieira de Oliveira, Mirela Lopes de Figueredo, Patrícia Fernandes do Prado, Wilson Aguiar Filho
- 56 **11. MEIOS PARA A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM UTILIZADOS EM UNIDADES HOSPITALARES CRÍTICAS**  
Means for nursing management used in critical hospital units.  
Medios para la gestión de enfermería utilizado en unidades hospitalarias criticos.  
Raissa Ottes Vasconcelo, Cristina Daiana Bohrer, Denise de Fátima Hoffman Rigo, Luís Guilherme Sbrolini Marques João Lucas Campos de Oliveira, Nelsi Salete Tonini, Anair Lazzari Nicola
- 61 **12. CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DO DIREITO DO ACOMPANHANTE NA GESTAÇÃO E PARTO**  
Knowledge and application of the right of the accompanying in pregnancy and birth  
Conhecimento y aplicación do direito do acompanhante na gestação e parto  
Eliene Correia Pereira dos Santos, Mônica Reis Lima, Leila Luiza Conceição, Catiane Souza Tavares, Alzira Maria d'Ávila Nery Guimarães
- 66 **13. REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÕES DAS ADOLESCENTES**  
Recidivism of teenage pregnancy: perceptions of adolescents  
La recurrencia de embarazo en adolescents: una visión de adolescentes  
Ana Rafaela Souza Rodrigues, Wanessa de Moraes Barros, Patrícia Daniele Feitosa Lopes Soares
- 71 **14. PERCEPÇÃO DE INDÍGENAS MUNDURUKU E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA SOBRE RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE**  
Perception of Munduruku indigenous and multidisciplinary team of indigenous health about resoluteness in health care.  
Percepción de indígena Munduruku y equipo multidisciplinario de salud indígena sobre la resolución en la atención en salud: obstáculos y desafíos.  
Bahiyeh Ahmadpour Furtado, David Lopes Neto, Daniel Scopel, Raquel Paiva Dias-Scopel
- 75 **15. A CRIAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ: ASPECTOS HISTÓRICOS**  
The creation of the Regional Nursing Council of Piauí: aspects historical.  
La creación del Consejo Regional de Enfermería de Piauí: aspectos histórico.  
Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva, Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, Inez Sampaio Nery, Silvana Santiago da Rocha
- 81 **16. AMÁLIA - UM GIGANTE DA ENFERMAGEM BRASILEIRA**  
Amália - a Brazilian nursing giant  
Un gigante de la enfermería  
Taka Oguisso

A finalidade primordial do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem é a fiscalização do exercício profissional, regulamentação da profissão, respeito ao Código de Ética, cumprimento da Lei do Exercício Profissional garantir a qualidade dos serviços da Enfermagem à população.

O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem atua após a formação dos profissionais de enfermagem, no entanto é a formação que irá preparar o profissional para exercer a Enfermagem no cuidado à saúde da população.

Com relação à formação dos profissionais o Conselho Federal de Enfermagem tem a preocupação com o grande número de Cursos e vagas a Distância na formação de técnicos e Enfermeiros.

Ressalta-se que temos 166.573 vagas de ensino presencial e já autorizadas 106.000 vagas de Ensino a Distância. Se houver demanda teremos o registro de cerca de 260.000 Enfermeiros/ano.

As avaliações de cursos de Enfermagem são realizadas pelo Ministério da Educação e os Cursos Técnicos de Enfermagem são regulados pelos Conselhos Estaduais de Educação.

Todos os cursos presenciais são submetidos aos critérios de avaliação in loco pelo MEC/ INEP e vários têm apresentado deficiências, como demonstrado no último ENADE de 2013 onde, de um total de 569 Cursos de Bacharelado em Enfermagem avaliados, 42 não tiveram conceito por não possuírem alunos no último ano, outros 15 cursos obtiveram Conceito 1 e 167 cursos alcançaram o Conceito 2, considerados reprovados; 224 com Conceito 3; 99 com Conceito 4 e 22 com Conceito 5, o que indica a existência de sérios problemas no ensino presencial, que estão submetidos aos critérios de avaliação definidos pelo MEC dentro de um ciclo criterioso.

O Ministério da Educação publicou a portaria que definiu regras para o credenciamento das Instituições de Ensino Superior para o ensino a distância. As Universidades e Centros Universitários tem autonomia e podem autorizar os cursos a distância desde que esteja credenciados para ministrar curso a distância.

A avaliação nos Cursos presenciais é de todas atividades: teóricas, práticas e estágios supervisionados atendendo as dimensões: Organização Didático Pedagógica, Corpo docente e tutorial, Infraestrutura e Requisitos legais.

Os cursos a distância são avaliados com o

mesmo instrumento. No entanto a Instituição de Ensino Superior (IES) de curso a distância é responsável pela organização didático-pedagógica e financeira e geralmente, os polos de apoio presenciais são parceiros das IES e os polos são avaliados por amostragem e muitos estão em municípios tão diminutos, sem um leito hospitalar e outros sem ao menos um leito de UTI, não atendendo as exigências mínimas estabelecidas pelo MEC.

Nos polos de apoio presencial deverão acontecer as atividades práticas, estágios, TCC, apoio efetivo aos alunos e, a nosso ver são fundamentais pois, é ali que se desenvolvem as atividades que são essenciais para que o acadêmico assuma a identidade do Enfermeiro. Nesse aspecto questionamos, como será a aprendizagem desse profissional que é gente cuidando de gente, que deve aprender no dia a dia o respeito, a solidariedade, o humanismo na relação profissional?

Dado que a competência legal do Cofen é garantir a melhor assistência de enfermagem a população tem buscado que a formação do Enfermeiro seja relacional, holística e humanista?

É obrigatório o atendimento da Resolução CNE/CES Nº03/2001 que Instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e que definem que os conteúdos teóricos e práticos devem ser desenvolvidos ao longo de toda a formação.

Os Conselhos têm inúmeras denúncias em desfavor de profissionais de Enfermagem por imperícia, negligência e imprudência levando aos pacientes a risco de morte.

O Cofen não se coloca contrário ao ensino a distância, mas a formação dos profissionais da Enfermagem e já realizou a Operação EAD, Audiências públicas em Assembleias legislativas de todos os Estados da Federação estando agora com a campanha #ContatoReal é Insubstituível.

Muitas outras iniciativas foram feitas pelo Cofen mas exemplificamos, que foi acolhida a proposta do Cofen pelo deputado Orlando Silva (PC do B - SP) que apresentou o Projeto de Lei que exige que a Formação de profissionais de Enfermagem seja presencial, ainda o Projeto de Lei 4930/2016 que cria exame de suficiência para a Enfermagem, apresentado pelo deputado Lúcio Vieira Lima (PMDB -BA).

Por acreditar em uma Enfermagem forte, digna e valorizada o Cofen diz não ao EAD para formação de profissionais de Enfermagem.

### Dorisaia Carvalho de Humerez

Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen



## EDITORES DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO



**Manoel Carlos Neri da Silva**

*Diretor presidente*

Graduado e licenciado em enfermagem, com especialização na área de educação ambiental e desenvolvimento sustentável pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR (1993). Na vida universitária, foi presidente do Centro Acadêmico de Enfermagem e do Diretório Central dos Estudantes (DCE), onde já despontava sua liderança. Foi docente da UNIR (1997-2005), bem como da Faculdade São Lucas (a partir de 1999). Laborou como enfermeiro assistencial no Hospital/Pronto Socorro João Paulo II e na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, onde assumiu o cargo de secretário adjunto municipal de saúde. Foi presidente do Coren-RO (2000-2005). Também ocupou a presidência do Instituto de Previdência e Assistência Municipal (IPAM) de Porto Velho. Foi membro do Conselho Estadual de Saúde de Rondônia por cinco anos. Atualmente, é presidente do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen.



**Joel Rolim Mancia**

*Editor-chefe*

Graduado em enfermagem pela Unisinos (1988). Mestrado em enfermagem (2002) e doutorado em enfermagem (2007) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atua no Hospital de Pronto-socorro de Porto Alegre. Professor da Universidade do Vale dos Sinos-UNISINOS. Editor da Revista Brasileira de Enfermagem (1998-2004) e da Revista Panamericana de Enfermería da Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (2003-2006). Membro fundador do Conselho Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería (2003). Secretário do Fórum Nacional de Editores de Revistas de Enfermagem (2005-2010). Membro do conselho editorial da revista Nursing Inquiry/Melbourne, Austrália, Revista Enfermería Clínica de Espanha e do International Academy of Nursing Editors. Consultor do Núcleo de Estudos da História da Enfermagem Brasileira (Nephebras) da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Membro do grupo de pesquisa Gehces da UFSC. Conselheiro do Conselho Estadual de Saúde do RS. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em publicações, periódicos e editoração de livros.



**Mara Ambrosina Vargas**

*Editora associada*

Professora da graduação e pós graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem com ênfase em Filosofia, Saúde e Sociedade pela UFSC. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto pela Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva. Coordenadora dos Laboratórios de Práticas Simuladas do Departamento Enfermagem UFSC. É pesquisadora do Grupo Práxis/UFSC - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem, abordando as temáticas: ética e bioética, políticas públicas em saúde, cuidados paliativos, enfermagem em terapia intensiva - adulto, tecnologias de enfermagem, tecnobiomedicina, segurança do paciente, gestão de segurança, morte; Foucault e Pesquisa Pós-Estruturalista. Ministra cursos de Ética e Bioética para enfermagem e de Pesquisa Qualitativa. Membro da Comissão de Ética do COREN/SC. Editora da Revista Texto & Contexto Enfermagem.



**Mirna Albuquerque Frota**

*Editora associada*

Graduação em enfermagem, mestrado e doutorado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora adjunta do mestrado em saúde coletiva e do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Fortaleza - Unifor. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança - Nupec - CNPq/Unifor. Editora-chefe da Revista Tendências da Enfermagem Profissional - ReTEP e conselheira ad hoc de diversos periódicos da área de enfermagem e saúde coletiva, tais como Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, Cadernos de Saúde Pública e Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Autora do livro Desnutrição Infantil na Família: Causa Obscura. Enfermeira assistencial da unidade de neonatologia do Hospital Geral de Fortaleza - HGF.



**Valéria Lerch Lunardi**

*Editora associada*

Graduada em enfermagem (1976) e mestrado em educação (1994) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Doutorado em enfermagem (1997) pela Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Estágio de pós-doutorado na Universidade de Toronto (2002). Docente permanente voluntária do Programa de pós-graduação em Enfermagem e em Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Pesquisadora do CNPq, desenvolvendo estudos na área da Ética. Membro do Conselho Editorial da Revista Horizonte de Enfermería, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista de Enfermagem UERJ, Revista da Enfermagem da UFSM e Revista Vittalé.



**Vanda Elisa Andres Felli**

*Editora associada*

Graduação em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP (1979). Mestre (1988) e doutora (1996) pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUSP. Professora associada do departamento de orientação profissional da EEUSP (2002). Ensina em todos os níveis (graduação, especialização, mestrado e doutorado), orienta e desenvolve projetos na área de gerência em enfermagem e saúde do trabalhador. Líder do grupo de pesquisa "Estudos sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem". Pesquisadora do CNPq. Membro do Scientific Committee on Occupational Health Nursing e do International Council of Occupational Health. Pesquisadora associada do Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs no Brasil. Consultora das revistas: Escola de Enfermagem da USP, Latinoamericana Enfermagem, Brasileira de Enfermagem, Gaúcha de Enfermagem, Mineira de Enfermagem e Brasileira de Epidemiologia.

# SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: OLHAR DA BIOÉTICA SOCIAL

Silvia Ferrazzo<sup>1</sup>, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas<sup>2</sup>, Diana Coelho Gomes<sup>3</sup>, Camila Ferrazzo Lodeyro<sup>4</sup>, Daniele Lazzari<sup>5</sup>, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt<sup>6</sup>, Micheli Leal Ferreira<sup>7</sup>

**Objetivo:** analisar os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático em um hospital universitário da região Sul do Brasil. **Método:** pesquisa qualitativa exploratória, analítica, com coleta de dados realizada por entrevista semiestruturada com profissionais da equipe multiprofissional. A análise de dados deu-se por análise temática. **Resultados:** constatado que o paciente inserido no serviço de transplante hepático recebe atendimento diferenciado quando comparado aos demais pacientes atendidos na instituição. **Conclusões:** os atendimentos embasados na consolidada política pública dos transplantes de órgãos e os atrativos repasses financeiros aos procedimentos disparam a qualidade da assistência, em comparação aos atendimentos alicerçados em outras referências de remuneração.

**Descritores:** Liver Transplantation. Bioethics; Public Health Practice

## LIVER TRANSPLANT SERVICE AT A UNIVERSITY HOSPITAL: LOOK SOCIAL BIOETHICS

**Objective:** to analyze the intrinsic bioethical aspects of a service specializing in care in liver transplant at a university hospital in southern Brazil. **Method:** qualitative research, analytical, with data collection performed by semi-structured interviews with professionals of the multidisciplinary team. Data analysis occurred by thematic analysis. **Results:** Found that the patient entered in the liver transplant service receives differentiated service compared to the other patients treated at the institution. **Conclusions:** the care grounded in the consolidated public policy of organ transplants and attractive financial transfers to the procedures, trigger the quality of care compared to grounded calls in other compensation references.

**Descriptors:** HIV; Women's rights; Breastfeeding; Full assistance to women's health.

## SERVICIO DE TRASPLANTE DE HÍGADO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: MIRAR BIOÉTICA SOCIALES

**Objetivo:** analizar los aspectos bioéticos intrínsecos de un servicio especializado en el cuidado de trasplante de hígado en un hospital universitario en el sur de Brasil. **Método:** investigación cualitativa, analítica, con la recogida de datos se realiza por medio de entrevistas semiestructuradas con los profesionales del equipo multidisciplinario. El análisis de datos se produjo mediante el análisis temático. **Resultados:** encontrado que el paciente ingresó en el servicio de trasplante de hígado recibe servicio diferenciado en comparación con el resto de los pacientes tratados en la institución. **Conclusiones:** la atención basada en la política pública consolidada de los trasplantes de órganos y transferencias financieras atractivas a los procedimientos, desencadenar la calidad de la atención en comparación con las llamadas a tierra en otras referencias de compensación.

**Descriptorios:** Trasplante de Hígado; Bioética; Políticas Públicas de Salud.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre. Departamento de Enfermagem na Faculdade FACTUM. E-mail: silvia.ferrazzo@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre. Nurse in Rokilde Sykehjem, Kristiansund, Noruega.

<sup>4</sup>Bióloga. Especialista. SENAC do Rio Grande do Sul.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>7</sup>Enfermeira. Mestre.

## INTRODUÇÃO

O Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes realizados por ano e, destes, mais de 90% ocorrem pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1)</sup>. Em um contexto de aprimoramento de sua organização social, o programa de transplantes é considerado uma referência internacional da saúde pública brasileira por tratar-se de um sistema avançado e organizado, justo e igualitário no seu propósito<sup>(2)</sup>. Dentre os tipos de transplantes, a consolidação do sucesso do Transplante Hepático (TH) se dá pela qualidade e expectativa de vida alcançada pelas pessoas submetidas à técnica<sup>(3)</sup>.

Entre as instituições públicas que realizam transplantes de órgãos e tecidos estão os Hospitais Universitários (HU). Os HUs foram concebidos para serem centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia e pesquisa na área da saúde, oferecendo à população abrangência e melhores padrões de atendimento pelo SUS<sup>(4)</sup>.

A complexidade do procedimento de TH e suas repercussões na e para as políticas públicas, os investimentos financeiros, estruturais e humanos suscitaram a pertinência de efetivar-se uma análise na perspectiva da Bioética Social. A Bioética Social é oriunda de uma revisão crítica da Bioética Principlista, fomentada pela necessidade de se considerar as diferentes realidades culturais e sociais<sup>(5)</sup>.

Para além da complexidade técnica e orçamentária dos transplantes, tem sido questionado o "direito social" ou "direito humano" à saúde, no sentido das disparidades existentes nas demandas de investimento em saúde em diferentes países, em um mesmo país ou, ainda, dentro de uma mesma cobertura de serviço em saúde<sup>(6, 7)</sup>. Logo, na perspectiva da acessibilidade aos recursos em saúde, a Bioética Social permite enxergar o direito à saúde com lentes que considerem as variáveis sociais, que permeiam o dia a dia de uma população, no sentido de atribuir igual importância às necessidades sanitárias e de tratamento à saúde<sup>(8)</sup>. Portanto, o presente estudo se propôs a analisar os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em TH, em um HU da região Sul do Brasil.

## METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa exploratória, analítica, desenvolvida em um HU de grande porte, localizado na região Sul do Brasil, referência estadual em patologias complexas nas diversas especialidades, dentre elas o TH<sup>(4)</sup>. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais da equipe de TH do HU (01 assistente social, 04 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 02 médicos e 01 psicólogo) em dia e horário conforme disponibilidade dos participantes.

O período de coleta de dados foi entre dezembro de 2013 e janeiro de 2014.

A equipe que atua no atendimento ao TH é composta por 12 médicos, sete enfermeiros, um psicólogo, uma assistente social, um fisioterapeuta, uma nutricionista, um farmacêutico, um bioquímico e um dentista. Para a seleção dos participantes, utilizou-se a técnica de bola de neve, em que cada informante indicava o próximo a ser entrevistado. Foram excluídos os trabalhadores que estavam em período de férias, de licença médica e, ainda, aqueles que não possuem rotina de horários no serviço, como alguns integrantes da equipe cirúrgica, que desenvolvem atividades na instituição conforme demanda de órgãos doados e enxertos realizados. A análise de dados foi orientada pela análise Temática, segundo Minayo.

Para garantir o sigilo das informações e o anonimato dos profissionais, os participantes envolvidos no estudo foram identificados pela letra "P" de participante, seguido por uma numeração ascendente. Tal ideia se apoiou no fato da equipe contar com representantes únicos de algumas categorias profissionais e identificar suas profissões poderia acarretar exposições desnecessárias. Foram atendidas em todas as fases de execução do estudo os princípios éticos abordados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, via Plataforma Brasil, conforme parecer de número 454.283.

## RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas categorias analíticas, intituladas: "A dualidade no atendimento de um Hospital Universitário e na Política em Saúde" e "Políticas em Saúde desiguais para iguais".

### A dualidade no atendimento de um hospital universitário

A fala a seguir destaca a agilidade no atendimento do TH nas consultas, exames e procedimentos:

*O que o paciente do transplante recebe é diferente. Se outros pacientes tivessem que fazer os exames pela unidade de saúde, ele não conseguiria. Ele tem prioridade e facilidades em função da verba que vem para o transplante. (P8)*

O paciente do TH recebe visitas médicas mais de uma vez ao dia, os outros pacientes são avaliados, muitas vezes, por graduandos do curso de medicina. A psicologia está presente junto ao paciente e família do transplantado, conforme relatos:

*Quando ele for transferido da UTI, será avaliado pelos clínicos do transplante e cirurgiões, que passam duas vezes ao dia, mesmo sábados e domingos, até receber alta. (P4)*

*Há conflito porque os outros veem que tem psicólogo apenas pra paciente transplantado, sendo que a sala da psicologia é na entrada da unidade. Indagam: por que não tem? (P5)*



Evidenciado que o HU apresenta uma estrutura, por vezes, carente para atender até mesmo o paciente de TH.

*Entendemos a questão do hospital, mas não conseguimos manter leitos abertos de clínica médica por falta de pessoal e mantemos um serviço de transplante (P5).*

*Às vezes os médicos nem sabem que é o mesmo funcionário que cuida, tem trinta pacientes e cinco funcionários, é dividido e não há funcionário exclusivo para o transplante. (P4)*

Destaca-se a importância da cirurgia, em si, de TH, em detrimento do período pós-operatório tardio.

*Não sei se a medicina ou a direção não percebe a questão da unidade de internação, parece que pensam no ato cirúrgico do transplante e depois esse paciente vai pra onde, que condições de quarto, de recursos humanos? Ele entra em tabela defasada, de AIH normal. Um pico de rejeição tem código, mas do contrário não. Durante a internação alguns medicamentos são pagos, na intercorrência pós, não. (P7)*

### Políticas em saúde desiguais para iguais

As falas dos participantes da pesquisa a seguir demonstram o entendimento dos profissionais que atuam com transplantes quando questionados sobre a solidez das políticas públicas em saúde disponíveis no país:

*Pensando em políticas públicas de um jeito mais amplificado, muitos pacientes que fazem transplante seriam preveníveis. Se a atenção básica recebesse um montante de dinheiro maior ou tivesse mais profissionais, com certeza muitos pacientes não teriam indicação de transplante. (P11)*

*O suplemento hipercalórico, a modulação de aminoácidos, ou até mesmo as proteínas mais simples em pó, nada disso tem subsídio do governo. O paciente recebe o remédio, mas a comida não. (P1)*

Há uma importância do transplante enquanto valorização financeira por parte das instituições de saúde da alta complexidade. Os participantes sinalizam que:

*Vários equipamentos foram conseguidos pelo hospital, padronização de muita medicação e outras coisas que estão por vir que a gente já solicitou, tudo é mais fácil quando a gente fala a palavra transplante hepático no hospital, exame externo, cirurgia, prótese dentária, outras cirurgias prévias. Teve paciente que precisava fazer uma cirurgia pra retirada de um cisto no crânio e conseguimos em duas semanas. (P2)*

*Em relação ao TH especificamente, há uma tabela diferenciada de remuneração pra todos os procedimentos e também para as internações, isso favorece a instituição a ela ter interesse em fazer o procedimento, não só o interesse de manter isso disponível pra população, mas também como um programa de saúde pública que atenda realmente essa necessidade. (P4)*

A carência de estrutura nos níveis de atenção à saúde

emergem nas falas a seguir:

*A política de transplante faz uma injeção muito grande de dinheiro, assim como na política do HIV, na própria ESF. A maior aplicação de recursos é no processo do transoperatório, na internação hospitalar, o que dificulta depois porque muitas vezes você transplanta e não espera as complicações e aí não tem dinheiro, não têm serviços, não tem acesso a serviços de saúde no pós-operatório. (P7)*

Deparar-se com uma resolução que trata da exigência da abstinência alcoólica por no mínimo seis meses para ter os critérios necessários para inserção em lista de espera por um fígado desperta questionamentos sobre aspectos excludentes da política de transplante:

*O transplante traz questionamentos: será que é justo quem tá recebendo? Porque muitos beberam a vida inteira e, claro, não temos que entrar num juízo de valor, se é certo ou errado, mas a gente pega esse tipo de paciente ao mesmo tempo que vai pegar aquele que teve uma vida saudável, que tem outras doenças e que também não consegue ter acesso a um serviço de saúde. Então são os paradoxos. (P11)*

*A aderência ao tratamento, principalmente o paciente que é etilista que precisa suspender o tratamento durante seis meses, mas eventualmente ele pode chegar numa condição pra nós tão grave que a gente obrigatoriamente tem que transplantar mesmo ele não suspendendo esse hábito. (P2)*

Por fim, as falas a seguir sinalizam que a rede de atenção à saúde se comunica para alinhar o tratamento ofertado ao paciente:

*O município terá que auxiliar essa família na permanência aqui, porque é a garantia do direito dele à saúde. Todos os municípios que fiz contato acabaram pagando o aluguel integral, porque tem uma diária da tabela do SUS que é um valor irrisório. (P8)*

### DISCUSSÃO

A análise dos dados evidencia a distinção existente no atendimento ao paciente destinado ao TH em relação aos demais atendimentos prestados pelo HU à comunidade. Essas desigualdades se concretizam, entre outros: no quantitativo de profissionais, no atendimento diferenciado no ambulatório de gastroenterologia e de outras especialidades, na agilidade para realização de exames e da cirurgia propriamente dita quando existe a disponibilidade de órgão para TH. Disparidades que aparecem claramente nos corredores lotados do hospital com pessoas à espera de um atendimento especializado - muitas vezes agendados há meses ou anos; na demora ou falta de realização de cirurgias tais como amputações, retiradas de tumores ou, ainda, na falta de recursos para realização de exames que permitam aperfeiçoar o tempo de tratamento de doenças agudas ou crônicas. Os HU federais são órfãos,

já que fazem parte de uma rede de hospitais do Ministério da Educação, enquanto que o dinheiro da saúde está com o Ministério da Saúde<sup>(9)</sup>.

Procedimentos de alto custo, tais como transplantes, constituem um problema em países de baixa e média renda, o que faz com que sua viabilidade financeira e pequena cobertura populacional demandem alocação eficiente de recursos. Nesse contexto, não apenas o transoperatório deve ser considerado, pois o atendimento estende-se ao ambulatório, considerando suas inevitáveis consequências, tais como aquelas derivadas da imunossupressão<sup>(10)</sup>.

Um dos pressupostos deste estudo é o de que as instituições de saúde são atraídas pelos valores pagos pelo SUS para a realização do TH, em detrimento a outros procedimentos estipulados em tabela dita defasada. Estudo<sup>(11)</sup>, cujos participantes eram responsáveis por equipes de TH em quatro estados brasileiros, apresenta o TH como uma grande máquina para “empurrar” uma instituição para frente, entendendo que suas exigências trazem benefícios a todos. Isto é, o TH gera recursos para o hospital, impactando na absorção de tecnologia e na transferência a outros setores da instituição.

Em contrapartida, em muitos países em desenvolvimento, apesar dos benefícios amplamente comprovados, o TH tem tido sua indicação limitada por apresentar valores elevados e, em geral, é realizado em pacientes gravemente enfermos, com doença hepática avançada. Os maiores custos relacionam-se à equipe profissional, às diárias hospitalares e aos medicamentos e, dentre esses, à solução de preservação hepática, aos antibióticos de largo espectro e aos imunossupressores<sup>(12)</sup>.

Verificado que existe mais incentivo financeiro para a política de transplante de órgãos do que para outras políticas públicas, como, por exemplo, as que abrangem a atenção primária. Logo, em relação à política brasileira de transplantes, os aspectos morais são importantes e deveriam ser reconhecidos na consolidação dessa política, diante das limitações de recursos existentes no setor saúde<sup>(13)</sup>.

Emergiram questionamentos pelos próprios participantes sobre a importância de ofertar à população uma atenção primária de qualidade, para que muitas patologias possam ser prevenidas e/ou tratadas precocemente e não haja a necessidade de terapêuticas de alta complexidade. Sinaliza-se que os custos indiretos da não realização de transplantes são elevados, como, por exemplo, no caso dos rins, as terapias renais substitutivas consomem milhões dos cofres públicos<sup>(14)</sup>.

As informações obtidas pelos participantes da pesquisa permitem inferir que a instituição destina o quantitativo de profissionais adequados para o atendimento ao paciente do transplante hepático, o que não acontece em relação às demais demandas de atendimento existentes no HU. Cabe ressaltar

que as ações desses profissionais são interdisciplinares. Uma interdisciplinaridade em que há intensidade de trocas entre os profissionais, incorporando seus conhecimentos em um modo de agir que minimiza a fragmentação do cuidado<sup>(15)</sup>.

Convém aqui enaltecer a atitude dos profissionais para a criação desse serviço no HU. Esses profissionais enfatizam que estruturaram o serviço de TH, mesmo sem as condições ideais de estrutura física e de recursos humanos, dada a vontade de oferecer esse procedimento à população. Ainda foram evidenciados os esforços da equipe do serviço de TH para esclarecer ao paciente sobre o direito de permanência próximo ao centro de referência no período pós-operatório. A maioria da população desconhece a Portaria/SAS Nº055 sobre a rotina de Tratamento Fora do Domicílio no SUS, que estabelece o custeio de despesas relativas ao transporte, à alimentação e à moradia para usuário do serviço e acompanhante que resida em distâncias superiores a 50 km do local de tratamento<sup>(16)</sup>. Esse direito é prioritário no atendimento ao transplantado, visto que os transplantes são realizados apenas em grandes centros de referência e pacientes de locais distantes, muitas vezes, não possuem condições financeiras para acessar o serviço. E, em um contexto de universalidade e integralidade, o SUS garante o direito à população de permanecer próxima ao local de tratamento, para qualquer terapia de alta complexidade.

Ainda relacionado ao acesso da população aos centros de referência em transplantes, persiste o problema da má distribuição dos centros transplantadores no país, o que caracteriza uma condição desigual de acesso ao tratamento. Isso se relaciona diretamente ao desempenho dos estados que se destacam em números de transplantes, à adequada estruturação dos centros transplantadores, à formação e à motivação permanente dos profissionais envolvidos<sup>(17)</sup>.

É interessante analisar acerca do entendimento de direito à saúde da pessoa transplantada. Isto é, os transplantes, em geral, situam-se no limiar entre o individual e o coletivo, suscitando dilemas morais, tais como os critérios equitativos para indicação do transplante, utilização de recursos públicos, dentre outros.

Na perspectiva dos participantes deste estudo, especificamente acerca do TH, questões sobre o “merecimento” do transplante impõem características significativas à escolha e terapêutica dispensada aos doentes hepáticos, já numa situação tecnicamente complexa. Tais questões perpassam a responsabilidade pessoal de um paciente acerca de sua própria saúde, particularmente importante nas discussões sobre o alcoolismo, por considerar-se o dano hepático como auto-induzido, por uma ação voluntária do paciente<sup>(18)</sup>. Dessa forma, questiona-se a utilização de um recurso expressivo para pacientes que seriam supostamente menos merecedores, por serem esses

moralmente responsáveis por sua insuficiência hepática<sup>(19)</sup>.

A responsabilidade de garantir avaliação cuidadosa e o fornecimento de órgãos a pacientes elegíveis, longe de estigmas e julgamentos, é da equipe dos centros de transplante, de maneira a oferecer práticas justas para a população<sup>(20)</sup>. A punição pelo não-cuidado com o corpo é altamente controversa e as políticas de transplante acabam por traçar uma linha, fornecendo justificativas éticas para a distinção de quem é ou não elegível<sup>(9)</sup>. A expectativa é, portanto, de que ocorram melhorias nas estruturas hospitalares e na formação de equipes transplantadoras em todas as regiões do país, o que permitirá um aumento na taxa de doação, e consequentemente, de transplantes realizados<sup>(17)</sup>.

Entende-se que ao se considerar as questões sociais, econômicas, culturais, geográficas e tantas outras possíveis, que emergem quando o assunto é saúde, a bioética é um caminho promissor para aprimorar as reflexões e ampliar as discussões. Cabe ressaltar que diversos países que trabalham no processo de doação e transplante de órgãos, com larga

experiência, incorporam a abordagem social e a perspectiva ética para consolidarem suas políticas<sup>(2)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes inseridos no serviço de TH do HU recebem atendimento diferenciado quando comparados aos demais usuários da instituição. Mas, esse paciente não recebe “privilégios”. Na realidade, ele recebe um atendimento digno, no qual seu quadro clínico e bem estar social importam para todos aqueles que atuam na sua assistência, o que deveria ser o padrão de prestação de serviços à saúde da população brasileira.

A realidade observada no cenário do estudo reflete o contexto de assistência em saúde existente no Brasil, em que atendimentos embasados na consolidada política pública dos transplantes de órgãos e atrativos repasses financeiros aos procedimentos disparam em qualidade frente aos atendimentos alicerçados em outras referências de remuneração.

## REFERÊNCIAS

1. Dalbem GG, Caregnato RC. A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):728-35.
2. Roza BA, Garcia VD, Barbosa SFF, Mendes KDS, Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):417-22.
3. Schiano TD, Bourgoise T, Rhodes R. High-risk liver transplant candidates: an ethical proposal on where to draw the line. *Liver Transpl.* 2015;21(5):607-11.
4. Ministério da Educação (BR). Relação dos Hospitais Universitários. 2014 [cited 2014 Jun 1]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&>
5. Hellmann, F. et al. *Bioética e Saúde Coletiva*. 1st ed. Florianópolis: DIOESC; 2012.
6. Ferraz AS, Santos LGM, Roza BA, Schirmer J, Knih NS, Erbs JL. Integrative review: indicators of result process of organ donation and transplants. *J Bras Nefrol.* 2013;35(3):220-8
7. Garrafa V. *Bioética e Saúde Coletiva*. 1st ed. Florianópolis: DIOESC; 2012.
8. Moraz G, Garcez AS, Assis EM, Santos JP, Barcellos NT, Kroeff LR. Cost-effectiveness in health in Brazil: a systematic review. *Cien Saude Colet.* 2015;20(10):3211-29.
9. Coelho SH. O retrato do transplante hepático no Brasil. *Boletim SBH.* 2013.
10. Soárez PC, Lara AN, Sartori AMC, Abdala E, Haddad LBP, D'Albuquerque LAC, Novaes HMD. Healthcare resource utilization and costs of outpatient follow-up after liver transplantation in a university hospital in São Paulo, Brazil: cost description study. *Sao Paulo Med J.* 2015;133(3):171-8.
11. Silva MRA. Um retrato do Transplante Hepático no Brasil - Como funcionam as equipes? *Boletim SBH.* 2013 [cited 2013 May 3]. Available from: <http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/Revista-sbh-abril.pdf>
12. Portela MP, Neri EDR, Fonteles MMF, Garcia JHP, Fernandes MEP. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(3):322-6.
13. Ribeiro CDM, Schramm FR. Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(9):1945-53.
14. Obrador GT, Rubilar X, Agazzi E, Estefan J. The Challenge of Providing Renal Replacement Therapy in Developing Countries: The Latin American Perspective. *Am J Kidney Dis.* 2016;67(3):499-506.
15. Bertazzone TMA, Ducatti M, Camargo HPM, Batista JMF, Kusumota L, Marques S. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer. *Rev Rene.* 2016; 17(1):144-53.
16. Ministério da Saúde(BR). Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde;1999.
17. Pestana JOM, Garcia VD, Felipe CR, Abbud M Filho, Galante NZ, et al. O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. *J Bras Med.* 2012;100(2):7-15.
18. Stroh G, Rosell T, Dong F, Forster J. Early liver transplantation for patients with acute alcoholic hepatitis: public views and the effects on organ donation. *Am J Transplant.* 2015;15(6):1598.
19. Singhvi A, Welch AN, Levitsky J, Singhvi D, Gordon EJ. Ethical Considerations of Transplantation and Living Donation for Patients with Alcoholic Liver Diseases. *AMA J Ethics.* 2016;18(2):163-173.
20. Glannon W. Responsibility and priority in liver transplantation. In: Bayliss F, Borgerson K, Hoffmaster B, Sherwin S, editors. *Health Care Ethics in Canada*. 3rd ed. Toronto: Nelson Education; 2012.

# (DES)VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO

Candice Ellen Barbalho Lage<sup>1</sup>, Marcelo da Silva Alves<sup>2</sup>

**Objetivo:** compreender as percepções dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora - MG acerca do reconhecimento e valorização da sua profissão e suas implicações no seu cotidiano. **Metodologia:** pesquisa qualitativa do tipo descritiva, realizada com enfermeiros atuantes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da cidade de Juiz de Fora-MG, no período de outubro a dezembro de 2014, a partir de entrevistas semiestruturadas, consideradas por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** foram organizados em quatro categorias, intituladas Valorização profissional x empenho profissional, Valorização profissional x fator motivacional, (Des)valorização profissional x (des)encantamento profissional e Valorização profissional x entusiasmo profissional, as quais revelam de que forma a (des)valorização da enfermagem se reflete no cotidiano do enfermeiro. **Conclusão:** concluiu-se que na realização do cuidado de enfermagem oferecido aparecem os reflexos de um trabalho frustrado ou excelente, todavia, cabe ao profissional permitir se afetar, ou não, motivar-se, ou não.

**Descritores:** Enfermagem, Motivação, Valorização social.

## EVALUATION OF NURSING AND IMPLICATIONS IN NURSES' DAYLY ROUTINE

**Objective:** to understand the perceptions of nurses working in Primary Health Care of Juiz de Fora-MG about the recognition and appreciation of their occupation and its implications in their everyday lives. **Methodology:** descriptive qualitative research methodology was used, performed with nurses working in Primary Health Care of Juiz de Fora-MG, from October to December 2014, from a semi-structured interview,, examined by content analysis. **Results:** they were organized in four categories, entitled professional valuation x professional effort, professional valuation x motivational factor, professional (un)valuation x professional (dis)enchantment and professional value x professional enthusiasm, which reveal how the (un)importance of nursing reflected in nurses' daily lives. **Conclusion:** It concludes that in carrying out the nursing care offered appear the reflections of a frustrated or excellent job.

It was concluded that the realization of the offered nursing care appear the reflexes of a frustrated or excellent job; however, it is up to professional allow to affect, or not, to motivate yourself, or not.

**Descriptors:** Nursing; Motivation; Social desirability.

## LA DEVALUACIÓN DE LA ENFERMERÍA Y LAS IMPLICACIONES PARA EL USO DIARIO DE LAS ENFERMERAS

**Objetivo:** comprender la percepción de enfermeras de Atención Primaria de Salud de Juiz de Fora - MG, sobre el reconocimiento y la valoración de su profesión y sus implicaciones en su vida diaria. **Metodología:** investigación cualitativa descriptiva, hecha con enfermeras de Atención Primaria de Salud de Juiz de Fora - MG, de octubre a diciembre 2014. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas semiestruturadas y fueron analizados mediante el análisis de contenido. **Resultados:** fueron organizados en cuatro categorías, titulado como valorización profesional x desarrollo profesional, valorización profesional x factor de motivación, (des)valorización profesional x (des)encanto profesional y valorización profesional x entusiasmo profesional, que revelan cómo la (des) valorización de la enfermería se refleja en la vida cotidiana de las enfermeras. **Conclusión:** se concluye que la realización de los cuidados de enfermería han proporcionado mostrar los reflejos de un trabajo frustrado o excelente; sin embargo, es la responsabilidad profesional permitirse afectar, o no, de motivarse, o no.

**Descritores:** Enfermería; Motivación; Deseabilidad social.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. E-mail: candicelage@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeiro.Doutor em Saúde Coletiva.Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

## INTRODUÇÃO

A enfermagem é permeada por imagens estereotipadas e primitivas, percepções errôneas que derivam da história da profissão e que se perpetuam até os dias de hoje<sup>(1)</sup>.

O estudo da história da enfermagem leva a compreender que as lutas travadas contra os preconceitos presentes no imaginário coletivo tem importância na aceitação e no reconhecimento social dessa profissão. A falta de reconhecimento não é discutida com a devida importância, ocupando posição secundária nos debates sobre gestão, embora seu estudo seja essencial para a cooperação e para a subsequente produtividade<sup>(2,3)</sup>.

A importância desse reconhecimento encontra-se, entre outros, na influência que a valorização da profissão, em suas variadas dimensões, tem no desempenho profissional. Implicações negativas geradas pela pouca visibilidade da enfermagem estão relacionadas à insatisfação e ausência de motivação no contexto de trabalho<sup>(4)</sup>. A falta de visibilidade e reconhecimento da profissão pela equipe de saúde e pelos pacientes pode comprometer a construção de vínculos, como também a efetivação do cuidado<sup>(4)</sup>.

O reconhecimento da enfermagem e o prestígio social podem fazer com que o enfermeiro se sinta pleno, com as atividades desempenhadas no contexto de trabalho e perante a sociedade. O trabalhador, quando reconhecido, desenvolve o seu fazer com maior comprometimento e satisfação, o que pode motivar o enfermeiro a desenvolver a assistência ao paciente com maior qualidade por sentir-se valorizado<sup>(4,5)</sup>.

## Objetivo

Este estudo teve como objetivo compreender as percepções dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora - MG acerca do reconhecimento e valorização da sua profissão e suas implicações no seu cotidiano.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo, realizado com 12 enfermeiros atuantes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da cidade de Juiz de Fora-MG.

A Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora é composta por 67 unidades, sendo 48 na área urbana e 19 na zona rural. Para a seleção dos participantes, foram utilizados, como critérios de inclusão, os enfermeiros do cenário acima descrito, que trabalhassem em unidades da área urbana e que aceitassem participar, demonstrando sua aquiescência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram utilizados, como critérios de exclusão, os enfermeiros residentes e os enfermeiros que estivessem em período de férias, licenças, ou que não fossem localizados durante o período da coleta de dados. As unidades que integram este estudo foram escolhidas de forma aleatória, a

partir de uma lista com todas as unidades urbanas existentes.

A coleta de dados foi realizada, no período de outubro a dezembro de 2014, nas próprias UAPS, em dias e horários escolhidos pelos próprios participantes, agendadas de acordo com sua disponibilidade, utilizando-se a técnica da entrevista semiestruturada como instrumento. As entrevistas abordaram pontos tais como: de que modo o enfermeiro se percebe representado pelos pacientes e pela sociedade em geral, como essa representação interfere no seu dia a dia, fatores de (in)satisfação no trabalho e o que representa para ele ser enfermeiro. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, para que se obtivesse total fidedignidade aos relatos. O número de entrevistas não foi estabelecido a priori, uma vez que foi seguido o critério de saturação.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, de forma atenta e minuciosa e foi realizada uma leitura recorrente das mesmas para organização do material, seguida de exploração exaustiva, para assim identificar as unidades estruturais significantes. Em seguida, os dados foram agrupados em categorias analíticas a partir dos sentidos e dos significados das falas dos sujeitos e analisadas a partir da análise de conteúdo, que é: *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (7,48).

Com a finalidade de preservar a identificação e garantir o sigilo, os participantes foram denominados por “ENF”, seguidos do número correspondente à ordem em que foram entrevistados.

Todas as fases de realização da pesquisa contemplaram a Resolução do CNS n. 466(6), de 12 de dezembro de 2012 e a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), sob o parecer 622.548 de 22/04/2014 e CAAE nº 27622014.0.0000.5147.

## RESULTADOS

Em relação ao perfil, a idade dos 12 participantes variou entre 29 e 57 anos; o tempo de formados, entre quatro anos e meio e 32 anos; tempo de atuação na unidade de saúde em que trabalha, entre um mês e nove anos; em relação às titulações máximas, nove possuem especialização e três possuem mestrado. Todos são concursados na prefeitura do município.

A partir da análise dos dados, emergiram quatro categorias, que são apresentadas logo a seguir:

### 1) Valorização profissional x empenho profissional

A valorização e o reconhecimento do trabalho do

enfermeiro estão aquém da expectativa e importância atribuída pelo mesmo e a ausência desses componentes assume um caráter negativo na motivação e desempenho do seu trabalho: *Interfere, interfere negativamente. Vira um ciclo vicioso, né? A partir do momento que eu não tenho uma valorização, eu não faço o meu trabalho da melhor forma que eu poderia fazer. Eu faço o que é obrigação, e acabou, eu nunca vou além, mesmo tendo esse potencial de ir além. [...] não que o que eu faça ou que outras pessoas façam não seja adequado, a gente faz, cumpre as nossas obrigações e só. (ENF 10). Eu acho assim, no meu dia a dia eu acho que não interfere tanto não, mas eu acho que pra muitas pessoas sim, porque elas acabam deixando de lado, deixam correr solto do jeito que dá, porque às vezes você não tem uma valorização [...]. (ENF 11).*

### 2) Valorização profissional x fator motivacional

As percepções que os enfermeiros entrevistados têm de si e dos papéis que desempenham na sociedade são afetados por alguns aspectos referentes à valorização obtida: *[...] eu já até parei pra pensar, se hoje, a gente quer melhorar, a prevenção, fazer o citopatológico, fazer acompanhamento do pré-natal, mas às vezes parece até que é uma mão de obra barata, que tem o médico na equipe, mas assim, utiliza-se da nossa mão-de-obra, pra dar conta de todos esses problemas. Eu sinto uma desvalorização e assim, desmotiva, né? (ENF 11).*

Por outro lado, a motivação é originada a partir das necessidades internas e de fatores de satisfação intrínsecos aos indivíduos e não de situações extrínsecas ao mesmo<sup>(8)</sup>, como visto na fala a seguir: *Olha, eu não me vejo fazendo outra coisa [risos]. [...] o fato de eu estar presente, de eu poder ajudar de alguma forma, de eu ter um conhecimento maior a respeito de determinada coisa e orientar esse paciente, e você ver realmente que ele atingiu alguma meta, algum objetivo, ou teve uma mudança de vida, ou teve um restabelecimento da saúde, eu acho que isso é que me faz levantar todo dia, entendeu? Para poder vir trabalhar, apesar de realmente não ser reconhecida. (ENF 10).*

### 3) (Des)valorização profissional x (des)encantamento profissional

A representação da imagem do enfermeiro e o cenário atual em que a profissão se encontra têm implicações profundas nos seus exercentes, que passam a questionar se é válido permanecer nessa profissão: *Ah já, já pensei sim [em mudar de profissão], porque vai envolvendo essa sobrecarga de trabalho, essa falta de reconhecimento, muitas vezes da profissão perante a mídia, perante a outras pessoas, igual a minha família e os meus amigos sabem, vizinhos próximos, mas no geral às vezes você fica um pouco frustrado assim, que dia que vou ser reconhecida? Cabe muito a você também, você mostrar o seu trabalho, se dedicar, tem essa questão também da pessoa, mas a construção cultural, então já pensei em mudar de profissão sim. E aí acaba que é por esse motivo assim, dessa visão meio assim, do inferior, né, você é visto como inferior ali. (ENF 6). Sim, o que acontece, quando você percebe que as coisas não se encaminham, então sem dúvida você tem essa vontade [de mudar de profissão]. (ENF 7).*

*“Eu faço o que é obrigação, e acabou, eu nunca vou além, mesmo tendo esse potencial de ir além”*

### 4) Valorização profissional x entusiasmo profissional

Apresentando a mesma visão, porém por outra ótica, surgem os depoimentos que mostram como a presença do reconhecimento e da valorização laboral podem ter repercussões positivas na vida do trabalhador: *A forma que a pessoa reconheceu o que você fez, que você tentou ajudar. Isso te motiva a ajudar outras pessoas, e a gente faz isso direto, até sem ver. (ENF 2). Essa importância que as pessoas dão ao meu trabalho? Ah, isso é gratificante, né? A pessoa chegar e dizer pra você “eu vim aqui agradecer por isso, por aquilo”, às vezes uma coisa mínima que a gente faz, isso é gratificante, isso é bom, pra te ajudar no seu dia a dia, né, poxa, vou continuar nesse trabalho porque realmente, eu tô fazendo aquilo que eu gosto e as pessoas estão reconhecendo. (ENF 3).*

Para outros enfermeiros, a presença ou ausência do reconhecimento do usuário é indiferente, uma vez que eles vão à unidade para realizar o seu serviço independente do valor que outras pessoas atribuem à sua atuação: *Não, eu faço tudo que eu deveria fazer, eu sigo protocolos do Ministério, manuais do Ministério e a minha consciência, então agradando ou não agradando eu vou fazer o que tem que ser feito [...]. (ENF 9). Eu venho, faço o meu serviço, gosto de fazer o meu serviço bem feito, porque eu vou pra casa,*

*gosto de ficar com a consciência tranquila, porque eu gosto, eu vejo resultado no que eu faço, mas eu não importo com satisfação não. É claro que elogio é sempre bom, mas nem sempre a gente consegue agradar todo mundo também, né [...] (ENF 9).*

## DISCUSSÃO

Observou-se, neste estudo, que a falta de valorização e reconhecimento do trabalho do enfermeiro pode interferir diretamente no seu empenho, na sua autoestima e, conseqüentemente, na relação do profissional com o seu trabalho e consigo mesmo, uma vez que os entrevistados relatam que, ao não se sentirem valorizados, os trabalhadores deixam de se empenhar no exercício da sua função.

O fazer profissional do enfermeiro é mobilizado e estimulado por meio do reconhecimento do seu trabalho. A satisfação no trabalho e o sentimento de realização profissional são ingredientes que contribuem para o desenvolvimento do seu fazer e impulsionam a sua busca por crescimento profissional<sup>(9)</sup>. Logo, na realização do cuidado de enfermagem oferecido, aparecem os reflexos de um trabalho frustrado ou excelente<sup>(10)</sup>.

Nesse sentido, nota-se, nas falas, que por não se sentir valorizado e reconhecido pelo trabalho que exerce, o enfermeiro perde o estímulo para utilizar o seu potencial máximo na sua execução. Nesse contexto, podem ficar prejudicados o próprio profissional, que não se sente feliz, nem se realiza no seu trabalho, e o usuário, que tende a encontrar um profissional desmotivado em atendê-lo, ou que realiza sua assistência de maneira automática, sem refletir sobre o seu papel, interferindo, assim, na qualidade do serviço prestado.

Quando se soma a esse contexto um atendimento de baixa qualidade, em que o profissional não demonstra entusiasmo ou empenho para atender às necessidades do cliente, volta-se ao ponto em que o cliente não irá valorizar o profissional nem o seu ofício, entrando assim em um ciclo em que um fator sempre afeta e é afetado pelo outro.

Nessa linha de raciocínio, outros autores<sup>(9,11)</sup> narram que a valorização profissional apresenta-se densamente conectada à motivação, sendo determinante na expressão da subjetividade e no comportamento no trabalho. Assim,

do mesmo modo que a desmotivação laboral é passível de determinar a desestruturação no desenvolvimento do trabalho da enfermagem, o caminho contrário é recíproco, tornando-se assim um esquema cíclico de retroalimentação.

Além disso, os enfermeiros, muitas vezes ofuscados, anseiam o reconhecimento do seu fazer e sofrem quando se empenham para qualificar seu trabalho e não são bem avaliados e valorizados<sup>(12)</sup>. É possível perceber esse sofrimento em alguns relatos das entrevistas, observando-se que a desvalorização sentida pelos enfermeiros parece afetar a forma como eles se percebem, fazendo com que os próprios profissionais questionem sua importância e seu valor para a sociedade, e se eles existem. Fica claro que essa falta de valor, atribuída à profissão, os desmotiva.

Todavia, apesar dos entrevistados relatarem a vontade de muitas vezes buscarem outros caminhos profissionais, todos disseram que só assumiriam esse novo rumo após sua

aposentadoria, pois, apesar de muitas insatisfações na área, exercem a profissão por amor e afinidade. Nesse sentido, os autores, Cardozo *et al.*<sup>(13)</sup> dizem que “a Enfermagem é uma profissão que recruta seus executores, e que, mesmo insatisfeitos, humilhados e desvalorizados, buscam prestar uma atenção diferenciada para quem necessitar”, e que mesmo imersos em dificuldades cotidianas de trabalho, os enfermeiros continuam a exercer um cuidado de

qualidade com um sorriso no rosto.

Possivelmente, esse conformismo está ainda associado à sua carga histórica, aos sentimentos e comportamentos valorizados e norteados pelo apostolado e pela submissão. Assumindo uma competência pouco valorizada, o profissional preza pelo bom relacionamento e segue cumprindo seu papel de assistir o usuário na unidade. Esses fatos parecem inibir o enfermeiro a ousar derrubar barreiras para mostrar seu próprio valor, o que pode contribuir para que a profissão e o profissional não conquistem o devido respeito e continuem socialmente invisíveis.

Alguns autores<sup>(4)</sup> expressam que a dificuldade do enfermeiro em mudar a visão de sua imagem está associada a fatores variados e, entre eles, destaca-se o rompimento do elo com o silêncio para passar a destacar suas próprias qualidades. Esse fator o impede de conseguir mostrar suas

*“a falta de valorização e reconhecimento do trabalho do Enfermeiro pode interferir diretamente no seu empenho”*

próprias virtudes, o que contribui para que socialmente a profissão e o profissional continuem cada vez menos visíveis.

O profissional de enfermagem, ao perceber-se como ser humano e profissional invisível, sente-se desvalorizado por ser assim percebido pelo outro ser. Condições ambíguas se fazem presentes nas ações e atitudes de cuidado, principalmente por serem elas rotineiras, passando despercebidas pelo outro (situação invisível), entretanto, essa ausência é vista como um não-cuidado (situação visível). Revelam-se, aí, os movimentos ambíguos, complexos, contraditórios e até divergentes, mas que fazem parte das relações humanas inseridas no cuidado e não cuidado<sup>(14)</sup>.

Por outro lado, analisando-se o mesmo contexto, porém, sob outra ótica, fica nítida a satisfação do enfermeiro quando lhe é dada a devida importância pelo seu trabalho. Os gestos dos usuários ao elogiá-los, presentear-los ou simplesmente agradecer-los são vistos como um retorno positivo pela prestação de seus serviços, e assim eles se sentem reconhecidos, parceiros, com vínculos.

Apesar de alguns enfermeiros afirmarem que não se importam com o valor atribuído ao seu exercício, em outros momentos, os mesmos queixam-se da baixa valorização da profissão, e da necessidade de maior reconhecimento.

## CONCLUSÃO

Compreendeu-se, a partir deste estudo, que para o exercício apropriado e satisfatório de uma determinada profissão são imprescindíveis a motivação e a valorização do profissional em seu ambiente de trabalho. Percebe-se que, do mesmo modo em que as frustrações e desalentos podem refletir-se de forma negativa no trabalho do enfermeiro, as percepções, valores e sentimentos positivos também se refletem no seu exercício profissional.

Desse modo, entende-se que a motivação no trabalho do enfermeiro sofre influência de diversos fatores e que em vários momentos sua frustração é justificável, porém, cabe ao profissional permitir-se afetar-se ou não, motivar-se ou não.

A mola propulsora que o conduz no campo da satisfação, tanto psicológica, emocional e profissional, está dentro do próprio Enfermeiro. Aprender a dar e receber amor são tarefas que começam consigo mesmo, partindo da decisão de por fim a todas as dificuldades e comportamentos de menos valia que porventura tenham se tornado seu estilo de vida. A sua autoimagem positiva reforça a aptidão, a valorização, o aprimoramento e o empenho para obter as realizações e metas planejadas. A motivação profissional se estabelece pelos graus de realização e satisfação nele encontrados.

## REFERÊNCIAS

- Oguisso T, Souza Campos PF, Moreira A. Por que e para que estudar história da enfermagem? *Enferm Foco*. 2013;4(1):49-53.
- Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. *Rev Produção*. 2004;14(3):27-34.
- Traesel ES, Merlo ÁRC. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. *Psico*. 2009;40(1):102-9.
- Avila LI, da Silveira RS, Lunardi VL, Machado GFF, Mancia JR, da Silveira JT. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):102-9.
- Silveira RS, Funck CR, Lunardi VL, Avila LI, Vidal DAS. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. *Enferm Foco*. 2012;3(2):93-6.
- Brasil. Resolução, Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos *Diário Oficial da União*. 2012.
- Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Braga Junior SS, Santos RR, Carvalho JS, Silva GdP, Silva Dd. Possibilidades entre Motivação e Produtividade: Um Estudo de Caso no Alto Tietê. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*. 2013;8(3).
- Sprandel LIS, Vaghetti HH. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. *Rev Eletr Enf*. 2012;14(4):704-802.
- Regis L, Porto IS. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):334-41.
- Dejours C. A Banalização Da Injustiça Social. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2000.
- Maissiat GdS, Lautert L, Dal Pai D, Tavares JP. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):42-49. 2015.
- Cardozo EG, Silva DLdLCd, Guilherme FJdA, Ferreira RdS. A insatisfação profissional na enfermagem: Problemas Psicossociais. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2015;9(2).
- Baggio MA, Erdmann AL. (In) visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(6):745-50.

Recebido em: 23/04/2016  
Aceito em: 20/12/2016



# O CUIDADO COM O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO DISCURSO DE PAIS E MÃES ADOLESCENTES

Ana Dulce Amorim Santos Soares<sup>1</sup>, Silvana Santiago da Rocha<sup>2</sup>, Augusto Cezar Antunes de Araújo Filho<sup>3</sup>

**Objetivo:** este estudo teve como objetivo conhecer como os pais adolescentes descrevem o cuidado a seus filhos no contexto familiar e sua relação com o crescimento e desenvolvimento infantil. Pesquisa qualitativa, realizada no território da Estratégia Saúde da Família de Teresina-PI, com pais adolescentes, de crianças menores de cinco anos. Os dados foram colhidos por meio de entrevista semiestruturada, com 8 participantes entrevistados, dentre esses, seis mães e dois pais adolescentes. Os discursos foram estudados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os cuidados relatados relacionaram-se à alimentação, aleitamento materno, higiene, ludicidade e prevenção de acidentes. O aperfeiçoamento na atenção voltada à paternidade na adolescência é necessário, visto que essa fase se encontra permeada de dificuldades.

**Descritores:** Adolescente, Saúde da Criança, Desenvolvimento Infantil, Enfermagem.

### CARE FOR THE CHILD GROWTH AND DEVELOPMENT IN THE DISCOURSE OF PARENTS AND TEENAGE MOTHERS

**Objective:** This study aimed to understand how adolescents parents describe the care their children within the family and their relationship with the child growth and development. Qualitative research, conducted in the territory of the Family Health Strategy in Teresina-PI, with teenage parents of children under five years. The informations were collected through semi-structured interviews with 8 participants interviewed, among these, 6 mothers and 2 teenage parents. The speeches were analyzed using Bardin content analysis. Reported care were feeding, breastfeeding, hygiene, vaccination, playfulness and accident prevention. The improvement in facing fatherhood in adolescence is needed, since this phase is fraught with difficulties and doubts.

**Descriptors:** Adolescent, Children's Health, Child development, Nursing.

### CUIDAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL EN EL DISCURSO DE LOS PADRES Y LAS MADRES ADOLESCENTES

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo los adolescentes padres describen el cuidado de sus hijos dentro de la familia y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño. Investigación cualitativa, llevada a cabo en el territorio de la Estrategia de Salud de la Familia en Teresina-PI, con los padres de adolescentes de niños menores de cinco años. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas a 8 participantes entrevistados, entre ellos, 6 madres y 2 padres adolescentes. Los discursos fueron analizados mediante el análisis de contenido de Bardin. Los cuidados reportados eran la alimentación, la lactancia materna, la higiene, la vacunación, la alegría y la prevención de accidentes. Es necesaria una mejora para hacer frente a la paternidad en la adolescencia, ya que esta fase está plagado de dificultades y dudas.

**Descriptorios:** Adolescente, Salud Infantil, Desarrollo Infantil, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda na Universidade Federal do Piauí (UFPI).

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. E-mail: araujoaugusto@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A adolescência consiste no período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizando-se pelos impulsos do desenvolvimento biológico, psicológico e social. Essa fase se inicia com as mudanças corporais da puberdade, caracterizando-se pelo despertar da sexualidade, desenvolvimento da personalidade, além de esforços para integração em grupos sociais. Os limites cronológicos dessa fase são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), correspondendo à faixa etária de 10 a 19 anos<sup>(1-2)</sup>.

Sabe-se que a gravidez precoce e a paternidade na adolescência têm sido considerados problemas sociais que afetam a saúde pública no Brasil, associados a entraves para o desenvolvimento físico, psicológico e social do adolescente, além de representar riscos à saúde das crianças geradas nesse contexto<sup>(1-3)</sup>.

Múltiplos são os fatores que cercam a paternidade na adolescência, e sérias são as implicações que podem refletir diretamente no cuidado desses jovens genitores ao infante. Citam-se como fatores relacionados: questão de gênero, condição socioeconômica, mudanças e desafios impostos aos pais adolescentes nessa fase da vida, que acabam expondo as crianças a um cuidado deficitário, deixando-as vulneráveis a diversos agravos à saúde das mesmas<sup>(4)</sup>.

Entre os principais aspectos que influenciam na caracterização do cuidado deficitário à criança pelos pais adolescentes, destacam-se: a responsabilidade precocemente imposta pela gestação não planejada, a evasão escolar, as perdas de oportunidade e as impressões negativas acerca da paternidade na adolescência. Essas impressões são refletidas nas relações familiares e no convívio com a criança, o que afeta consideravelmente o crescimento e o desenvolvimento, além de contribuir para a elevação nos índices de morbimortalidade infantil<sup>(5)</sup>.

Sob essa perspectiva, a atenção primária constitui um elemento chave no controle dessa problemática, visto que, após a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), foram desenvolvidas ações priorizando a promoção da saúde infantil, prevenção de acidentes e de doenças prevalentes na infância. As principais diretrizes dessas ações têm sido a promoção do

aleitamento materno exclusivo e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil<sup>(6-8)</sup>.

O acompanhamento do crescimento infantil caracteriza-se como um importante instrumento de avaliação das condições de saúde de indivíduos e populações. Na puericultura, essa avaliação é realizada por meio da análise da história clínica e social da criança, dados dos pais, exame físico e aferição de medidas antropométricas. O desenvolvimento infantil é caracterizado como um processo vital resultante da interação entre os fenômenos de crescimento, maturação e aprendizagem, no qual acontecem mudanças qualitativas nas funções do organismo, que podem ser observadas por meio das habilidades e comportamentos nas dimensões física, intelectual, emocional e social<sup>(9-10)</sup>.

Tendo em vista os fatores de risco relacionados à saúde do infante gerado pela gravidez precoce, e os desafios impostos aos pais adolescentes, este estudo teve como

objetivo conhecer como os pais adolescentes descrevem o cuidado a seus filhos no contexto familiar, e sua relação com o crescimento e desenvolvimento infantil.

## METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no território de quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de Teresina-PI.

Os participantes do estudo foram pais e mães adolescentes, na faixa etária

de 10 a 19 anos, que tivessem filhos menores de cinco anos de idade, e que residissem na área territorial coberta pelas equipes descritas. Foram excluídos aqueles que não apresentavam condições de responder às perguntas da entrevista, pelo fato de apresentarem incapacidades auditivas, distúrbios que impedissem a fala, ou deficiência mental. Os participantes foram entrevistados em seus domicílios, na ocasião das visitas domiciliares, realizadas pelos enfermeiros pertencentes às equipes da ESF.

Os dados foram coletados de janeiro a abril de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, com auxílio de gravação em áudio, mediante a utilização de um roteiro contendo as seguintes questões: 1) Conte-me como o(a) senhor(a) cuida de seu(s) filho(s) no cotidiano; 2) Que facilidades e/ou dificuldades já encontrou ao cuidar de seu(s) filho(s)?; 3) Como o(a) senhor(a) faz para promover o crescimento e

*“Os participantes do estudo foram pais e mães adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos”*

desenvolvimento infantil de seu(s) filho(s)?

Previamente às entrevistas, foi apresentado o Termo de Assentimento, que foi assinado pelos participantes menores de 18 anos e pelo seu respectivo responsável. No caso dos participantes que se encontravam na faixa etária de 18 a 19 anos, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A amostra foi definida por saturação teórica, sendo atingida com 8 participantes entrevistados, dentre os mesmos, 6 mães e 2 pais adolescentes<sup>(11)</sup>. A análise dos discursos se deu mediante técnica de análise de conteúdo de Bardin<sup>(12)</sup>. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por nomes de flores.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob parecer 07760612.8.0000.5214, sendo também aprovado pela instituição onde foi realizada a coleta dos dados.

## RESULTADOS

Após a transcrição das falas gravadas dos participantes, elencaram-se categorias analíticas com base nos discursos apresentados.

### 1) Atividades diárias dos pais relacionadas ao cuidado com o infante

O provimento do cuidado foi representado no discurso dos participantes entrevistados como sinônimo de boa alimentação. Para os pais, se as crianças tivessem uma boa oferta de alimentos e apetite estavam bem cuidadas. Porém, essa oferta nem sempre representava a alimentação mais adequada, especialmente, para as crianças menores de seis meses de idade, que se encontravam em alimentação complementar.

Observou-se que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade não era efetivo, pois as mães defendiam a inserção precoce de papinhas, mingaus, sucos, chás e água na alimentação das crianças menores de seis meses, possivelmente, por não acreditarem que o leite materno seria suficiente para o crescimento e desenvolvimento de seus filhos.

Notou-se, também, uma relação estabelecida pelos pais entre a higiene corporal e a saúde da criança como possível fator de proteção contra doenças de pele, tais como micoses, dermatites e infecções. *Eu dou banho sempre, troco a fraldinha e faço a comida dele [...] Ele come de tudo,*

*mas aí a alimentaçãozinha dele mesmo é a cremogema, leite, nescau, danone, fruta, biscoito... de tudo ele come, tudo que a gente der ele come* (Lavanda/ idade da criança – 5 meses).

*Eu gosto de dar vitamina, água, todo tipo de comida eu tou dando toda hora pra elas, a pequeninha começou a comer papinha foi cedo, com 4 meses ela já comia toda hora [...] A enfermeira do postinho me disse pra ter cuidado com as coceirinha de fralda, aí eu não aliso, tenho todo cuidado pra elas não fiquem assadinhas, aí eu banho elas, troco elas e passo uma pomadinha sempre que precisa* (Jasmin/ idade das crianças – 2 anos; 6 meses).

Identificou-se também nas falas dos participantes atitudes positivas relacionadas ao aleitamento materno exclusivo, as quais são representadas a seguir: *Ela tomou só leite do peito até hoje, me disseram que água e chá era bom, mas a enfermeira que faz visita me disse pra não dar nada além do peito, até ela completar seis meses, e foi assim que eu fiz...* (Gardênia/ idade da criança – 1 ano).

*Eu nunca dei nada além do peito pra ele, a doutora me disse que não era bom. Esperei ele ficar maiorzinho pra poder dar água, chá e suco...* (Girassol/ idade da criança – 4 anos). Percebeu-se que as orientações das equipes da ESF, especialmente dos enfermeiros, mostraram-se benéficas na prática do aleitamento materno exclusivo de duas das seis mães adolescentes entrevistadas, funcionando como rede de apoio e fornecimento de orientações acerca do cuidado com a alimentação da criança.

### 2) Promoção do crescimento e desenvolvimento do infante

Os participantes do estudo relataram diversas formas de realizar a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, das quais destacaram-se as atividades de lazer e o cuidado com a prevenção de agravos, como quedas e acidentes, além do acompanhamento da evolução cognitiva da criança, conforme é apresentado nos discursos a seguir: *Ele é muito ativo, tudo que ele vê ele mexe, o que ele não pode pegar ele bota uma cadeira e sobe, aí eu tenho medo dele se machucar. Então eu gosto de colocar ele pra se interter com os carrinhos, mas ele adora também assistir os desenhos na televisão...* (Rosa/ idade da criança – 1 ano e 6 meses).

*Eu arrumo o chiqueirinho dela, boto os brinquedinhos*

“Observou-se que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade não era efetivo”

*dela, boto ela lá dentro, aí vou fazer as minhas coisas. Ela gosta muito de ficar brincando com o pai dela, mas ele não tem muito tempo não, porque ele tem que trabalhar pra sustentar a casa...* (Margarida/ idade da criança – 9 meses). Observa-se no discurso de Margarida que a construção da paternidade na adolescência encontra-se permeada de dificuldades, e muitas mulheres, pela dificuldade socioeconômica, abandono da rede familiar, ou responsabilidade exigida para cuidar dos filhos, abandonam a escola e outros projetos de vida para se dedicarem ao cuidado da criança.

Os homens, por sua vez, parecem se ausentar do cuidado domiciliar no que diz respeito aos aspectos inerentes ao acompanhamento do desenvolvimento infantil e à promoção da ludicidade das crianças para se dedicarem ao trabalho, com vistas à remuneração e ao sustento da família.

Outro aspecto apontado nos discursos relaciona-se à prevenção de acidentes e agravos por meio da observação e acompanhamento das atividades das crianças, as quais, por curiosidade, exploram utensílios domésticos, experimentando novos sabores, odores e aperfeiçoando o tato.

Fase em que se exige muita atenção dos genitores, especialmente das mães, que se encontram na maioria do tempo em contato com a criança, realizando estratégias diversas para prevenir acidentes como quedas, queimaduras, intoxicações e outros agravos. *Os produtos de limpeza da casa, eu separo tudinho e escondo delas, as facas, tesouras, as coisas da limpeza, e tudo perigoso elas nem vê, porque sabe né, criança é bicho danado pra mexer...* (Jasmin/ idade das crianças – 2 anos; 6 meses).

## DISCUSSÃO

A prática da introdução da alimentação complementar antes dos seis meses de idade, observada nos discursos, pode ser atribuída ao desconhecimento de muitas mães adolescentes quanto às propriedades e benefícios do leite materno, além de desconhecerem os riscos para a saúde da criança relacionados à inserção precoce da alimentação complementar<sup>(13)</sup>.

A deficiência de orientações sobre o cuidado com a

criança e o abandono da rede de apoio familiar podem dificultar ainda mais esse processo, uma vez que a maioria dos genitores adolescentes, em especial as mulheres, algumas abandonadas por seus companheiros, definem-se sozinhas, inexperientes e inseguras para oferecer um cuidado adequado a seus filhos. Esse fato está associado à ocorrência de problemas psicológicos nas mães adolescentes, como nervosismo, insônia e depressão, devido ao abandono de seus familiares, parceiros e amigos, o que pode representar riscos à saúde das crianças inseridas nesse contexto<sup>(14)</sup>.

A introdução precoce de alimentos complementares constitui um aspecto de vulnerabilidade para a saúde e não melhora o crescimento. Além disso, não protege a criança, e, conseqüentemente, expõe-na a problemas de saúde, ou seja, os malefícios dessa introdução antes dos seis meses de idade transpõem qualquer benefício potencial<sup>(15-16)</sup>.

Quanto à promoção do desenvolvimento infantil, os discursos dos participantes denotaram entendimento da necessidade de prevenção de acidentes e agravos na infância. Na tentativa de impedir que as crianças tivessem acesso a utensílios perfurocortantes, produtos corrosivos ou explosivos, as mães adolescentes mostraram conhecimento de que o ambiente doméstico pode ser considerado hostil aos pequenos habitantes e que, somente sob a proteção atenta dos pais, é que se pode evitar acidentes graves.

Porém, a falta de informação, a omissão e a negligência de pais adolescentes podem ser também importantes fatores de risco para exposição de crianças a acidentes em seu próprio domicílio<sup>(17)</sup>.

## CONCLUSÃO

O cuidado dos pais e mães adolescentes com o crescimento e desenvolvimento infantil tem caráter multidimensional e ainda engloba muitos desafios. Compreender como os aspectos socioeconômicos e culturais influenciam nesse cuidado permite intensificar as práticas da assistência de enfermagem à saúde da criança na atenção básica, vislumbrando o caráter holístico do processo de cuidar.

Permitiu-se alcançar os objetivos propostos para esse estudo com o desvelar do cuidado prestado pelos

*“Os homens, por sua vez, parecem se ausentar do cuidado domiciliar”*

participantes aos seus filhos menores de cinco anos. Na oportunidade da coleta de dados e análise dos discursos foi possível compreender como os pais desenvolviam ações para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

Os resultados mostram a necessidade de aperfeiçoamento na atenção voltada à paternidade na adolescência, visto que essa fase ainda se encontra permeada de dificuldades inerentes ao processo de acompanhamento e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil,

o que gera riscos à saúde das crianças envolvidas nesse contexto.

A realização periódica de visitas domiciliares aliada à intensificação da puericultura nas unidades básicas de saúde e ao acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como à participação da rede familiar, revelam-se como alternativas promissoras para a diminuição das vulnerabilidades que circundam a paternidade na adolescência e o cuidado à criança inserida nesse contexto.

## REFERÊNCIAS

1. Santos KD, Motta IF. O significado da maternidade na trajetória de três jovens mães: um estudo psicanalítico. *Estud psicol.* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 18]; 31(4):517-525. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2014000400006&lng=en&nr=1](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000400006&lng=en&nr=1).
2. World Health Organization (WHO). Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 2014a.
3. Santos PFBB, Santos ADB, Mota GM, Galhardo TF, Medeiros ER. Significados da maternidade/paternidade para adolescentes que vivenciam esse processo. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.* [Internet]. 2015 [citado 2015 Jun 10]; 5(2):1629-42. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/819>.
4. Patias ND, Fiorin PC, Lima LS, Dias ACG. O fenômeno da parentalidade durante a adolescência: reflexões sobre relações de gênero. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 10]; 15(2):45-62. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167729702014000200005&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702014000200005&lng=pt).
5. Silva BT, Silva MRS. Necessidades e preocupações dos pais em diferentes etapas do ciclo vital. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 10]; 67(6):957-964. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670614>.
6. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 10]; 67(6):1000-1007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
7. Passanha A, Benício MHD, Venâncio SI, Reis MCG. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 10]; 47(6):1141-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01141.pdf>.
8. Chaves CMP, Lima FET, Mendonça LBA, Custodio IL, Matias EO. Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 11]; 66(5):668-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500005>.
9. Silva DI, Chiesa AM, Verissimo MLOR, Mazza VA. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. *Rev Esc Enferm. USP* [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 13]; 47(6): 1397-1402. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600021>.
10. Magalhães MFP, Araújo TL, Barbosa XL, Cunha VNF. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. *Cienc Enferm.* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 13]; 20(1):97-110. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100009>.
11. Fontanella BJB, Magdaleno JR. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo* [Internet]. 2012 [citado 2015 Jun 13]; 17(1), 63-71. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000100008>.
12. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf & Soc Est.* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 13]; 24(1), 13-18. Disponível em: [www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/download/10000/10871](http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/download/10000/10871).
13. Mazza VA, Silva DI, Gonçalves JB, Mantovani MF, Tararathuch RZP. Representações sociais da nutriz adolescentes sobre a amamentação. *J Res Fundam Care.* [online] [Internet]. 2015. [citado 2015 Jun 18]; 7(2):2405-2414. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3994/pdf\\_1597](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3994/pdf_1597).
14. Santos KD, Motta IF. O significado da maternidade na trajetória de três jovens mães: um estudo psicanalítico. *Estudos de Psicologia* [Internet]. 2014. [citado 2015 Jun 18]; 31(4), 517-525. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000400006>.
15. Marques RFSV, Sarni ROS, Santos FPC, Brito DMP. Práticas inadequadas da alimentação complementar em lactentes, residentes em Belém-PA. *Rev Para Med* [Internet]. 2013. [citado 2015 Jun 18]; 27(2). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n2/a3675.pdf>.
16. Oliveira EAR. O cuidado dos pais com ênfase no crescimento e desenvolvimento das crianças. [Dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí-UFPI; 2013.
17. Martins CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 18]; 66(4):578-584. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400017&lng=pt).

# PROCESSO DE ANGÚSTIA/SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Beatriz Santana Caçador<sup>1</sup>, Flávia Regina de Souza Ramos<sup>2</sup>, Maria José Menezes Brito<sup>3</sup>

Objetivo: estudo qualitativo, realizado na região metropolitana de Belo Horizonte, cujo objetivo foi analisar o processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da saúde da família. Dados coletados com 13 enfermeiros por meio de entrevista com roteiro semiestruturado. Realizada análise por método filosófico-conceitual. Evidencia-se a relação entre sofrimento moral, prática profissional do enfermeiro na ESF e implicações identitárias evidenciando contradições na prática profissional do enfermeiro decorrente de constrangimentos organizacionais que provocam rupturas identitárias e comprometem o bem interno da profissão. Necessário identificar situações geradoras de sofrimento moral, criar dispositivos gerenciais de enfrentamento, evitando sua ocorrência e atenuando seus efeitos.

**Descritores:** Enfermagem; Sofrimento Moral; Estratégia Saúde da Família

## THE PROCESS OF DISTRESS / MORAL SUFFERING IN NURSES OF FAMILY HEALTH STRATEGY: SUBJECTIVITY AND IDENTITY

Objective: A qualitative study aimed to analyze the process of distress / mental suffering in the nurse health of the family. Conducted in the metropolitan region of Belo Horizonte. Data collected with 13 nurses through interviews with semi-structured script. Analysis by philosophical-conceptual method. Evident the moral suffering and professional nursing practice in the family health strategy has identity implications highlighting contradictions in professional nursing practice due to organizational constraints that cause identity breaks and undertake the internal profession well. Required to identify situations that moral suffering, create management coping devices, preventing their occurrence and mitigating their effects. Situations that cause mental suffering to create coping strategies and management of ethical problems devices, preventing their occurrence and mitigating their effects.

**Descriptors:** Nursing; Moral suffering; Family Health Strategy

## EL PROCESO DE ANGUSTIA SUFRIMIENTO MORAL EN LAS ENFERMERAS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: LA SUBJETIVIDAD Y LA IDENTIDAD

Estudio cualitativo el objetivo de analizar el proceso de angustia sufrimiento / mental en las enfermeras de salud de la familia. Realizado en la región metropolitana de Belo Horizonte. Los datos recogidos con 13 enfermeras a través de entrevistas con guión semiestructurado. El análisis por el método concepto-filosofico. Es evidente el sufrimiento moral y práctica profesional de enfermería en el la enfermera de la salud de la familia: implicaciones de identidad destacando contradicciones en la práctica profesional de la enfermería debido a limitaciones de la organización que causan roturas de identidad y que ejerzan la profesión, así interno. Requerido para identificar situaciones que el sufrimiento moral, crear dispositivos de gestión de afrontamiento, la prevención de su ocurrencia y mitigar sus efectos.

**Descriptor:** Enfermería; Sufrimiento moral; Estrategia Salud de la Familia

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: byacacador@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Filosofia e Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Administração. Professora da Universidade Federal de Minas Gerais.

## INTRODUÇÃO

O sofrimento moral se manifesta como um desequilíbrio psicológico vivenciado por indivíduos ao se depararem com obstáculos que impossibilitam ou dificultam sua intervenção na realidade e inviabilizam a adoção de atitudes e comportamentos considerados corretos e em consonância com seu julgamento moral<sup>(1,2)</sup>.

Evidenciam-se vivências de sofrimento moral em enfermeiros de Atenção Primária à Saúde (APS), os quais manifestam frustração e impotência, resultando em abandono do emprego<sup>(1,3)</sup>. Entretanto, a natureza e a extensão do processo de angústia e sofrimento moral entre enfermeiros da APS ainda não foram totalmente descritas e desveladas. Importa destacar que, com a mudança paradigmática que envolve a produção de cuidados em saúde, na atualidade, deslocou-se o centro da atenção à saúde do hospital para os ambulatorios e para a APS, fazendo com que o território onde as pessoas habitam e constroem seus modos de viver constitua o lugar primário de cuidados e, portanto, o locus primário da ação moral<sup>(1,4)</sup>.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) traduz o modelo de APS, tendo como eixo central a unidade familiar e como locus operacional a esfera comunitária. Representa o ponto de atenção da rede com maior capilaridade na vida dos sujeitos, uma vez que se localiza no território onde os processos de viver, adoecer e cuidar são (re)construídos, reproduzidos e também transformados<sup>(5)</sup>.

Tem-se como pressuposto que promover reflexões e construções teóricas sobre os aspectos relacionados ao mundo do trabalho que causam sofrimento e angústia tem como potencial sensibilizar para questões morais e éticas, promovendo o protagonismo e a transformação<sup>(2)</sup>. A investigação tem como objetivo analisar o processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros no contexto da saúde da família, à luz da cartografia de sua produção e o processo de subjetivação e delineamento identitário a ela associados.

## METODOLOGIA

Estudo qualitativo, desenvolvido em dez unidades de saúde da família de um município da região metropolitana de Belo Horizonte-MG. Participaram do estudo 13 enfermeiros da saúde da família. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta orientada por roteiro semiestruturado até que houvesse a saturação teórica dos mesmos<sup>(6)</sup>. Para análise dos dados, utilizou-se o método filosófico-conceitual<sup>(7)</sup>. Os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos foram respeitados de tal modo que o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos e pelo Comitê de Ética da Prefeitura do

município cenário deste estudo. A fim de garantir o anonimato dos participantes, os mesmos foram nomeados por E seguido do número da entrevista realizada.

## RESULTADOS

Pelos depoimentos é possível perceber que na ESF os arranjos organizacionais têm impellido os enfermeiros a se distanciarem da essência de sua prática, tendo em vista a necessidade de suprir lacunas de um sistema de saúde em construção. A forma como a saúde da família tem sido estruturada confere ao enfermeiro um lugar de agenciador de fluxos. Assim, para se ter acesso ao profissional médico antes e primeiro, é necessário passar pelo enfermeiro, conforme relato de E1.

*Porque a gente é um tudo, mas ao mesmo tempo não é nada, porque o povo tem uma referência nossa, por exemplo, eles tem referência nossa como.., você só chega no médico se você passar no enfermeiro. Então a gente é só um entrave assim, uma porta pra eles, mas eles não enxergam a gente como essencial, cuidado, essas coisas, eles vê a gente tipo assim, pra você passar no médico você tem que passar com ele ali, entendeu? Então assim, não tem uma valorização, eu acho que a gente, a gente é tudo aqui ao mesmo tempo, ao mesmo tempo não é nada, dá essa angústia, sabe? Vê que a gente é que é o elo, mas eles não conseguem enxergar a gente como enfermeiro (E1).*

No que tange ao fazer profissional, percebe-se ainda que o enfermeiro incorpora práticas profissionais que fogem do exercício legal da profissão, constituindo, até mesmo, infrações éticas. No entanto, assume tal tipo de conduta mobilizado pelo vínculo com a responsabilização pela resolutividade da necessidade apresentada pelo usuário:

*Às vezes a pessoa precisa, a gente pode manter receita por 30 dias. Todo enfermeiro tem autorização de manter a receita por trinta dias, mas eu não posso manter a receita por 30 dias se não tem o remédio aqui, porque na farmácia popular eles não aceitam o carimbo de mantido do enfermeiro, né? Eu tenho que pedir pro médico pra poder carimbar, aí eu transcrevo a receita, o médico carimba, né?(E1).*

Assumir para si elementos da prática profissional de outro trabalhador, mesmo que se justifique para satisfazer a necessidade imediata do usuário, pode, portanto, trazer implicações identitárias importantes. Pelo depoimento de E1 e E2 é possível perceber que os enfermeiros infringem o código de ética profissional, assumindo atribuições do médico, a fim de suprir uma lacuna no processo de trabalho, tal qual pode ser evidenciado na fala a seguir:

*Ah, vou ali prescrever esse remedinho aqui, prescrever esse remedinho aqui né? E você sabe que tem uma coisa que não está certa. Então assim, essa questão ética de prescrição*

de enfermagem eu acho que aqui é o que mais barra porque você acaba prescrevendo muito, para você dá conta, né? Da demanda da população e você tem aquele medo, você sabe que você tá prescrevendo a coisa certa é o que o médico faria mesmo, mas você sabe que não é sua função assim, que se der um problema vai dar um problema muito grande. Então isso acho que é o maior problema que eu tenho de ética assim eu acho que é o maior (E2).

É possível perceber pelo relato de E2 que assumir a prática profissional designada a outra categoria é uma estratégia utilizada para dar uma resposta à demanda do usuário. Assim o enfermeiro afirma saber que está fazendo corretamente a atribuição do colega médico, embora reconheça estar infringindo seu código de ética. Essa situação lhe provoca sentimentos de angústia, pois reconhece que a prática assumida é para suprir a ausência do profissional médico.

*Gera muito sofrimento. Muitas vezes, você fica angustiada sim, de eu sei que eu estou fazendo certo, mas eu não ... teoricamente eu não posso fazer isso, né? Claro que eu não, eu como enfermeira eu não posso e nem vou nunca prescrever um antibiótico, mas uma medicação que por exemplo, lá na farmácia eu compro sem receita, eu posso... esse remédio é bom, sabe? Então assim, essa questão de medicação que eu acho que não ... que atrapalha, que a gente não quer prescrever. Eu não quero ser o médico, prescrevendo, não é isso que eu quero, eu não prescrevo não é por isso, eu prescrevo por que eu não tenho quantidade suficiente de medico pra atender(E2).*

Assumir atribuições do profissional médico em detrimento daquelas que competem ao enfermeiro na saúde da família provoca sentimentos de angústia e sofrimento, podendo trazer implicações identitárias importantes, pois provoca distorções de seu papel perante a equipe, a comunidade e a gestão. Ademais, fortalece a desvalorização de seu fazer específico, invisibilizado e escondido pelo próprio enfermeiro que se dedica ao fazer de outro profissional.

*Falta um pouco deles (usuários) acreditarem mais no trabalho do enfermeiro, porque eles não é que desfazem, mas não dão muita credibilidade pro enfermeiro, acha que o enfermeiro não é nada, não sabe nada...não (E8).*

Assim, o enfermeiro reconhece as contradições

presentes em sua prática e o processo de desvalorização a ela associados, manifestando sofrimento, conforme relata E2:

*Sofro muito, porque eu não vejo reconhecimento dentro da enfermagem, aqui assim, é triste eu falar isso (..) A gente fica nessa angústia, a gente fica nesse sofrimento diário de querer fazer as coisas, às vezes as pessoas não aceitam, não, não aceitam seu atendimento, eu quero passar para a médica, é direito dele, lógico que é, mas assim, vai passar pelo médico, o médico às vezes vai ter a mesma conduta que a minha, entendeu? É sofrido todos os dias, todos os dias, esse tanto de gente. A saúde está totalmente sucateada (E2).*

Por outro lado, a fala de E9 sugere um movimento reacionário de fazer frente aos conflitos éticos que se apresentam em sua prática profissional. Analisando este depoimento à luz da construção teórica de Guattari<sup>(10)</sup>, pode-se inferir que a criação de terrenos singulares que, de algum modo, poderiam fazer frente às serializações subjetivas,

dentro das quais a enfermagem encontra-se historicamente capturada.

*Ah, muitas vezes assim eu já bati de frente, falando assim que eu não tenho formação para aquilo, eu não me formei para aquilo, eu não tenho conhecimento pra aquilo... às vezes acha que a gente tem que resolver tudo... não porque acha legal que a gente pode ajudar... mas pra eles trabalharem menos então assim, eu uso disso né... muitas vezes também não dá certo a pessoa não aceita... mas eu*

*costumo falar isso. Olha eu não tenho conhecimento pra isso, eu só vou até aqui... essa parte aqui é sua né?(E9).*

Desse modo, no presente estudo, o processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da saúde da família pertence à trama subjetiva de delineamento indentitário a partir dos enfrentamentos inscritos no cotidiano de trabalho, sobretudo, àqueles relacionados ao escopo e natureza da prática profissional do enfermeiro. Assim, em meio à angústia e sofrimento, o enfermeiro vai tecendo estratégias de resistência e enfrentamento, reconstruindo seu modo de ser profissional e reconfigurando as relações de poder inerentes ao processo de trabalho.

*Mas já me angustiou muito...entendeu? Porque assim o médico queria que você agisse de uma forma, igual eu te falei, eu não me formei para isso. Eu não fiquei na faculdade para fazer transcrição de receita, para medir dados vitais,*

**“Sofro muito, por que eu não vejo reconhecimento dentro da enfermagem”**



*para ele só dar a receitinha. Isso faz parte do exame físico e ele aprendeu também a fazer. Então assim, já me angustiou muitas vezes. Na atualidade não, porque a gente tem uma boa relação. (E9).*

## DISCUSSÃO

A prática profissional na saúde da família é tecida em meio ao desafio de superar os paradigmas do modelo de atenção à saúde médico centrado, o qual ainda se encontra presente no imaginário sócio, modulando a demanda por serviços de saúde. Essa realidade tem criado um espaço de práticas conflituosas para o enfermeiro, o qual se percebe impelido a suprir a essas demandas do sistema, distanciando seu fazer de suas atribuições legais. Esse contexto é fonte de angústia para o enfermeiro, que se percebe desvalorizado em seu papel profissional, o qual distancia-se de sua natureza e não é reconhecido socialmente. Vivenciar esse processo provoca sentimentos de angústia/sofrimento moral nos enfermeiros que julgam inapropriadas suas ações uma vez que experimentam sentimentos negativos por adotarem como prática uma postura considerada por eles moralmente inadequada<sup>(9)</sup>:

Assumir a prática profissional do médico, seja por imposição organizacional, seja como forma de responder às necessidades do usuário, provoca rupturas identitárias no enfermeiro e fragiliza os laços de pertença com a profissão uma vez que fere o bem interno de sua prática profissional. Segundo Cortina, negligenciar o bem interno da profissão gera um distanciamento das virtudes inscritas na profissão. Há, pois, uma deturpação de valores quando a prática profissional de algum modo negligencia seu bem interno e assume como função a prática designada e legitimada a outra categoria<sup>(9)</sup>.

Como prática social, a prática profissional prescinde do reconhecimento e legitimidade social<sup>(9)</sup> e, na ausência desses imperativos de valorização, o profissional experimenta sentimentos de frustração e perda da autoestima. O sofrimento moral ocorre quando não se consegue seguir a própria consciência mesmo sabendo a forma mais correta de agir<sup>(12,13)</sup>.

O sofrimento moral ameaça à integridade moral dos enfermeiros, distanciando-os de sua prática profissional e

afetando a qualidade do cuidado<sup>(14)</sup>. A prática profissional é uma atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos os quais assumem papéis diferenciados no conjunto da sociedade. Tais papéis prescindem, pois, de legitimação social. Toda prática profissional possui “bens internos” (identidade) e “bens externos” (prestígio e reconhecimento social) que caracterizam determinada profissão e participam do processo de reprodução da vida social de forma digna<sup>(9,12,3)</sup>.

A necessidade do usuário é sinalizada como elemento motivador para que o enfermeiro incorpore práticas que não lhe competem, podendo gerar deturpações em sua imagem profissional e, por conseguinte, na forma como se percebe. A prática profissional é considerada por Cortina (2005)<sup>(9)</sup>. Para Guattari, prática social e formações de subjetividade são processos indissociáveis<sup>(10)</sup>. A subjetividade é tecida de forma abrangente, estabelecendo interfaces com o

coletivo, ultrapassando a conotação habitual que a compreende sob aspectos psicologizantes, individualizado e natural<sup>(10)</sup>. Ademais, à luz da perspectiva teórica de Dubar (2005), pode-se inferir que esta realidade pode provocar rupturas na forma com a qual os enfermeiros tecem seus atos atribuição<sup>(11)</sup>, influenciando a forma como se percebem e como constroem sua identidade no trabalho, conforme evidenciado na fala acima.

Em meio ao processo de angústia/sofrimento moral vivenciado por enfermeiros na saúde da família, o estudo revelou movimentos de resistência por meio de estratégias de enfrentamento, ora por embates diretos, ora de maneiras mais sutis, mas que buscam demarcar o terreno das práticas do enfermeiro. Nesse curso, o enfermeiro torna-se agente de produção da linha de montagem do desejo. Entretanto, esse processo não acontece isento de algum movimento de resistência. Ocorre que, por vezes, os inconscientes manifestam sua indignação denominada por Guattari como afirmação ou invenção<sup>(10)</sup>. Assim, há uma desmobilização em torno das linhas de montagem da subjetividade de tal modo que se configuram outras linhas e diferentes possibilidades de ser, perceber e estar no mundo. Evidencia-se, nesse processo, a reconfiguração de suas formas identitárias<sup>(11)</sup> a partir do movimento de resistência ao modelo hegemônico de prática

*“Nesse curso, o enfermeiro torna-se agente de produção da linha de montagem do desejo”*

que desvia a essência da profissão.

No bojo dessa trama, o cerne da linha de montagem da subjetividade é atacado a partir do momento em que afeta o “sistema de padronização do desejo”<sup>(10)</sup>. O processo de deliberação moral marca, assim, um processo político delineado por forças de resistência as quais tem o potencial de ativar a construção de novos contornos de realidade na Enfermagem pós-moderna.

À luz do método filosófico-conceitual, articulou-se a abordagem filosófica de Guattari com a definição de sofrimento moral para analisar a realidade estudada e sobre essa realidade pode-se inferir que o processo de angústia/sofrimento moral está relacionado à tendência em manter determinadas linhas de montagem de subjetividade que algum modo padronizam o desejo, silenciando os inconscientes de seus protestos. O processo de deliberação moral acontece, por outro lado, quando há proeminência da força do desejo de tal modo em que, por meio da invenção, há uma desmontagem do processo de subjetivação dominante com criação de outros mundos. Assim, a padronização do desejo é atacada cada vez que o processo de criação acontece e subjetividades dissidentes são constituídas.

O cotidiano de trabalho do enfermeiro é marcado por diversas situações potencialmente geradoras de dilemas morais e conflitos éticos, as quais são potencialmente geradoras de sofrimento moral<sup>(15)</sup>. Na saúde da família,

as vivências de sofrimento moral estão relacionadas às contradições presentes no cotidiano do enfermeiro, o qual se percebe impelido a desviar-se de sua prática profissional e assumir ações de outros trabalhadores da equipe para suprir lacunas do sistema de saúde. Desse modo, o processo de subjetivação ocorre em meio a rupturas identitárias e movimentos de resistência, modulando formas de ser enfermeiro que ora reforçam a dominação instituída, ora transformando tal realidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo analisou o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros no contexto da ESF. No cotidiano de trabalho do enfermeiro na saúde da família, assumir prática profissional de outro membro da equipe pode gerar rupturas identitárias na medida em que o enfermeiro se desvia dos valores internos da profissão, fragilizando sua legitimidade e reconhecimento social. Desse modo os enfermeiros reforçam identidades há muito reconhecidas e até legitimadas, ainda que sob pena de contrapor os próprios ideais e consciência. Por outro lado, o processo de subjetivação pode indicar movimentos de reconstrução dos territórios singulares, imprimindo reconfigurações identitárias que mobilizam o enfrentamento. Necessário identificar situações geradoras de sofrimento moral, criar dispositivos gerenciais de enfrentamento no intuito de evitar sua ocorrência e atenuar seus efeitos.

## REFERÊNCIAS

1. Laabs CA. Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. *J Am Acad Nurse Pract.* 2005; 17(2): 76-4.
2. Oh Y, Belgium L. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics.* 2015;22(1):15-31
3. Laabs CA. Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. *Nurs Ethics.* 2007;14(6):795-9.
4. Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 mar;36(1):112-21.
5. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2015 jul./set. [citado 2016 Mar 01]; 19(3), p. 612-619. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.
6. Fontanella BJB, Luchesi B M, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Feb [citado 2016 Mar 01]; 27(2): 388-4. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011002000200200&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011002000200200&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011002000200200>.
7. Martins A. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(4):950-58.
8. McCarthy J, Gastman CS. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics.* 2015; 22(1):131-2.
9. Cortina A. Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
10. Guattari F. *Micropolítica: cartografias do desejo.* Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2005.
11. Dubar C. *A crise das identidades: interpretação de uma mutação.* São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 2005.
12. Schaefer R, Vieira M. Competência ética como recurso de enfrentamento do Sofrimento moral em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(2): 563-73.
13. Wallis L. Moral distress in nursing. *Am J Nurs.* 2015;115(3):19-20.
14. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing Ethics.* 2015;22(5):608-15.
15. Bresolin JZ, Dalmolin GL, Fruet IMA, Magnago TSBS, Rigue AC. Validade e confiabilidade do Moral Distress Scale adaptado em uma amostra de enfermeiros. *Enferm Foco* [Internet] 2016; 7 (1): 81-86. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/673/291>

# COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Letícia Hamester<sup>1</sup>, Vania C. Dezoti Micheletti<sup>2</sup>

**Objetivos:** avaliar o fluxo assistencial do programa de prevenção do câncer de colo de útero de uma unidade de Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** estudo descritivo transversal, com uma amostra de 1031 mulheres, cadastradas em uma unidade de saúde do município de Sapucaia do Sul-RS. A coleta de dados ocorreu entre 2012 e 2015, em fichas de cadastro do SUS e livro de registros de exames citopatológicos e inseridos em planilha eletrônica. A análise, segundo estatística descritiva, foi feita no software Excel® 2010. **Resultados:** 1031 mulheres tinham idade média de 43,17 anos. Dessas, em 64,5%, não havia registro de realização do exame preventivo do câncer uterino no período dos três anos de intervalo preconizados para a realização do exame. **Conclusão:** a cobertura do exame citopatológico está muito aquém do preconizado, sendo evidente a necessidade de aprimoramento das ações de rastreamento do câncer uterino.

**Descritores:** Colo do Útero; Programas de Rastreamento; Teste de Papanicolaou

## COVERAGE OF THE PAPANICOLAOU TEST IN AN UNIT OF THE BRAZILIAN'S FAMILY HEALTH STRATEGY

**Objectives:** evaluate the assistance flow of the cancer prevention program for cervical a unit of the Family Health Strategy, a health program of the Brazilian government, **Methods:** Descriptive cross-sectional study with a sample of 1,031 women registered at the health care unit in Sapucaia do Sul, southern of Brazil. Data were collected from registration forms of the Brazilian Unified Health System, and record books of Papanicolaou tests from 2012 to 2015, and data was entered into spreadsheet. The analysis, according to descriptive statistics, was made in Excel 2010 software. **Results:** They shown that mean age was 43.17 years for the 1,031 women under study. Of these, 64.5% did not undergo preventive exams for uterine cancer throughout the period of the 3-year interval recommended for women to undergo the exam. **Conclusion:** The coverage of the Papanicolaou test is much lower than recommended, with an evident need to improve screening for uterine cancer.

**Descriptors:** Cervix Uteri; Mass Screening; Papanicolaou Test.

## COBERTURA DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN UNA UNIDAD DE LA ESTRATÉGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

**Objetivos:** evaluar el flujo de la asistencia del programa de prevención del cáncer del cuello uterino adoptado por una unidad de la Estrategia de Salud de la Familia, un programa de salud del gobierno brasileño. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal con una muestra de 1.031 mujeres registradas en la unidad de salud en el municipio de Sapucaia do Sul, sur de Brasil. La recolección de datos ocurrió entre 2012 y 2015, en fichas de catastro del Sistema Único de Salud y libros de registro de pruebas de Papanicolaou y los datos introducidos en la hoja de cálculo. El análisis, de acuerdo con la estadística descriptiva, se hizo en el software Excel 2010. **Resultados:** Las 1.031 mujeres tenían edad media de 43,17 años. De estas, el 64,5% no habían realizado el examen preventivo de cáncer uterino en el período de los tres años de intervalo preconizados para la realización del examen. **Conclusión:** La cobertura de la prueba de Papanicolaou está muy por debajo del recomendado, siendo evidente la necesidad de perfeccionamiento de las acciones de tamizaje de cáncer uterino.

**Descritores:** Cuello del Útero; Tamizaje Masivo; Prueba de Papanicolaou.

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista. Escola de Saúde Pública/RS. E-mail: hamesterleticia@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Escola de Saúde Pública/RS.

## INTRODUÇÃO

Hoje, no Brasil, o câncer é, incontestavelmente, um problema de saúde pública, cujo controle e prevenção devem ser priorizados em todas as regiões do país<sup>(1)</sup>. O câncer de colo do útero, no ano de 2012, foi a terceira causa de óbitos entre as mulheres no Brasil, e a quarta causa no estado do Rio Grande do Sul<sup>(2)</sup>. Mesmo com todo o esforço dos sistemas de saúde e sendo precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, o câncer de colo do útero continua ocupando um lugar de extrema importância na saúde pública<sup>(1-3)</sup>.

O emprego do exame citopatológico no rastreamento do câncer uterino permite sua prevenção, na medida em que identifica lesões ainda em estágios anteriores à neoplasia; seu diagnóstico na fase pré-sintomática pode modificar o curso clínico da doença, tornando mais efetivo o tratamento. Esse exame continua sendo a estratégia adotada para investigação do câncer uterino, pois é uma das neoplasias que apresenta um dos mais altos potenciais de cura, quando diagnosticado e tratado precocemente<sup>(1)</sup>.

A atenção primária em saúde é a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha um papel central na garantia do cuidado integral do usuário, englobando o fluxo assistencial do câncer do colo do útero, responsável pelo rastreio e monitoramento dessa neoplasia. A Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de alcançar esses objetivos, realiza ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, contando com equipe multiprofissional, participação social e intersetorialidade<sup>(4)</sup>. Contudo, apesar de estabelecidas e contempladas as ações dos profissionais de saúde em relação ao controle do câncer uterino, no contexto da atenção básica, não se tem conhecimento acerca de como essas ações são realizadas na internalidade de cada unidade de saúde<sup>(5)</sup>, bem como de que forma se mantém o controle desses rastreios e encaminhamentos.

O conhecimento sobre a situação epidemiológica dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário, porém, para tal, é necessário conhecer essas usuárias e a cobertura populacional da unidade de saúde, para, então, traçar estratégias para a busca e controle desse câncer. Associado a isso, sabe-se que é preciso melhorar o acesso aos serviços de saúde e à informação quanto à importância desse rastreio<sup>(1,6)</sup>. Em função disso, este estudo visou avaliar o fluxo assistencial do programa de prevenção do câncer de colo de útero de uma unidade de ESF.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado em uma ESF do município de Sapucaia do Sul-RS. A coleta de dados secundários foi realizada com a população

constituída por 1.031 mulheres cadastradas na unidade de saúde. Os dados foram coletados em fichas de cadastro do sistema e-SUS e livro de registro de exames citopatológicos realizados. A coleta no livro de registros foi delimitada ao período de abril de 2012 a abril de 2015, totalizando 36 meses, período preconizado de intervalo entre os exames preventivos do câncer uterino<sup>(1)</sup>.

O instrumento de coleta foi composto por questões demográficas para caracterização da amostra e questões relacionadas à realização do exame preventivo do câncer uterino. Por meio do cadastro e-SUS, gerou-se uma lista de mulheres com idade entre 20 a 70 anos; após, foi realizada sua busca no livro de registro de lâminas, constante na unidade, e seu respectivo resultado. Também, foram consideradas as mulheres que não constavam da faixa etária acima referida, mas realizaram o exame no período estabelecido. Apesar do Ministério da Saúde orientar a faixa etária inicial de 24 anos, optou-se por iniciar a coleta aos 20 anos de idade, pois tratava-se de uma população com início precoce da atividade sexual, sendo esse um dos fatores de risco para desenvolver câncer de colo uterino<sup>(7,8)</sup>. Após a busca, os dados foram inseridos em planilha eletrônica, considerando dados das mulheres de 18 a 85 anos, que realizaram o exame citopatológico.

Para os exames que obtiveram resultados alterados, de acordo com a nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas<sup>(7)</sup>, foi realizada busca no respectivo prontuário para saber a conduta adotada pelos profissionais frente a essa alteração.

A análise dos dados, segundo estatística descritiva, foi realizada a partir da codificação dos dados no banco do software Excel® 2010.

Este estudo seguiu a Resolução nº 466 de 2012, foi submetido à apreciação ética do município e coordenadoria da unidade de saúde; após, foi submetido à Plataforma Brasil, obtendo parecer de aprovação número 1.005.093.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 1.031 mulheres, de 18 a 85 anos, cuja idade média foi de 43,17 anos. Na população adscrita da ESF, das 1031 mulheres, 665 (64,5%) não tinham registro da realização do exame citopatológico entre os anos de 2012 a 2015 e 366 (35,5%) haviam realizado o exame, ao menos uma vez, nesse mesmo período.

Das 366 mulheres que realizaram exame citopatológico, 82 (22,4%) o realizaram em dois anos consecutivos e 20 (5,5%) o realizaram em três anos consecutivos. Referente às repetições de exames citopatológicos, apenas dois foram por preconização profissional. Porém, não foram consideradas as mulheres que iniciaram a primeira coleta do exame citopatológico e deveriam realizar dois exames

anuais consecutivos, devido à inexistência do registro dessas informações no material consultado. Dos resultados dos exames, cinco tiveram resultado alterado, sendo dois deles da mesma paciente, totalizando quatro (0,39%) pacientes.

Em relação ao perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram ou não exame citopatológico de 2012 a 2015, encontrou-se, em sua maioria, mulheres casadas (38,3%), com ensino fundamental incompleto (42,67%) e sem atividade ocupacional (32,5%).

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou baixa cobertura do exame citopatológico em uma ESF no município de Sapucaia do Sul-RS. Foi encontrada uma cobertura de apenas 35,5% de exames realizados no período de 2012 a 2015, completando os três anos estabelecidos de intervalo entre a realização dos exames, conforme preconiza o Ministério da Saúde<sup>(6)</sup>.

É possível perceber que a cobertura está abaixo do proposto pelo Ministério da Saúde, que prevê uma meta de 80% de realização do exames citopatológicos na população alvo<sup>(6)</sup>. Murta<sup>(8,557)</sup> afirma que "A diminuição da incidência de câncer do colo uterino é proporcional à prevenção por meio do exame de Papanicolaou, desde que existam programas efetivos e organizados.", o que nos faz refletir sobre as ações que vem sendo realizadas no âmbito da atenção básica.

Em estudo realizado no município de Igarapava-SP<sup>(9)</sup>, a cobertura do exame citopatológico do colo uterino foi de 14,9% e no estudo realizado no município de Rio Grande-RS<sup>(10)</sup>, a cobertura do exame citopatológico do colo uterino foi de 57%. Notando-se uma diversidade entre os resultados nacionais em relação à cobertura do exame citopatológico. Contudo, são quase inexistentes estudos que obtiveram resultados acima da meta estabelecida e com intervalos dentro do período estabelecido.

Os resultados deste estudo reproduzem os de estudos nacionais, chegando a uma cobertura de 35,5%, o que reflete uma disparidade dentro do próprio Estado. É preciso levar em consideração as peculiaridades de cada território, porém, frente à disparidade constatada, levanta-se a questão referente à necessidade de estratégias mais amplas, que funcionem para além de um profissional empenhado, porém solitário em uma rede de serviços.

A variação da cobertura nos instiga a questionar quanto às dificuldades em desenvolver ações efetivas de promoção de saúde que realmente atinjam a população alvo, bem como formas de articulação dessas ações com os dispositivos existentes no território, que poderiam auxiliar na multiplicação dessas informações. Experiências positivas, verificadas após a articulação dessas ações, podem ser observadas na Colômbia quando, entre o decênio de 2000 -

2010, houve redução significativa na taxa de mortalidade por câncer uterino, passando de 32,2 para 22,4 mortes por câncer uterino a cada 100 mil mulheres entre 55 - 64 anos. Essa redução foi atribuída à detecção e às intervenções precoces, por meio da ação política de médio e longo prazo<sup>(11)</sup>.

Além disso, dos exames realizados, constatou-se que 27,9% foram em mulheres que já o haviam realizado, ao menos uma vez, no período estabelecido pelo Ministério da Saúde. Não há dados na literatura consultada que relatem riscos ou prejuízos com a repetição citopatológica anual, contudo, a geração apenas de quantitativos de exames não garante a cobertura preconizada.

As mulheres que realizaram, ou não, o exame preventivo do câncer cérvico uterino nos anos de 2012 a 2015 foram caracterizadas, como casadas, de baixo nível de escolaridade e sem atividade ocupacional. Esse dado pode estar associado a sua disponibilidade no horário de funcionamento da unidade, conseguindo acessá-la, ou essas mulheres serem mais abordadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por estarem nas suas residências no horário das visitas domiciliares, esse dado necessitaria de uma análise mais concreta.

Das 1031 mulheres, em apenas quatro o exame citopatológico estava alterado, não sendo possível uma análise aprofundada das condutas dos profissionais frente a esses resultados. Além do reduzido quantitativo de exames alterados identificados, um dos prontuários não foi localizado, reduzindo ainda mais a possibilidade de uma análise satisfatória.

A baixa incidência de alterações identificadas nos exames citopatológicos permite questionar se esse resultado aumentaria caso os 64,5% restantes da população realizasse o exame. Essa possibilidade é alarmante visto que se estima o aumento da carga global de câncer. Tendo o câncer uterino um maior potencial de cura, quando diagnosticado e tratado precocemente, estima-se que muitos desses poderiam ser descobertos tardiamente, resultando em morte precoce de mulheres<sup>(1)</sup>.

A prevenção do câncer cérvico uterino se baseia no acesso, na educação e no conhecimento das usuárias. Portanto, é necessária, para o aumento da cobertura de exames citopatológicos, a vigilância constante com a busca ativa de mulheres por meio de visitas regulares dos ACS, reuniões na comunidade pelas equipe de ESF e ações educativas, destacando-se a periodização do exame preventivo do câncer uterino<sup>(12)</sup>.

Contudo, tais ações devem se guiar por programas efetivos e organizados com estratégias em âmbito estadual/nacional, com fluxos mais consolidados e aplicáveis a prática cotidiana dos profissionais. Essas estratégias devem visar a

redução da morbimortalidade por essa neoplasia e não deixar somente a sua realização como responsabilidade de cada equipe. A gestão eficaz é ponto essencial para garantir que o acesso e a prestação de serviços sejam equitativos e de qualidade<sup>(13)</sup>.

É importante destacar que o estudo apresentou algumas limitações e a principal foi a não identificação das mulheres que estavam repetindo o exame anualmente, por serem os dois primeiros exames realizados, sendo que somente após dois exames anuais consecutivos negativos, é que se orienta o intervalo a cada três anos<sup>(9)</sup>. Outra limitação foi a possibilidade das mulheres, que não realizaram o exame preventivo no período investigado, o terem realizado em algum plano de saúde desvinculado da unidade.

## CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados revelam que, para o período de 2012 a 2015, em uma ESF no município de Sapucaia do Sul-RS, os números estão muito aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, para o rastreamento do câncer cérvico uterino. É evidente a necessidade de aumentar a cobertura do exame, ressaltando a indispensabilidade de aprimoramento das ações de rastreamento desse câncer.

Sabe-se que a detecção precoce do câncer uterino pode ocorrer por meio de um exame tecnicamente

simples e de baixo custo, a citologia cervicovaginal, e para o desenvolvimento desse procedimento é ofertado o insumo e o profissional técnico qualificado, contudo a meta preconizada não está sendo atingida, tampouco aproxima-se dela.

O impacto positivo desse exame na vida das mulheres e na saúde pública é indiscutível, pois pode evitar mortes e melhorar a qualidade de vida, mas ainda observa-se negligência do serviço de saúde e desconhecimento da população referente ao tema, refletindo negativamente no cenário epidemiológico da doença.

Apenas a procura por livre demanda das mulheres não é suficiente para uma cobertura eficaz do exame citológico. É necessário investir em atividades educativas constantes, aproveitar para abordar as mulheres nas demais ocasiões de comparecimento à unidade de saúde, oportunizando ainda o fortalecimento do vínculo da mulher com os profissionais.

Com os resultados desse estudo, espera-se que as informações possam ser utilizadas como subsídios para o planejamento de ações no fluxo assistencial do câncer de colo do útero. Além de reafirmar-se a necessidade de ações organizadas em âmbito estadual/nacional, é necessário salientar que essas devem ocorrer de forma contínua e integrada entre gestores municipais, estaduais, trabalhadores e usuários.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Ministério da Saúde (Br). Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer de mama. 2015. Disponível <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. (acessado em 27/09/2014).
3. Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. - Rio de Janeiro: INCA; 2011.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Oliveira ISB, Panobianco MS, Pimentel AV, Nascimento LC, Gozzo TO. Ações das equipes de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(2):220-227.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
8. Murta, EFC, Franca HG, Carneiro MC, Caetano MSSG, Adad SJ, Souza MAH. Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1999; 21(9):555-559.
9. Soares MBO, Silva SR. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):177-182.
10. Cesar JA, Horta BÇ, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(5):1365-1372.
11. Huertas J, Rivilas-García JC, Ospina M. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix descende en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015; 33(2): 286-290.
12. Miranda SA, Gonçalves LHT. Autocuidado de mulheres amazônidas na prevenção e controle do Papiloma Vírus Humano (HPV) - participação da(o) enfermeira(a). *Enferm. Foco*. 2016; 7 (1): 08-12.
13. Enciso GF, Navarro SM, Martínez MR. Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(1): 71-81.

# RISCO OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

Hilda Dandara Carvalho Santos Leite<sup>1</sup>, Maycon Teyllon Rodrigues de Carvalho<sup>2</sup>, Suelky Lilyan da Silva Cariman<sup>3</sup>, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo<sup>4</sup>, Naldiana Cerqueira Silva<sup>5</sup>, Amália de Oliveira Carvalho<sup>6</sup>

Objetivo: avaliar os riscos ocupacionais referidos pelos profissionais de saúde do SAMU de Teresina - PI. Metodologia: estudo do tipo descritivo, transversal, realizado com 69 profissionais de saúde do SAMU de Teresina - PI mediante aplicação de um questionário com perguntas fechadas. Resultados: entre os riscos físicos, 87% (60) destacaram os ruídos da sirene; 79,7% (55) afirmaram a colisão de automóveis como principal risco de acidente; 79,7% (55) informaram ser o levantamento de peso o principal risco ergonômico; 89,9% (62) apontaram o sangue como o principal risco biológico; 63,8% (44) afirmaram que a poeira é o principal risco químico, e 82,6% (57) destacaram o estresse como principal risco psicossocial. Conclusão: a gestão participativa e o aperfeiçoamento profissional poderão minimizar a exposição dos servidores desse serviço a tais riscos.

**Descritores:** Riscos ocupacionais, SAMU, Enfermagem

## OCCUPATIONAL RISK AMONG HEALTH PROFESSIONAL OF THE MOBILE SERVICE OF EMERGENCY CARE - SAMU

Objective: evaluate the occupational risks referred to by health professionals of the Mobile Service of Emergency Care, Teresina-PI. Methodology: descriptive and transversal study, conducted with 69 health professionals from SAMU Teresina - PI. Data collection was performed by a questionnaire with closed questions. Results: Among the physical risks, 87% (60) highlighted noise of the siren; 79,7 % (55) said the car crash as a major risk of accidents; 79,7 % (55) reported to be weight lifting the main ergonomic risk; 89,9 % (62) showed the blood as the main biological risk; 63,8 % (44) stated that the dust is the main chemical risk and 82,6 % (57) highlighted stress as main psychosocial risk. Conclusion: Participatory management and professional development can minimize exposure of the servers that service to such risks

**Descriptors:** Occupational risks, Emergency Medical Services, Nursing

## RIESGOS LABORALES ENTRE PROFESIONALES DE UN SERVICIO MÓVIL DE URGENCIA- SAMU

Objetivo: evaluar los riesgos profesionales mencionados por los profesionales de la salud SAMU de Teresina - PI. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, realizado con 69 profesionales de la salud de SAMU Teresina - PI, un cuestionario con preguntas cerradas. Resultados: entre riesgos física 87% (60) puso de relieve que el ruido de la sirena; 79,7 % (55) dijo que el accidente de coche como el principal riesgo de accidentes; 79,7 % (55) informó de que el levantamiento de pesas el principal riesgo ergonómico; 89,9 % (62) mostró la sangre como principal riesgo biológico; 63,8 % (44) declaró que el polvo es el principal riesgo químico y el 82,6 % (57) destacó el estrés psicossocial como el riesgo principal. Conclusión: La gestión participativa y el desarrollo profesional pueden minimizar la exposición de los servidores que dan servicio a este tipo de riesgos.

**Descritores:** Riesgos laborales, Servicios Médicos de Urgencia, Enfermería

<sup>1</sup>Acadêmica de Enfermagem do 10º semestre da Faculdade Integral Diferencial (FACID|DEVRY). E-mail: hilldadandara@hotmail.com

<sup>2</sup>Acadêmico de Enfermagem do 10º semestre da Faculdade Integral Diferencial (FACID|DEVRY).

<sup>3</sup>Acadêmica de Enfermagem do 10º semestre da Faculdade Integral Diferencial (FACID|DEVRY).

<sup>4</sup>Mestre em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial (FACID|DEVRY).

<sup>5</sup>Mestre em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial (FACID|DEVRY).

<sup>6</sup>Mestre em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial (FACID|DEVRY).

## INTRODUÇÃO

A Organização Internacional do Trabalho estimou que 2,34 milhões de pessoas morrem anualmente no mundo em decorrência de acidentes e doenças relacionados com o trabalho, sendo 2,02 milhões (86,3%) causados por Doenças Profissionais e 321 mil em consequência de Acidentes de Trabalho. São 6.300 mortes diárias relacionadas ao trabalho, 5.500 causadas por Doenças Profissionais, números esses inaceitáveis, os quais indicam que ações devem ser intensificadas em busca do trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, além de ser capaz de garantir uma vida digna às pessoas<sup>(1)</sup>.

Os riscos ocupacionais advindos de mudanças tecnológicas e sociais resultantes da globalização, afetam significativamente a saúde dos trabalhadores, ainda que alguns dos riscos tradicionais tenham diminuído devido a maior segurança, melhor regulamentação e maiores recursos técnicos empregados. Simultaneamente, surgem novos tipos de Doenças Profissionais, oriundas de riscos emergentes ocasionados por condições ergonômicas deficientes, exposição à radiação eletromagnética e riscos psicossociais<sup>(1)</sup>.

No caso específico dos trabalhadores de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em decorrência de suas peculiaridades, esses profissionais enfrentam situações que os deixam mais vulneráveis a riscos ocupacionais, tais como: acesso difícil às vítimas, insegurança na cena do acidente, realização de procedimentos com o veículo estático ou em movimento. Deve-se ressaltar, ainda, que tais profissionais atuam nos mais variados locais de atendimento e, em grande parte, sob condições desfavoráveis de luminosidade, chuva, calor, frio, fluxo de veículos, falta de higiene, presença de animais, pessoas agressivas, tumultos sociais, e tais fatores são condições que diferenciam esse trabalho daquele do ambiente hospitalar<sup>(2)</sup>.

Os profissionais de saúde do SAMU se submetem mais a riscos ocupacionais do que aqueles servidores de saúde que trabalham no ambiente hospitalar, pois fornecem atendimento a vítimas em diversos locais e nas mais variadas circunstâncias. Sendo assim, torna-se evidente que os mesmos encontram-se constantemente vulneráveis a todo tipo de risco ocupacional, entre eles: físicos, químicos, acidente, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

Os riscos ocupacionais são definidos como todo acidente que coloque o trabalhador em situação vulnerável e possa afetar sua integridade e seu bem estar físico e psíquico. Nessa perspectiva, o risco físico acontece

quando o profissional fica exposto aos agentes explosivos, radiações, altas temperaturas e ruídos; o químico quando entra em contato com produtos tóxicos, seja manipulando medicamentos ou desinfetando a ambulância; de acidente, devido ao espaço limitado e acomodação física da ambulância, iluminação inadequada, assistência à vítima com a ambulância em movimento; biológico quando entra em contato com microrganismos patogênicos<sup>(3)</sup>.

Risco ergonômico é quando se submetem a movimentos bruscos e repetitivos, peso excessivo, estresse, posições incômodas e prolongadas; e os riscos psicossociais englobam constante cobrança de produtividade e imposição de tarefas pela chefia, jornadas de trabalho extenuantes, padrão do sono irregular, monotonia, além de outras situações causadoras de estresse psíquico<sup>(3)</sup>.

Considerando que os profissionais de saúde do SAMU estão vulneráveis aos riscos ocupacionais, em decorrência das condições inerentes ao próprio atendimento pré-hospitalar, este estudo traçou como objetivo avaliar os riscos ocupacionais referidos pelos profissionais de saúde do SAMU de Teresina - PI.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado com os profissionais de saúde do SAMU do município de Teresina-PI. A população foi de 69 profissionais, sendo 16 enfermeiros, 33 técnicos de enfermagem e 20 médicos, que trabalhavam há mais de um ano no serviço. Foram excluídos aqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou que estavam de férias, licença maternidade, prêmio ou médica.

A coleta de dados aconteceu entre janeiro e fevereiro de 2016. Utilizou-se um questionário estruturado, adaptado do estudo de Fernandes<sup>(4)</sup>, possibilitando traçar o perfil dos profissionais, envolvendo as seguintes variáveis: idade, gênero, estado civil, escolaridade, tempo de trabalho no serviço, função, jornada de trabalho e itens acerca dos riscos ocupacionais.

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010. Para a avaliação da correlação das frequências com as variáveis estabelecidas, os mesmos foram submetidos ao Teste Qui-Quadrado, com Intervalo de Confiança de 95%, sendo estabelecida a significância em  $p < 0,05$ , os mesmos foram transferidos para o programa estatístico R I386 3.2.2.

A pesquisa foi encaminhada para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Integral Diferencial - FACID/DEVRY para apreciação, sendo aprovada em dezembro de 2015, com o número de CAAE: 46581815700005211. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



(TCLE), no qual os sujeitos pesquisados foram esclarecidos sobre o estudo e principalmente sobre seus objetivos.

## RESULTADOS

Os resultados apontaram o gênero feminino com uma frequência de 52,2% (36), e o masculino com 47,8% (33) entrevistados. A faixa etária predominante foi de 40 a 49 anos, 44,9% (31), seguida de 30 a 39 anos, 26,1% (18) e de 50 a 59 anos 13,0% (9). As faixas etárias de 60 a 69 anos e de 20 a 29 anos apresentaram o mesmo número de profissionais e em menor quantidade, correspondente a 7,2% (5).

65,2% (45) dos profissionais são casados, 20,3% (9) solteiros, 13,0% (9) separados e divorciados e 1,4% (1) viúvos. Quanto à escolaridade, 36,2% (25) possuem especialização, 33,3% (23) fizeram ensino médio, 18,8% (13) cursaram o ensino superior, 10,1% (7) possuem mestrado e 1,4% (1) possui doutorado. Quanto à categoria profissional, observou-se que os técnicos de enfermagem predominam 47,8% (33) em relação ao número de médicos 29% (20) e de enfermeiros 23,2% (16).

No que se refere ao tempo de atuação, evidenciou-se que 43,5% (30) trabalham entre 10 a 14 anos; que 49,3% (34) não possuem turno fixo, trabalham em ambos os turnos; 65,2% (45) não fazem turno extra de trabalho.

Em relação ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI), todos afirmaram 100% (69) que usam o macacão, tendo em vista que é uma exigência da instituição. Entretanto, quando se investigou o uso de outros EPIs, somente 85,5% (59) usam luvas, 84,1% (58) máscara, 69,6% (48) botas, 40,6% (28) óculos, 23,2% (16) gorros e somente 10,1% (7) utilizam todos os tipos de EPI.

Ao questionar o sentimento desses profissionais no momento do atendimento da ocorrência, 89,9% (62) declararam-se ficar tranquilos e calmos, 5,8% (4) declararam-se tensos e apreensivos, 2,9% estressados. As pessoas que responderam a opção intranquilo/inseguro, desconfiado e as que marcaram todas as opções apresentaram porcentagem de 1,4%, respectivamente (1).

Todos os profissionais de saúde 100% (69) declararam ter consciência da existência de riscos ocupacionais ao realizar suas atividades. A tabela 01 apresenta os riscos físicos, de acidente de trânsito e ergonômicos. Dentre os riscos físicos, o ruído se destacou com 87,0% (60); em relação aos riscos de acidente de trânsito a colisão prevaleceu com 79,7% (55) e para o risco ergonômico, o levantamento de peso, no caso de maca, foi 79,7% (55).

**Tabela 01** - Riscos físicos, de acidentes e ergonômicos a que se submeteram os profissionais de saúde do SAMU-Teresina-PI, no ano de 2016.

VARIÁVEIS	N	%	P
<b>Riscos físicos</b>			
Ruído	60	87,0%	
Temperatura elevada	56	81,2%	
Vibrações	29	42,0%	
Frio	22	31,9%	< 0,001***
Radiações	15	21,7%	
Umidade	4	5,8%	
Todos	1	1,4%	
Não declarado	3	4,3%	
<b>Risco de acidentes</b>			
Colisão	55	79,7%	
Eletricidade, incêndio ou explosão	24	34,8%	
Iluminação inadequada	23	33,3%	
Arranjo físico inadequado	21	30,4%	< 0,001***
Acidentes com animais	17	24,6%	
Equipamentos inadequados	14	20,3%	
Falta de proteção	13	18,8%	
Outros	4	5,8%	
Todos os descritos	3	4,3%	
<b>Riscos ergonômicos</b>			
Postura inadequada	51	73,9%	
Todos relacionados	3	4,3%	
Levantamento de peso	55	79,7%	
Esforço físico	43	62,3%	< 0,001***
Controle rígido de produtividade	25	36,2%	
Monotonia e repetitividade	7	10,1%	
Não declarado	1	1,4%	

Legenda: N, frequência absoluta; %, frequência relativa; P para teste Qui-quadrado com IC 95% e significância em P<0,05. \*\*\*p<0,001.

A tabela 02 apresenta os riscos biológicos, químicos e psicossociais a que se submetem esses profissionais. Dentre os riscos biológicos, a contaminação por sangue predominou com 89,9% (62); entre os riscos químicos, a poeira prevaleceu com 63,8% (44). Em relação aos riscos psicossociais, destacou-se estresse vivenciado no momento do atendimento com 82,6% (57); seguido do trabalho em período noturno 62,3% (43); a elevada tensão ambiental e prejuízo na relação com colegas de trabalho, correspondem respectivamente ao mesmo percentual 40,6% (28); jornada de trabalho prolongada 27,5% (19), imposição de rotina intensa 15,9% (11), todos discriminados 1,4% (1) e não declarado 1,4% (1).

**Tabela 02** - Riscos biológicos, químicos e psicossociais a que se submetem os profissionais de saúde do SAMU-Teresina-PI, no ano de 2016.

VARIÁVEIS	N	%	P
<b>Riscos biológicos</b>			
Sangue	62	89,9%	
Líquor	19	27,5%	
Vômito	54	78,3%	
Saliva	55	79,7%	
Secreção nasal	50	72,5%	
Líquido pleural	13	18,8%	
Líquido amniótico	40	58,0%	< 0,001***
Exposição a perfurocortante	42	60,9%	
Secreção advinda de órgão genital	9	13,0%	
Não declarado	1	1,4%	
Todos discriminados	9	13,0%	
<b>Riscos químicos</b>			
Produtos químicos (aerosóis, produtos de limpeza, medicamentos)	28	40,6%	
Todos discriminados	3	4,3%	
Poeira	44	63,8%	< 0,001***
Fumo	13	18,8%	
Gases	31	44,9%	
Vapores	12	17,4%	
Não declarado	6	8,7%	
<b>Riscos psicossociais</b>			
Situação de estresse	57	82,6%	
Jornada de trabalho prolongada	19	27,5%	
Elevada tensão ambiental	28	40,6%	
Prejuízo na inter-relação com colegas de trabalho	28	40,6%	
Prejuízo na inter-relação com a chefia	13	18,8%	< 0,001***
Trabalho em período noturno	43	62,3%	
Imposição de rotina intensa	11	15,9%	
Todos discriminados	1	1,4%	
Não declarado	1	1,4%	
Não declarado	1	1,4%	

Legenda: N, frequência absoluta; %, frequência relativa; P para teste Qui-quadrado com IC 95% e significância em P<0,05. \*\*\*P<0,001.

Sabe-se que a exposição aos riscos ocupacionais traz, como consequências, diversos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida do servidor, comprometendo assim a qualidade da assistência prestada. Dentre os problemas de saúde, o distúrbio osteomuscular foi o mais relatado 34,78% (24), seguido do déficit da acuidade visual 26,09% (18), falta de apetite/fraqueza e distúrbio intestinal

20,29% (14), distúrbio da acuidade auditiva, cansaço mental, estresse, ansiedade e depressão 17,39% (12), dificuldade para dormir 10,14% (7), distúrbio neuromotor e gástrico 8,70% (6), distúrbio circulatório 7,25% (5), dor de cabeça frequente 5,80% (4), e o problema de pele, foi o menos relatado 4,35% (3). Cerca de 27,54% (19) relataram não possui, problema de saúde relacionado ao trabalho exercido.

## DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil dos trabalhadores desse serviço, pode-se constatar a predominância do sexo feminino 52,2% (36), na faixa etária entre 40 a 49 anos de idade 44,9% (31), casadas 65,2% (45). Em outras pesquisas, predominaram o sexo masculino, com idade média de 30, na sua grande maioria, casados<sup>(2-3-4)</sup>.

Profissionais com especialização prevaleceram, 36,2% (25). Como a graduação somente oferece uma formação generalista, enfermeiros e médicos são impulsionados a buscar formações específicas em especializações e residências. Esse é um fator positivo, uma vez que esses profissionais se apropriam de mais conhecimento e, conseqüentemente, podem minimizar a exposição aos riscos ocupacionais. No entanto, os técnicos de enfermagem foram a categoria profissional que mais se destacou 47,8% (33), visto que no SAMU grande parte das ambulâncias são de Suporte Básico de Vida, composto pelo condutor e técnico de enfermagem.

Acerca do tempo de atuação, 43,5% (30) atuam entre 10 a 14 anos, e 33,3% (23) fazem turno extra. Em torno de 49,3% (34) trabalham em ambos os turnos, uma vez que a jornada de trabalho do nível superior é de 24 horas semanais, com um plantão diurno e outro noturno.

Ao avaliar o uso de EPIs, todos declararam 100% (69) usar o macacão, visto que é obrigatório o uso na instituição. As luvas foram o segundo mais usado, resultado semelhante a um estudo realizado com profissionais de enfermagem do intra-hospitalar, em que a maioria utiliza luvas (96,5%), seguido de máscaras (90,8%), gorro (42,3%) e óculos (17%)<sup>(5)</sup>.

A maioria dos profissionais relatou sentir-se tranquila e calma no atendimento às ocorrências, o que se deve à experiência vivida durante longos anos de trabalho e a treinamentos que preparam os profissionais para lidar com diversas situações, contribuindo para sua segurança e autoconfiança.

Em relação aos riscos físicos a que são mais expostos, o ruído 87,0% (60) foi o mais frequente, em virtude da necessidade do uso da sirene na ambulância. Esse mesmo resultado foi encontrado em duas pesquisas realizadas sobre risco ocupacional em um hospital psiquiátrico de Teresina e no SAMU da região metropolitana de Natal - RN, no qual o ruído foi o risco físico (47,6%) mais prevalente<sup>(1-2)</sup>.

A surdez é um dos distúrbios mais evidentes nos indivíduos expostos ao som de sirene de ambulância. Entretanto, existem outros riscos provocados pelo ruído como: estresse

no atendimento ao paciente, dificuldade de concentração, dispersão, fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador, levando ao absenteísmo<sup>(6)</sup>.

Dentre o risco de acidente de trânsito, a colisão de automóveis foi a que mais acometeu a equipe 79,7% (55). Diversos fatores a influenciam, dentre eles: sucateamento da frota de ambulância, em decorrência da reposição em tempo inábil, o mau uso da viatura pelos condutores, as “gambiarras” feitas pelas oficinas mecânicas, a qualificação inadequada dos condutores em direção defensiva. Vale ressaltar o desrespeito da população que dificulta o tráfego das ambulâncias, eventualmente ocasionando acidentes.

Dos riscos ergonômicos, o levantamento de peso, que inclui o rolamento de pacientes, levantamento de maca e de cilindros de oxigênio, se destacou com 79,7% (55). Esse risco ocasiona os distúrbios osteomusculares, dentre os quais a lombalgia é o mais comum entre servidores desse serviço<sup>(7)</sup>.

A exposição ao sangue foi o risco biológico mais relatado 89,9% (62). Pesquisa realizada com profissionais do SAMU de Minas Gerais constatou o sangue como maior risco biológico, representando 90,3%. Esses profissionais são expostos ao sangue, principalmente, durante a imobilização do paciente (41,0%), higienização do material (18,2%) e intubação orotraqueal (13,6%)<sup>(4)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que 35 milhões trabalhadores de saúde, dos quais entre dois e três milhões correriam o risco de exposições percutâneas de patógenos veiculados pelo sangue a cada ano, incluindo os vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatite B (HBV) e hepatite C (HCV)<sup>(8)</sup>.

Quanto aos riscos químicos, a poeira destacou-se, 63,8% (44). O resultado pode estar relacionado às condições de higiene e infraestrutura do local onde os profissionais prestam atendimento, ao não uso da máscara, pois de acordo com as variáveis, foi classificado como terceiro EPI mais utilizado, fatores que podem gerar infecções respiratórias como consequência.

O estresse vivenciado no atendimento foi o risco psicossocial que mais se submeteram 82,6% (57). Entretanto, os casos de assédio psicológico, intimidação, assédio moral, assédio sexual e outras formas de violência estão cada vez mais presentes nesse ambiente de trabalho. Os profissionais podem adotar comportamentos nocivos à saúde para lidar com o estresse, tais como o abuso de álcool e drogas, além de serem fortes candidatos a desenvolverem doenças musculoesqueléticas, cardíacas e do sistema digestivo<sup>(9)</sup>.

Diante do exposto, salienta-se a necessidade do desenvolvimento de atividades que melhorem a qualidade de vida e as condições de saúde e segurança do trabalhador para a garantia da assistência humanizada e integral ao cliente.

## CONCLUSÃO

Os resultados apontaram uma predominância do sexo feminino, na faixa etária entre 40 a 49 anos, casadas, com atuação entre 10 a 14 anos, especialistas. O EPI mais utilizado foi o macacão, seguido das luvas e máscaras.

Os riscos a que mais se submeteram foram: ruídos da sirene de ambulância, colisão de carro, levantamento de maca, exposição a sangue, poeira ambiental e estresse no atendimento.

Sugere-se a necessidade de cursos que enfatizem a importância do uso de EPI'S e a implementação do uso do protetor auditivo, para proteger contra os ruídos inerentes ao serviço, pois é um EPI que não faz parte da rotina dos profissionais de saúde. É necessário que o gestor ofereça aos condutores curso de direção defensiva para evitar o risco de colisões. Seria interessante, também, que o serviço complementasse ao suporte psicológico as técnicas de relaxamento, pelo menos uma vez na semana, aos funcionários que compõem o serviço, com o intuito de amenizar o estresse, fator potencializador de doenças osteomusculares. Acredita-se que essas iniciativas irão contribuir para minimizar a exposição dos servidores desse serviço a tais riscos.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes MA, Marziale MHP. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. *Acta paul. enferm.* São Paulo. 2014; 27(6): 539-47.
2. Costa IKF, Liberato SMD, Costa IKF, Melo MDM, Simpson CA, Farias GM. Riscos ocupacionais em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. de pesquisa cuidado é fundamental online.* 2014; 6(3): 938 -47.
3. Gomes BB, Santos WL. Acidentes laborais entre equipe de atendimento pré-hospitalar móvel (Bombeiros/ SAMU) com destaque ao risco biológico. *Rev. SenaAires.Valparaíso de Goiás, GO.* 2012; 1(1): 40-9.
4. Oliveira AC, Paiva MHR. Análise dos acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais em serviços de atendimento pré-hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online].* 2013; 21(1): 309-15.
5. Santos AS, Araujo TMED, Viana MRP, Santos MS, Araujo RRMD, Campelo, TPT. Acidentes perfurocortantes em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência em uma capital brasileira. *RevPesquiCuid Fundam.* 2011; 3(5): 229-41.
6. Silva JLL, Costa JLS, Souza FF, Souza RL. O ruído causando danos e estresse: possibilidade de atuação para a enfermagem do trabalho. *av.enferm.*2014; 32(1): 124-38.
7. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.*2012;.25(5): 701-7.
8. Donatelli S, Vilela RAG, Almeida IML, Reis MG. Acidente com material biológico: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. *Saude soc.* 2015; 24(4): 1257-72.
9. Organização Internacional do Trabalho. A prevenção das doenças profissionais. 2013. 20 p. Disponível em: <[http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013\\_relatorio.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013_relatorio.pdf)>. Acesso em 4 de março de 2016.

# PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO NO BRASIL

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>1</sup>

**Objetivo:** refletir acerca da enfermagem de prática avançada, abrangendo essa função em países desenvolvidos. **Metodologia:** reflexão teórica, descrevendo o conceito de enfermagem de prática avançada, abordando seus impactos na atenção primária à saúde e enfocando estratégias prioritárias para sua implantação no Brasil. **Resultados:** dentre as estratégias, destacam-se investimentos na formação profissional, adoção de estratégias nacionais de educação permanente, adição da prática baseada em evidências como eixo norteador das ações do profissional enfermeiro na atenção primária, revisão e ampliação da legislação que norteia a prática e revisão da legislação do sistema de saúde para a prática ampliada. **Conclusão:** entende-se que os alicerces para a construção da adoção e regulamentação formal dessa prática já estão dados, desse modo, a enfermagem brasileira precisa conhecê-la e decidir se quer incorporá-la à profissão.

**Descritores:** Prática Avançada de Enfermagem, Atenção Primária a Saúde, Conselho Internacional de Enfermagem, Papel do Profissional de Enfermagem

### ADVANCED PRACTICE OF NURSING IN PRIMARY HEALTH CARE: IMPLANTATION STRATEGIES IN BRAZIL

**Objective:** addressing the advanced practice of nursing, covering this function in developed countries. **Methodology:** theoretical reflection, describing the concept of advanced practice nursing, reporting its impact on primary health care and focusing on priority strategies for its implementation in Brazil. **Results:** among the strategies, some may be highlighted, such as, investment in graduation nursing courses, national strategies adoption for follow up training at work, addition of practice based on evidences as a guideline for professional nursing actions in primary health care, legislation revision and expansion that guides the practice, and legislation review of the health care system for advanced practice. **Conclusion:** it is understood that the foundations for the construction of adoption and formal regulation of this advanced practice are ready, thus the Brazilian nursing needs to know about it and decide if it is aimed to be incorporated into the profession.

**Descriptors:** Advanced Practice Nursing, Primary Health Care, International Nursing Council, Nurse's Role.

### ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTRATEGIAS PARA LA IMPLANTACIÓN EN BRASIL

**Objetivo:** analizar la práctica de enfermería avanzada, frente a esta función en los países desarrollados. **Metodología:** reflexión teórica, describiendo su concepto, analizando su impacto en la atención primaria de salud y enfocando las estrategias prioritarias para su implantación en Brasil. **Resultados:** entre las estrategias se destacan el investimento en la formación profesional, la adopción de estrategias nacionales de aprendizaje permanente, la adopción de la práctica basada en la evidencia como una guía para las acciones de enfermería profesional en la atención primaria, la revisión y ampliación de la legislación que guía la práctica y revisión de la legislación de salud para la práctica extendida. **Conclusión:** Se entiende que las bases para la construcción de la adopción y la regulación formal de esta práctica está disponible, por lo que la enfermería brasileña necesita saber y decidir si se debe incorporar en la profesión.

**Descritores:** Enfermería de Práctica Avanzada, Atención Primaria de Salud, Consejo Internacional de Enfermería, Rol de la Enfermera.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências – EERP/USP. Pós-doutorado em Atenção Primária – FIOCRUZ. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. E-mail: beatriz.oliveira@unioeste.br

## INTRODUÇÃO

No mundo, os sistemas de saúde dividem-se basicamente em dois grandes modelos. Um baseado na solidariedade, de proteção social, universal, financiado com recursos públicos provenientes de impostos e gratuitos à população, a exemplo de países como o Canadá, Inglaterra, Espanha, Austrália, Brasil, dentre muitos. E outro modelo, baseado na individualidade, em que se considera que cada cidadão é responsável por prover os meios para se manter saudável e resolver seus problemas de saúde, majoritariamente utilizando-se de seguros privados de saúde, com alguns programas focalizados para grupos específicos, como Estados Unidos, Alemanha, França, entre outros<sup>(1,2)</sup>.

Nos modelos de proteção social, em que a atenção primária à saúde está amplamente desenvolvida e funciona como porta de entrada ao sistema de saúde e ordenadora de cuidados na rede de atenção<sup>(2)</sup>, os sistemas de saúde têm buscado estratégias, estruturas e formas de trabalhar de maneira mais custo-efetiva, para proporcionar atenção à saúde de qualidade aos usuários do serviço e suas famílias, baseados em evidências científicas atuais<sup>(3)</sup>.

Os países da *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, os quais, em sua maioria, adotam sistemas universais no cuidado em saúde de seus cidadãos, reorganizaram a forma como prestam serviços para responder melhor às necessidades de saúde da população, ampliando o acesso e a resolutividade, por meio da revisão de funções de diferentes profissionais de saúde, entre eles a enfermeira. Desenvolver novas e mais avançadas funções para os enfermeiros, além do que já faz parte de suas atribuições profissionais, é considerado, nesses países, como uma abordagem promissora para melhorar o acesso aos serviços, ao mesmo tempo em que ajuda a diminuir custos<sup>(4)</sup>.

Assim, pretende-se refletir acerca da enfermagem de prática avançada, abrangendo essa função em países desenvolvidos, descrevendo seu conceito, abordando seus impactos na atenção primária à saúde e enfocando estratégias prioritárias para sua implantação no Brasil.

## A ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA NO MUNDO

Em países como Canadá, Austrália, Reino Unido e Estados Unidos, a despeito do modelo de sistema de saúde adotado, tem surgido, desde os anos 1960, o Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) que, com formação de mestrado, adquire qualificação para o exercício de competências clínicas ampliadas, criando novos modelos de cuidados aos usuários dos serviços de saúde, guiados por evidências científicas. Essa é uma denominação abrangente, que

abarca um número de diferentes perfis profissionais na enfermagem. Contudo, duas são mais comuns no exercício da EPA: nos hospitais, a *Clinical Nurse Specialist* e, na atenção primária, a *Advanced Nurse Practitioner (ANP)*<sup>(3)</sup>.

Em artigo que descreve e avalia a EPA em 12 países da OECD, os autores relatam que adotar a EPA aumentou o acesso aos serviços e reduziu o tempo de espera para os usuários. Segundo as autoras, a EPA é capaz de prestar a mesma qualidade de cuidado que os médicos para os usuários da atenção primária, incluindo-se, nesse rol, os indivíduos com problemas de saúde de menor gravidade e aqueles que requerem seguimento de rotina<sup>(4)</sup>.

Na maioria dos países que a adotam, pode-se citar três grandes razões para o surgimento da EPA. A primeira relaciona-se à melhora do acesso ao cuidado em saúde em contextos com limitação da oferta de médicos. A segunda diz respeito à melhora da qualidade do cuidado, baseado no seguimento e orientações aos indivíduos portadores de condições crônicas na APS ou nos hospitais. A terceira refere-se à redução de custos, impressa no menor salário do enfermeiro em relação ao do médico, na redução dos gastos em saúde com condições crônicas seguidas pelo EPA, evitando complicações e hospitalizações desnecessárias<sup>(4)</sup>.

## À GUIA DE CONCEITUAÇÃO DA ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA

O Conselho Internacional de Enfermagem (*International Council of Nurses - ICN*) define EPA como: "uma enfermeira/praticante avançada é uma enfermeira registrada<sup>2</sup> que tenha adquirido uma base de conhecimento especializado (expertise), com habilidades complexas na tomada de decisões e competência clínica para a prática avançada, cujas características são definidas pelo contexto e/ou país no qual está credenciada para essa prática. O mestrado é recomendado para obter esse nível de formação" (tradução nossa)<sup>(5,8)</sup>.

Soma-se a esse entendimento a definição de *Advanced Practice Registered Nurse (APRN)*, segundo o *Consensus Model for APRN Regulation*<sup>(6)</sup> (tradução nossa), como aqueles enfermeiros que:

- 1) concluíram a graduação em um curso reconhecido dentre as quatro possíveis funções de EPA reconhecidas nos EUA;
- 2) passaram no exame de certificação nacional de APRN, tanto para o primeiro registro quanto para recertificações periódicas;
- 3) adquiriram conhecimento clínico avançado e habilidades que os prepararam para prover o cuidado

<sup>2</sup>O registro refere-se ao conselho de classe da categoria, por exemplo, o Conselho Federal de Enfermagem com as respectivas unidades regionais, no Brasil e, quando for o caso, no serviço nacional de saúde, a exemplo da Inglaterra, em que o profissional necessita obter o registro junto ao National Health System - NHS.

direto aos pacientes;

4) adquiriram prática baseada nas competências do enfermeiro, pela demonstração de grande, profundo e amplo conhecimento, capacidade de interpretação/síntese de dados, aumentada complexidade de habilidades e intervenções, e grande autonomia profissional;

5) foram educacionalmente preparados para assumir responsabilidade e prestar contas de promoção e manutenção da saúde, avaliação, diagnóstico, manejo dos problemas de pacientes, incluindo o uso e prescrição de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas;

6) adquiriram experiência clínica de suficiente profundidade e amplitude para obter a licença pretendida e;

7) obtiveram a licença para a prática como APRN em um dos 4 tipos possíveis: enfermeira anestésista, enfermeira obstétrica, enfermeira clínica especialista e enfermeira praticante.

A enfermeira praticante avançada (*Advanced Nurse Practitioner - ANP*) é aquela que atua na atenção primária com um escopo de competências que poderiam ser desenvolvidas por médicos, mas que integram sua prática, tanto pela substituição quanto pela complementação do trabalho médico, por exemplo: sendo o primeiro contato para indivíduos com problemas de menor gravidade, realizando o seguimento de rotina de pessoas com condições crônicas, prescrevendo medicamentos e solicitando exames. Envolve substituir ações antes executadas somente pelos médicos com o objetivo principal de reduzir sua demanda, implicando em aumento do acesso aos serviços de atenção primária e também na redução de custos ao Estado<sup>(4,7)</sup>.

Para atuação como EPA, em muitos países, é requerido ou recomendado a formação desse enfermeiro mediante mestrado, como na Austrália, Estados Unidos e Canadá, embora no Canadá, em algumas províncias, a pós-graduação em nível de especialização seja aceita. No Reino Unido, apesar da recomendação do mestrado, a graduação em enfermagem é suficiente para atuar como enfermeira praticante ou enfermeira clínica especialista, sendo necessário demonstrar experiência profissional, principalmente para a progressão de carreira. Nesses casos, o Reino Unido oferece programas específicos de treinamento aos enfermeiros que exercem essa prática, em certas áreas, como para a prescrição de medicamentos<sup>(4)</sup>.

## IMPACTOS DA ADOÇÃO DA EPA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A adoção da EPA contribui positivamente com os usuários dos serviços de saúde, a melhora no acesso aos serviços e na redução do tempo de espera para a oferta

do cuidado. Avaliações demonstram que a EPA presta cuidado com a mesma qualidade dos médicos, para uma ampla gama de serviços transferidos a elas, como no seguimento de rotina de pacientes com condições crônicas e sendo o primeiro contato para pacientes com doenças de menor gravidade, desde que obtida a formação e treinamento apropriados. Ainda, altos índices de satisfação com os serviços ofertados pela EPA foram identificados, relacionados ao maior gasto de tempo com cada paciente, mais orientações e informações sobre seus problemas de saúde<sup>(4)</sup>.

Em estudo de revisão de literatura<sup>(8)</sup>, sobre a atuação da EPA, como responsável pelo cuidado preventivo de coronariopatias em pacientes com isquemia cardíaca, demonstrou-se sua boa aceitação por pacientes e enfermeiros, com melhora auto relatada no estilo de vida e condições de saúde. Ainda, nos casos em que o enfermeiro foi responsável pela prevenção clínica secundária, diminuiu o número total de mortes e os eventos coronários prováveis, além de o custo ter sido mais efetivo.

Outro estudo<sup>(9)</sup> realizado na base nacional de dados de prescrições da atenção primária no período de 2006 a 2010 e na base nacional de dados da força de trabalho do *National Health Service (NHS)* em 2010, em relação à prescrição de medicamentos por EPA, indicou que o número de enfermeiros prescrevendo, mais de uma vez anualmente, na atenção primária, aumentou 18% no período; percentual ainda pequeno, em comparação aos médicos, representando 43% dos profissionais qualificados e registrados no NHS para prescrever. Os resultados sugerem que a prescrição de enfermagem é usada quando parece haver relativa vantagem para todos os interessados, em particular, quando suporta a eficiência na prática de enfermagem e também atividades de promoção de saúde pela enfermeira, principalmente em áreas com poucos médicos, áreas rurais, locais de baixa renda, com dificuldades para atrair e manter médicos.

Como repercussões aos enfermeiros de prática avançada, aumentou o número de profissionais nas unidades de atenção primária e os enfermeiros assumiram mais a sobrecarga do trabalho dos médicos. Essa expansão das funções do enfermeiro, apesar de ter aumentado a qualidade do cuidado na atenção primária, intensificou o trabalho da enfermagem<sup>(8)</sup>.

Estudo<sup>(10)</sup> sobre o período de 1966 a 2002, que avaliou o impacto da substituição de médicos por enfermeiros no atendimento de pacientes na atenção primária, quanto a resultados, processo de cuidado, recursos e utilização, incluindo custos, encontrou que, em sete estudos, o enfermeiro assumiu a responsabilidade pelo primeiro contato e continuidade do cuidado aos pacientes

atendidos, cujos resultados não mostraram diferenças significativas no cuidado entre médicos ou enfermeiros para os aspectos avaliados. Em cinco estudos, o enfermeiro assumiu a responsabilidade pelo primeiro contato para pacientes esperando consulta urgente durante ou após o horário de atendimento da unidade de saúde, identificando resultados também similares para médicos e enfermeiros. Contudo, a satisfação foi maior para os cuidados do enfermeiro, relacionada a consultas de maior duração, maior informação aos pacientes e maior frequência de retorno dos pacientes. Em quatro estudos, o enfermeiro assumiu a responsabilidade pelo seguimento no manejo de pacientes com condições crônicas também sem diferenças significativas entre médicos e enfermeiros, indicando similaridade na qualidade do cuidado.

### ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA IMPLANTAÇÃO DA ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA NO BRASIL

O Brasil, reconhecido como o quinto maior do mundo em área territorial e população, tem seu sistema de saúde organizado de forma hierarquizada e descentralizada, com a atenção primária a cargo dos municípios, organizando-se em redes de atenção à saúde, desde atenção primária à alta complexidade em serviços hospitalares<sup>(2)</sup>. Assim, é necessário refletir sobre a ampliação na oferta de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para que seja de fato universal, equânime e resolutivo.

O número de médicos no Brasil, segundo dados do relatório Demografia Médica no Brasil<sup>(11)</sup>, é de, em média 2,11 para cada grupo de mil pessoas, taxa próxima a de países desenvolvidos como Estados Unidos (2,5), Canadá (2,4) e Japão (2,2). Entretanto, esses profissionais estão concentrados em determinadas áreas, mas deficitários em outras.

Quanto ao número de enfermeiros no país, 0,75/500 habitantes, não se atingiu ainda a proporção desejada, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo número ideal de profissionais de enfermagem em proporção à população é de um para cada 500 habitantes<sup>(12)</sup>. Entretanto, a quantidade de profissionais de enfermagem agrupada (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) é de 3,8/500 hab., acima do recomendado pela OMS<sup>(13)</sup>. Ademais, o número de enfermeiros por 1000 habitantes, em comparação a outros países da União Europeia, como a Inglaterra (8,1) Alemanha (10) e Suíça (10,8)<sup>(14)</sup>, está muito aquém do necessário.

Constatado o déficit de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil, o país tem tentado resolver a falta de médicos para atuar em seu vasto território, mediante a ampliação de vagas em cursos de medicina e a importação de profissionais médicos de outros países, assim como

a ampliação de vagas para formação de enfermeiros, contudo com efeito desigual no acesso e resolutividade aos usuários<sup>(15)</sup>.

É nesse cenário que se está discutindo a EPA. Uma realidade de escassez de profissionais e má distribuição pelo território nacional. Assim, é necessário pensar estratégias a adoção dessa prática, agrupando-as em cinco vertentes: investimento na formação profissional, estratégias nacionais de educação permanente, adição da prática baseada em evidências como eixo norteador das ações do profissional enfermeiro na atenção primária, revisão e ampliação da legislação que norteia a prática e do sistema de saúde para a prática ampliada.

Em relação à formação do enfermeiro de prática avançada, sugere-se que ocorra em nível de mestrado, considerando-se a modalidade de mestrado profissional<sup>(16)</sup> como a mais adequada aos requisitos necessários para formação de EPA. Outra possibilidade de formação são as residências profissionais, pois dispõem aproximadamente cinco mil horas de formação em serviço<sup>(17)</sup>, podendo propiciar as habilidades e a expertise requeridas pela EPA.

Sobre a educação permanente em saúde, aos profissionais que já atuam com grande experiência prática e habilidade clínica, sugere-se cursos de curta duração para habilitar os enfermeiros no manejo de situações específicas, como o seguimento de condições crônicas (hipertensão, obesidade, doenças pulmonares, coronariopatias), propiciando competências necessárias para atuar, de acordo com cada realidade.

A atuação da EPA em países desenvolvidos é baseada na adoção das melhores evidências científicas, disponíveis em *guidelines* em sistemas de informação integrados, pertencentes, regulados e atualizados permanentemente pelo sistema nacional de saúde. Assim, para o desenvolvimento de EPA no país, é recomendada a adoção formal, pelo sistema de saúde, de tecnologia de informação em cada unidade de atenção primária, interligadas com a rede de atenção, com protocolos claros de cuidado guiando as distintas práticas profissionais.

Para o sistema Cofen/Corens, além da sua atuação junto ao Ministério da Saúde para regulamentação dessa prática, incide sua responsabilidade na emissão de documentos formais subsidiando os enfermeiros em seu exercício profissional como EPA. A Lei do Exercício profissional - 7.498/86<sup>(18)</sup>, em seu artigo 11, descreve como atividades do enfermeiro, privativamente, consulta de Enfermagem; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; e como integrante da equipe de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela

instituição de saúde. Entende-se, portanto, que os alicerces para a construção da regulamentação formal dessa prática já estão dados.

Ademais, em relação ao aspecto legal referente ao SUS, especificamente quanto a atenção primária, a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011<sup>(19)</sup>, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), descreve, nas atribuições dos membros das equipes, que os profissionais devem seguir as disposições legais que regulamentam o exercício de cada profissão. Assim, remete ao exercício da prática de enfermagem estabelecido por meio de seu conselho de classe. Nas atribuições específicas do enfermeiro, no item II, dispõe: realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas

estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços. A semente da EPA, portanto, está plantada, sendo preciso investir para que se desenvolva.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, remete-se à enfermagem brasileira a tarefa de refletir sobre a função do enfermeiro de prática ampliada e pensar maneiras de implementá-la, caso essa seja sua escolha. Países que a adotam, há mais de cinquenta anos, avaliam-na como positiva, tanto aos profissionais, quanto aos usuários da atenção primária e aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2102.
- Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):52-57.
- Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers* 2010; 54 Access in: 25 Oct 2016 Available at <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- ICN. International Council of Nursing. Definition and characteristics of the role 2008. Access in: 10 Oct 2016 Available at [www.icn.ch/networks.htm](http://www.icn.ch/networks.htm)
- APRN. Advanced Practitioner Registered Nurses. Consensus Work Group and the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee. Consensus. Model for APRN regulations: licensure, accreditation, certification and education. APRN Joint Dialogue Group Report, July 7, 2008.
- Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na atenção primária no serviço nacional de saúde da Inglaterra. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 69(1):182-91.
- Hoare JH, Mills J, Francis K. The role of government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review. *Journal of advanced Nursing*. [2011]; [internet]; [access 28 may 2014]; 68(5): 963-80. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05870.x/pdf>
- Drennan VM, Grant RL, Harris R. Trends over time in prescribing by English primary care nurses: a secondary analysis of a national prescription database. *BMC Health Services Research*. [2014]; [internet]; [access 28 may 2014]; 14(54):1-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/54>
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (review). *The Cochrane collaboration*. 2009. Access 02 Feb 2015 Available from: <http://www.thecochranelibrary.com>.
- EBC. Empresa Brasileira de Comunicação. Brasil aumenta número de médicos, mas mantém desigualdade na distribuição. Acesso em: 25 out 2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-11/brasil-aumenta-numero-de-medicos-mas-mantem-desigualdade-na-distribuicao>
- OMS. Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando juntos pela Saúde/Organização Mundial de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Acesso em: 21 Mar 2011Disponível em: [http://www.who.int/whr/2006/06\\_overview\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf).
- COFEN. Comissão de Business Intelligence. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Brasília: Cofen, 2011.
- Davies P. The concise NHS handbook 2013/2014: The essential guide to the new NHS in England. London, UK: NHS Confederation; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 22 out. 2013a. [Internet]. Acesso em: 21 Fev 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)
- Brasil. Ministério da Educação. Capes. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Acesso em: 25 Out 2016. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/acessoainformacao>
- Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.129 de 2005. Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília: Casa Civil, 2005.
- Brasil. Lei n. 5.905/73, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Acesso em: 10 Out 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973\\_4162.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Séries Pacto pela Saúde. Brasília: MS; 2012.



# GESTÃO DE ENFERMAGEM E CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS

Valéria Lerch Lunardi<sup>1</sup>, Wilson Danilo Lunardi Filho<sup>2</sup>, Rosemary Silva da Silveira<sup>3</sup>, Priscila Arruda da Silva<sup>4</sup>, Joel Rolim Mancia<sup>5</sup>

**Objetivo:** destacar a relevância da gestão das chefias de enfermagem para a construção de ambientes éticos, em que o usual silêncio sobre os problemas éticos vivenciados seja substituído pela liberdade de enfrentá-los. **Metodologia:** trata-se de uma reflexão teórica em que enfocaremos a organização das instituições de saúde e a ética, o sofrimento moral (SM) dos trabalhadores e estratégias de enfrentamento. **Resultados:** ressaltamos que o cuidado em saúde nem sempre favorece uma atuação ética, contribuindo para a emergência de problemas éticos; a divergência entre os valores profissionais e institucionais desencadeiam SM aos trabalhadores; a relevância de uma atuação mais ativa de enfrentamento das chefias de enfermagem. **Conclusão:** a construção de ambientes éticos requer a contínua construção de ambientes com espaço para a voz em substituição ao silêncio sobre os problemas morais frequentemente vivenciados.

**Descritores:** Ética em enfermagem, Enfermagem, Gestão, Gestão hospitalar

## NURSING MANAGEMENT AND CONSTRUCTION OF ETHICAL ENVIRONMENTS

**Objective:** to highlight the importance of nursing leadership management for the construction of ethical environments, where the usual silence on ethical problems experienced is replaced by the freedom to face them. **Methodology:** this is a theoretical reflection that will focus on the organization of health institutions and ethics, the moral suffering of workers and coping strategies. **Results:** we emphasize that health care does not always favor an ethical performance, contributing to the emergence of ethical issues; the divergence between the professional and institutional values trigger moral distress to workers; the importance of a more active role in confronting the nursing supervisors. **Conclusion:** The construction of ethical environment requires continuous build environments with space for voice replacing silent about the often experienced moral problems.

**Descriptors:** Nursing Ethics, Nursing, Management, Hospital Management

## GESTIÓN DE ENFERMERÍA Y CONSTRUCCIÓN DE ENTORNOS ÉTICOS

**Objetivo:** Para resaltar la importancia de la gestión de liderazgo de enfermería para la construcción de entornos éticos, donde el silencio habitual en los problemas éticos experimentados se sustituye por la libertad de enfrentarse a ellos. **Metodología:** Se trata de una reflexión teórica que se centrará en la organización de las instituciones de salud y la ética, la moral, el sufrimiento de los trabajadores y estrategias de afrontamiento. **Resultados:** Hacemos hincapié en que la asistencia sanitaria no siempre favorece el ejercicio ético, lo que contribuye a la aparición de problemas éticos; la divergencia entre los valores profesionales e institucionales desencadenan sufrimiento moral de los trabajadores; la importancia de un papel más activo en hacer frente a los supervisores de enfermería. **Conclusión:** La construcción del entorno ético requiere entornos de compilación continuas con espacio para la sustitución de la voz en silencio acerca de los problemas morales que a menudo experimentan.

**Descriptorios:** Ética en enfermería, Enfermería, Administración, Gestión Hospitalaria

<sup>1</sup>Doutora em Enfermagem. Docente permanente voluntária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande-FURG. E-mail: vlunardi@terra.com.br

<sup>2</sup>Doutor em Enfermagem. Docente permanente voluntário do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, FURG.

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-FURG.

<sup>4</sup>Doutora em Enfermagem. Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, FURG.

<sup>5</sup>Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade do Vale dos Sinos - UNISINOS.

## INTRODUÇÃO

A prática de cuidados de saúde é uma atividade moral, já que o modo como os profissionais desempenham seu papel tem implicações morais. Na área da saúde e, em especial na área da enfermagem, nossas ações, omissões, o modo como nos relacionamos, agimos, expressa nossas prioridades, crenças, valores; portanto, pode-se dizer que, na prática da enfermagem e da saúde, nada está desprovido de significado, representação, valor ou desvalor.

A formação profissional da enfermagem, nas diferentes disciplinas, nos conteúdos e práticas desenvolvidas, está sempre dirigida para a importância de uma prática ética, o que pode implicar, na vida profissional, um permanente enfrentamento de problemas éticos. Nós, enfermeiras, comumente, nos construímos como profissionais, acreditando e formando expectativas de que seremos respeitadas integrantes da equipe de cuidados de saúde, uma equipe dedicada ao cuidado holístico centrado no paciente<sup>(1)</sup>.

A profissão de enfermagem promove expectativas para as enfermeiras aderirem aos ideais e normas éticas da profissão. Esses ideais e normas constituem o coração da enfermagem. A prática de enfermagem é inerentemente uma prática ética e de tomada de decisões éticas<sup>(2)</sup>. Assim, quando vivenciamos a desvalorização dessas perspectivas, em ambientes que parecem não valorizar as necessidades dos pacientes, experimentamos um constrangimento da nossa agência moral, experienciando sofrimento moral (SM)<sup>(3)</sup>. Agência moral entendida como a capacidade de intervir moralmente no mundo.

A prática da enfermagem não ocorre em um vazio, isolada do seu contexto. Os trabalhadores da enfermagem, profissão histórica e socialmente construída, estão inseridos em ambientes também social e historicamente construídos, com diferentes culturas organizacionais, em permanente interação com o ambiente e com outros profissionais da área da saúde, usuários, familiares, com diferentes valores, crenças, costumes.

Em texto publicado por Liaschenko e Peter, *Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community*, no final de setembro de 2016, as autoras afirmam que o mais desafiante problema moral do século XXI será a relação entre o agente moral individual e

as instituições em que esse agente está inserido: a relação entre o trabalhador e a instituição. Argumentam, ainda, que as instituições de cuidado em saúde podem ser comunidades morais, afetando profundamente o trabalho, a identidade moral e a agência moral dos que ali trabalham, inclusive as enfermeiras. Mais adiante, afirmam que "as instituições de cuidado em saúde são organizações complexas com múltiplos objetivos, alguns dos quais são inerentemente conflitantes e opostos ao bem moral do bem-estar do paciente"<sup>(3)</sup> (tradução nossa).

A questão, então, é: como atuar nesses ambientes? Como contribuir para a construção de comunidades morais? Comunidades em que possamos atuar politicamente? Assim, temos como propósito destacar a relevância da gestão das chefias de enfermagem para a construção de ambientes éticos, em que o usual silêncio sobre os problemas éticos vivenciados seja substituído pela liberdade de expressá-los,

discuti-los e, conjuntamente, enfrentá-los.

Para tanto, enfocaremos que a organização das instituições de cuidado em saúde nem sempre favorece uma atuação ética, mas pode, sim, contribuir para a emergência de problemas éticos, que a divergência entre os valores profissionais e institucionais desencadeia SM aos trabalhadores, destacando, por último, a relevância das chefias de enfermagem contribuírem para a construção de estratégias

de enfrentamento: estímulo e valorização para reflexões e discussões éticas.

## A RELEVÂNCIA DA GESTÃO NA CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS

Há anos, na academia, trabalhos vêm sendo produzidos, seja denunciando características de passividade e submissão, de uma moral predominantemente heterônoma presente nos profissionais de enfermagem, seja enfocando movimentos que evidenciam a autonomia dos profissionais de enfermagem e seu aparente empoderamento. A enfermagem brasileira, seus trabalhadores e futuros profissionais em formação, ainda hoje, entretanto, apresentam fortes características de docilidade, submissão e obediência ao instituído<sup>(4)</sup>.

Quando, na década de 90, estudamos o processo de formação disciplinar das enfermeiras, identificamos várias

*“Nós, enfermeiras,  
comumente, nos  
construímos como  
profissionais, acreditando e  
formando expectativas de  
que seremos respeitadas  
integrantes da equipe de  
cuidados de saúde”*

técnicas que contribuíam para a formação de enfermeiras dóceis politicamente, mas úteis economicamente, uma formação profissional com evidências de passividade e submissão a quem representa o poder nas relações. Já, quando da realização das entrevistas com docentes enfermeiras de três cursos de enfermagem de instituições públicas, estudantes de enfermagem e enfermeiras egressas, foi possível constatar que estudantes com um perfil menos passivo, mais resistente a manifestações de poder dos docentes, quando conseguiam graduar-se, costumavam enfrentar vários problemas com suas chefias, inclusive, sua demissão.

Todos nós estamos imersos em relações de poder. Continuamente, estamos exercendo poder em relação a outros e sendo objetos do exercício de poder de outros. Nessa perspectiva, quando resistimos, exercemos poder. Em uma perspectiva ética, entretanto, enfatizamos a relevância da resistência ética com uma justificativa ética. Em uma perspectiva ética, quando se fala em poder, não se trata de resistir por resistir, mas de resistir porque valores morais e profissionais estão sendo desrespeitados.

Quando, em 2002, com a compreensão da “ética como a prática reflexiva da liberdade”<sup>(5,129)</sup>, buscamos analisar ações de resistência da enfermagem com uma justificativa ética, frente aos problemas éticos e morais, identificamos muitas dificuldades das enfermeiras e manifestações de SM para o exercício de resistência<sup>(6)</sup>, apesar dos problemas éticos e morais enfrentados, apesar do desrespeito aos direitos de pacientes, de trabalhadores, dentre outros.

Problemas éticos vivenciados podem ser divididos em três categorias: incerteza moral, dilema moral e SM<sup>(7)</sup>. Continuamente, podemos nos deparar com o que Jameton denominou de incerteza moral, quando reconhecemos uma situação inadequada ou incorreta, questionando-nos e apresentando sentimentos de tensão, frustração e incômodo, mas não percebendo ainda essa situação como parte de um problema ético. Frequentemente, nos deparamos com dilemas morais, quando nos vemos obrigados a escolher um determinado caminho entre dois ou mais cursos a seguir, porém, com uma única opção de escolha, sem que nenhum deles seja mais correto do que os outros<sup>(8)</sup>; os dilemas morais surgem quando a indecisão

por uma ação recai sobre valores contraditórios ou cursos incompatíveis de ação. A característica fundamental dos dilemas morais é a indecisão no conflito<sup>(9)</sup>: falar ou calar-se? Agir ou omitir-se? Reivindicar e resistir ou aceitar a realidade? Denunciar ou ser conivente?

Vivenciar situações de dilema moral, como comumente vivenciamos, pode provocar SM, seja pelo modo como o paciente está sendo tratado e cuidado, seja pelas condições de trabalho, seja por qualquer situação de desrespeito ao que reconhecemos como valores morais: respeito à liberdade e à autonomia do paciente, ao seu direito de receber cuidados de enfermagem, de decidir e previamente manifestar seu consentimento livre e informado em relação a si e a qualquer possível intervenção a ser realizada em si; a vivenciar seu processo de morte com dignidade, sem ser submetido a tratamentos fúteis e à obstinação terapêutica e a ser defendido pelos trabalhadores da saúde e de enfermagem

quando se mostrar incapaz e excessivamente vulnerável para defender a si próprio; a, como trabalhador da enfermagem e da saúde, ter condições adequadas de trabalho que lhe permitam atuar com segurança e competência técnica; a exercer sua autonomia e liberdade para advogar pelos direitos dos pacientes, a receber um tratamento igualitário e justo de chefias e colegas, dentre muitos outros exemplos que poderiam ser apresentados.

No SM, a trabalhadora da enfermagem sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas não pode seguir o rumo de sua consciência, seja por constrangimentos externos, por relações interpessoais com médicos, chefia de enfermagem, outros trabalhadores, colegas de equipe, administração do hospital e políticas institucionais; seja por constrangimentos internos, dificuldades individuais de enfrentamento da situação, como medo de perder o emprego, de ser punido por manifestar resistência, passividade da enfermagem para seguir ordens, indecisão e falta de coragem<sup>(8,10)</sup>.

O SM na prática da enfermagem foi descrito, inicialmente, como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando as trabalhadoras de enfermagem não podem executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências<sup>(7)</sup>. Quando o SM se faz presente, o impacto para o doente pode ser a falta de advocacia por parte da enfermagem e situações em que as

*“Falar ou calar-se?  
Agir ou omitir-se?  
Reivindicar e resistir  
ou aceitar a realidade?  
Denunciar ou ser  
conivente?”*

trabalhadoras evitam o contato com os pacientes, causando um aumento no desconforto e no próprio sofrimento do paciente frente à doença e ao tratamento<sup>(11)</sup>.

A fragilização do cuidado de enfermagem, portanto, pode ser importante fonte de SM, associada a questões relacionadas à organização do trabalho, à sua humanização e ao exercício de poder no trabalho. A percepção das enfermeiras sobre sua possibilidade de exercer poder na instituição, para a resolução e enfrentamento de dilemas e questões éticas, parece fundamental para a sua decisão de uma tomada de ação, ou não, para esse enfrentamento<sup>(12-15)</sup>. A problemática do SM tem sido associada à evasão das profissionais de enfermagem da profissão ou, mais preocupante, ao afastamento dos valores morais da profissão em trabalhadores que optam por permanecer exercendo a enfermagem.

Assim, apesar das trabalhadoras de enfermagem reconhecerem a necessidade de provocar questionamentos frente aos problemas morais, podem se mostrar temerosas em fazê-lo, possivelmente, pelo desequilíbrio de poder vivenciado nos ambientes de trabalho<sup>(16)</sup>, na própria equipe de enfermagem, como na instituição como um todo, apesar das suas implicações para os usuários, o que pode estar fortemente associado ao SM. Hardingham<sup>(8)</sup> fala do resíduo moral, referindo-se ao comprometimento da integridade moral, envolvendo a anulação ou violação de crenças, valores e princípios, que podem levar à indiferença do profissional.

Portanto, o dilema pode levar ao resíduo moral, que são as marcas decorrentes do sofrimento experienciado, rompendo com a integridade moral, deixando traços na personalidade e nos valores construídos ao longo do tempo. A integridade moral refere-se à relação indissociável entre a integridade profissional e pessoal, dizendo respeito a um padrão moralmente aceito por nossa sociedade frente à ética. Os valores de uma pessoa são integrados à personalidade, tanto para o desenvolvimento pessoal, quanto para alcançar a integridade moral, que significa desenvolver uma perspectiva crítica por meio de um ponto de vista que permita analisar, aceitar ou rejeitar situações novas. Quando a integridade moral é prejudicada, pode ocorrer SM e, até mesmo, o abandono da profissão<sup>(9)</sup>.

O enfrentamento do SM vai exigir mudanças no ambiente de cuidados de saúde, na cultura organizacional e na formação de enfermeiras, com ênfase na construção de ambientes em que predomine a prática ética<sup>(9)</sup>. Assim, quando as trabalhadoras de enfermagem não aceitam passivamente a precariedade e insuficiência de recursos materiais comumente vivenciada nos ambientes de trabalho, que repercutem para a fragilização do cuidado, mas exigem melhores condições organizacionais de trabalho,

estão indiretamente advogando pelos pacientes. Podem, também, mais diretamente, advogar pelos pacientes quando, explicitamente, reivindicam que seus valores, assim como suas responsabilidades éticas e profissionais, sejam apoiadas. Para tanto, no entanto, devem estar convencidas de que suas ações são fundamentais para o cuidado do paciente e desenvolver um senso de orgulho e identidade profissional.

Nesse sentido, parece importante destacar a relevância das chefias de enfermagem na construção de estratégias de enfrentamento: valorização dos trabalhadores da equipe de enfermagem, abertura e estímulo para reflexões e discussões éticas<sup>(17)</sup>; a substituição de espaços de silenciamento e desvalorização das vivências, percepções e sentimentos por espaços para a voz, para a verbalização dos problemas morais vividos, para a expressão de desconfortos, angústias, conflitos, dilemas, SM.

Mesmo que reconheçamos que muitos dos problemas morais enfrentados no ambiente de trabalho não se resolvem apenas com a atuação diferenciada de uma chefia de enfermagem aberta, receptiva e estimuladora para que as questões éticas do ambiente de trabalho sejam verbalizadas e tornem-se objeto de questionamento e problematização, certamente, o sofrimento dos trabalhadores poderá ser reduzido com esse compartilhamento e troca de sentimentos e percepções.

Por outro lado, a questão não é deixar de sofrer, moralmente, mas entender que o SM é um alerta sobre possíveis constrangimentos morais que estamos vivenciando, requerendo que medidas sejam tomadas para seu enfrentamento, impedindo sua naturalização nos ambientes de trabalho. Existe, sim, o propósito de reduzir o SM, sua prevalência na prática, pela redução das ameaças e constrangimentos morais sentidos pelos trabalhadores<sup>(1)</sup>.

Dentre as estratégias que nos parecem mais pertinentes para serem assumidas no enfrentamento dos problemas morais e, conseqüentemente, do SM, além do permanente espaço para sua problematização e discussão, parece relevante destacar que gerentes de enfermagem podem usar estratégias de empoderamento, certificando-se que as enfermeiras da equipe se beneficiem das decisões em seus trabalhos, participem das tomadas de decisão, recebam *feedback* sobre seu desempenho, ou desfrutem de diversidade nas suas tarefas. Embora as gerentes de enfermagem nem sempre tenham controle sobre que promessas organizacionais foram feitas e que decisões foram implementadas, podem usar seu poder de negociação para assegurar que essas questões sejam encaminhadas em suas equipes<sup>(18)</sup>.

As gerentes, também, podem encaminhar à direção de enfermagem problemas relacionados à sobrecarga de

trabalho que comprometem a qualidade do trabalho da enfermagem<sup>(18)</sup>, assim como os relacionados à insuficiência de recursos materiais, dentre outros. Problemas reconhecidos como problemas gerenciais, porém com uma forte dimensão ética. A percepção do suporte organizacional, em que se enquadram o suporte da chefia e o direito à voz e à coragem moral, constitui-se em variável que afeta diretamente o SM. “Embora não seja possível erradicar completamente conflitos e dilemas éticos, as organizações podem ser capazes de influenciar SM, fortalecendo de modo formal ou informal as estruturas de suporte para tratar com eles”<sup>(19,46)</sup> (tradução nossa). Nesse sentido, destaca-se também que, além da existência de recursos éticos nas instituições, como serviços de consultoria ética, os trabalhadores precisam reconhecer que serão apoiados por suas chefias, no uso desses recursos<sup>(19)</sup>; que não sofrerão retaliações e punições pela busca desses recursos, muitas vezes, mascaradas em decisões verticais referentes à troca de unidades, de turnos de trabalho, de escalas de trabalho.

Enfermeiras líderes e gerentes necessitam desenvolver processos nos ambientes de trabalho que promovam redes positivas, de justiça e respeito, mediante práticas mais transparentes e responsáveis.<sup>(20)</sup>

### PARA FINALIZAR

Construir ambientes éticos requer que construamos continuamente ambientes com espaço para a voz, a fala, o discurso, em substituição ao silêncio sobre os problemas morais frequentemente vivenciados. Geralmente, as pessoas não se sentem confortáveis em falar de valores pessoais que conformam seu senso de ética. A dimensão ética presente no nosso trabalho comumente não é objeto de discussão nesse ambiente. Esse tem sido um tema negado, esquecido, apesar da sua relevância.

Como afirma Bedrosian<sup>(17)</sup>, no texto: Enfermagem é difícil, não abordar as questões éticas, a torna ainda mais difícil: “ética pode ser o elefante na sala. Ninguém quer falar sobre ele, mas ele não vai a nenhum lugar” (tradução nossa).

### REFERÊNCIAS

- Peter E, Liaschenko J. Moral distress reexamined: A feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2013; 10 (3): 337-45.
- Mallari MG, Tariman DJ. Ethical Frameworks for Decision-Making in Nursing Practice and Research: An Integrative Review. *DePaul Online Journal of Nursing Research*. 2016; 1-2. Disponível em: <http://via.library.depaul.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=son-research-synthesis>
- Liaschenko J, Peter E. Fostering Nurses' Moral Agency and Moral Identity: The Importance of Moral Community. *Hastings Center Report*. 2016; Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.626/full>
- Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Latino Am Enferm*. 2013; 21(1):293-9.
- Foucault M. *Hermeneutica del sujeto*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1987.
- Peter E, Lunardi VL, Macfarlane A. Nursing resistance as ethical action: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46 (4): 403-16.
- Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
- Hardingham LB. Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy* 2004, 5(2): 127-34.
- Jameton A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clinical Issues*. 1993; 4(4):542-51.
- Wilkinson, J. M. Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum*. 1987; 23: 16-29.
- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002; 9(6): 636-50.
- Liaschenko J. Feminist Ethics and Cultural Ethos: Revisiting a Nursing Debate. *Advances in Nursing Science*. 1993; 15 (4): 71-8.
- Aiken L, Smith H, Lake ET. Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*. 1984; 32 (8): 771-87.
- Erlen JA, Frost B. Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*. 1991; 13 (3): 397-407.
- Penticuff JH, Walden M. Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nurs Res*. 2000; 49(2): 64-72.
- Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. *Orthopaedic Nursing*. 2001; 20 (2): 76-80.
- Bedrosian J. Nursing is hard. Unaddressed ethical issues make it even harder. *Johns Hopkins Magazine*. 2015; Summer. Disponível em: <http://hub.jhu.edu/magazine/2015/summer/nursing-ethics-and-burnout/>
- Battistelli A, Galletta M, Vanderberghe C, Odoardi C. Perceived organisational support, organisational commitment and self-competence among nurses: a study in two Italian hospitals. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24 (1): 44-53.
- Rathert DR, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: a survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Studies*. 2016; 53:39-49.
- Blackstock S, Cohn KH, Macleod MLP. The impact of organisational factors on horizontal bullying and turnover intentions in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*. 2015; 23(8):1106-14.

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS ADOLESCENTES GESTANTES SOB A ÓTICA DE CALLISTA ROY

Láís Gama Ibiapina<sup>1</sup>, Inez Sampaio Nery<sup>2</sup>, Silvana Santiago da Rocha<sup>2</sup>, Lídy Tolstenko Nogueira<sup>2</sup>, Anna Karolina Lages de Araújo<sup>3</sup>, Anna Katharinne Carreiro Santiago<sup>3</sup>

**Objetivo:** refletir o potencial de utilização da Teoria de Adaptação de Callista Roy no cuidado de enfermagem à adolescente gestante. **Metodologia:** reflexão baseada em revisão da literatura, que relaciona o papel da enfermeira no cuidado à adolescente grávida, evidenciando limitações e possibilidades. **Resultados:** as ações desempenhadas pelo enfermeiro permitem uma atenção individual e integral, bem como disponibilizam ferramentas para o enfrentamento das experiências da gravidez, parto e maternidade, de modo favorável à saúde do binômio mãe/filho. **Conclusão:** o referencial teórico de Callista Roy permite visualizar a adolescente como um sistema adaptável, com mecanismos de resistência das respostas condicionadas aos estímulos expostos, facilitando a compreensão do enfermeiro sobre as principais necessidades comprometidas no modo adaptativo de função da vida real e função de papel, pois favorece um melhor entendimento e resolução mais efetiva do cuidado.

**Descritores:** Teoria de Enfermagem. Gravidez na Adolescência. Transtornos de Adaptação. Cuidados de Enfermagem.

## NURSING CARE TO PREGNANT TEENAGERS UNDER THE OPTICS OF CALLISTA ROY THEORY

**Objective:** to reflect the potencial for use the theory of Callista Roy adaptation nursing care pregnant teen. **Methodology:** a reflection based on literature review, which relates the role of the nurse in the care the teenager pregnant, showing the limitations and possibilities. **Results:** the actions performed by the nurse allow individual attention and integral, as well as provide tools for confronting the experiences of pregnancy, childbirth, and motherhood, so favorable to the health of the mother/child dyad. **Conclusion:** the theoretical framework of Callista Roy allows you to view the teenager as an adaptive system, with resistance mechanisms of conditioned responses to stimuli exposed, facilitating the understanding of the nurse on the main needs committed Adaptive mode of real-life role and function, since it favors a better understanding and more effective resolution of caution.

**Descriptors:** Nursing Theory; Teenage pregnancy; Adjustment disorders; Nursing care.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS BAJO LA ÓPTICA DE CALISTA ROY

**Objetivo:** reflejar el potencial de uso de la teoría de adaptación de Callista Roy asistencia a adolescentes embarazadas. **Metodología:** una reflexión basada en la revisión de la literatura, que se refiere el papel de la enfermera en el cuidado de la adolescente embarazada, mostrando las limitaciones y posibilidades. **Resultados:** las acciones realizadas por la enfermera permite una atención personalizada e integral, así como proporcionar herramientas para enfrentar las experiencias del embarazo, el parto y la maternidad, tan favorable para la salud de la díada madre-hijo. **Conclusión:** el marco teórico de Callista Roy le permite ver al adolescente como un sistema adaptativo, con mecanismos de resistencia de condicionado las respuestas a los estímulos expuestos, facilitando la comprensión de la enfermera en las principales necesidades confiado modo de adaptación de la vida real rol y función, ya que favorece una mejor comprensión y resolución más eficaz de atención.

**Descritores:** Teoría de enfermería; Embarazo adolescente; Trastornos de adaptación; Cuidados de enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI.  
E-mail: ibiapina.gama.lais@gmail.com;

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docentes da UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPI.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas, e a gravidez na adolescência passou a ser apresentada como uma perturbação à trajetória juvenil, inserida em um discurso alarmista, moralizante e normativo. Estudos demográficos vêm demonstrando um aumento da taxa específica de fecundidade e uma elevação relativa de nascimentos entre mulheres de 15 e 19 anos, em contraste com tendência revelada em outros grupos etários, levando a gravidez na adolescência a ser encarada como um problema social<sup>(1,2)</sup>.

Assim, a gravidez na adolescência representa um problema de saúde pública. O relatório da Situação da População Mundial de 2013 mostra que todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto. Em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais 2 milhões são menores de 15 anos, número que pode aumentar para 3 milhões até 2030, se a tendência atual for mantida<sup>(3)</sup>.

No início da vida reprodutiva, a maternidade pode ameaçar o bem-estar e o futuro das adolescentes, em razão dos riscos físicos, emocionais e sociais, podendo estar associada à pobreza, à baixa escolaridade e a resultados perinatais negativos, contribuindo para a perpetuação do ciclo de pobreza. A gravidez demanda uma condição amadurecida, estável e estruturada em termos econômicos, profissionais e pessoais, elementos dificilmente encontrados na adolescência<sup>(4)</sup>.

A descoberta da gestação pode representar para a adolescente um momento de conflitos, ansiedades e angústias, na medida em que passa a conviver com dois eventos estressores: a adolescência e a gestação. A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, associada a um processo de amadurecimento que ainda está se iniciando, resulta em uma adolescente pouco preparada para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que envolvem a maternidade e a constituição de uma família não planejada<sup>(5,6)</sup>.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações

de planejamento familiar são desenvolvidas principalmente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse planejamento constitui um elemento de prevenção essencial na Atenção Primária à Saúde, e a enfermeira membro da equipe atua nesse planejamento, por ser uma das profissionais de maior contato com as famílias. No contexto da adolescência, entretanto, o problema do planejamento familiar é grande, visto que os serviços de saúde não são organizados para esse tipo de atendimento com aquele grupo. Além disso, a procura de adolescentes para anticoncepção é pequena e, quando as adolescentes chegam às unidades de saúde, comumente, é porque já estão grávidas e querem iniciar o pré-natal<sup>(7)</sup>.

O adolescente tem direito a uma vida sexual e deve tomar suas próprias decisões, conscientemente, baseadas no conhecimento. Para que isso aconteça, entretanto, é necessário que os profissionais de saúde assistam a esse público de acordo com suas características, garantindo-

lhes condições de acesso aos serviços de saúde, educação em saúde e contracepção<sup>(8)</sup>.

Desse modo, a educação sexual deve ser iniciada o mais cedo possível, ocorrendo de forma contínua e vinculada à formação de crianças e adolescentes, devendo ter início pelos pais e ser assumida também por eles, e complementada pela escola e profissionais de saúde. Para isso, deve-se preconizar o atendimento individual ao adolescente, por meio da consulta de enfermagem, pois,

independentemente do motivo da consulta, esse atendimento constitui uma oportunidade de se fazer educação em saúde<sup>(9)</sup>.

O saber da Enfermagem corresponde, em partes, a um conjunto de teorias que respaldam a prática profissional e revelam a ação de cuidados, desenvolvida em resposta a uma necessidade do ser humano e da coletividade. Dessa forma, as teorias são construídas a partir de conceitos, modelos e proposições que servem de base para fundamentar as ações práticas, auxiliando e explicando as abordagens realizadas junto ao objeto de trabalho – o ser humano<sup>(10)</sup>.

A adoção das teorias de Enfermagem pode contribuir para a construção do conhecimento técnico-científico e para a melhor definição do real papel do enfermeiro, com reflexo direto no processo do cuidar, sendo necessárias para um melhor embasamento da prática, devendo, assim, ser constantemente avaliadas e analisadas<sup>(11)</sup>.

*“No início da vida reprodutiva, a maternidade pode ameaçar o bem-estar e o futuro das adolescentes”*

Introduzido pela primeira vez em 1970, em Los Angeles, o Modelo de Adaptação de Callista Roy foi um dos que teve maior aceitação. Essa teoria pode ser aplicada em diversas realidades, permitindo uma melhor sistematização da assistência, além de contribuir para o processo adaptativo do homem de forma holística<sup>(11, 12)</sup>.

Para Callista Roy, o homem é um ser biopsicossocial em constante interação com mudanças ambientais. Dessa forma, sua teoria objetiva promover a adaptação do homem em situações de saúde e doença, por meio de respostas adaptativas. Para isso, a teórica considera a importância de quatro elementos: a pessoa, o ambiente, a saúde e a meta de enfermagem<sup>(13)</sup>.

Por entender essa teoria como opção viável para perceber o sujeito em toda a sua complexidade, característica condizente com a demanda de superação do predomínio do modelo cartesiano na saúde, propõe-se este ensaio reflexivo, que objetivou refletir sobre o potencial de utilização da Teoria de Adaptação de Callista Roy para a realização de um cuidado de enfermagem à adolescente gestante.

#### METODOLOGIA

O trabalho caracterizou-se como teórico-reflexivo, proveniente da disciplina Enfermagem em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí.

A disciplina tem carga horária de 45 horas e possui, dentre suas avaliações, a produção de um artigo reflexivo, com enfoque em umas das teorias de Enfermagem, neste caso, a Teoria de Adaptação de Callista Roy. Para isso, tomou-se como objeto do estudo os cuidados de enfermagem às adolescentes gestantes, os quais foram identificados por meio da revisão de literatura e associadas ao modelo de Roy.

#### Aspectos teóricos do modelo adaptativo de Callista Roy

No modelo de Adaptação de Roy, a pessoa (indivíduo, família, organizações, comunidades ou sociedade) encontra-se exposta a uma série de circunstâncias, condições ou influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento de pessoas ou grupos, sendo que o ambiente em mudança estimula as pessoas a darem respostas de adaptação. O ambiente é considerado como todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o

comportamento da pessoa, e a saúde seria um reflexo da adaptação decorrente da interação entre pessoa e ambiente. A enfermagem teria, nessa perspectiva, o objetivo de promover a adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos de adaptação: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel<sup>(14)</sup>.

No que concerne aos modos de adaptação, o fisiológico relaciona-se às cinco necessidades básicas (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e descanso); a identidade de autoconceito refere-se ao conceito que cada pessoa ou grupo tem sobre si; a interdependência são as relações estreitas que existem entre as pessoas; e o modo de desempenho do papel está ligado aos papéis que a pessoa ocupa na sociedade e seu desempenho. Esses quatro modos são os que sofrem influência dos estímulos internos e externos, promovendo uma resposta eficaz ou não<sup>(15)</sup>.

A ciência de enfermagem relaciona-se com o conhecimento básico de adaptação das pessoas para compreendê-las em situações de saúde e de doença, e o que pode ser feito para intensificar sua adaptação<sup>(14)</sup>.

#### Possibilidades de aplicação da Teoria da Adaptação de Roy na assistência de enfermagem às adolescentes gestantes

O nascimento de um filho na adolescência representa uma etapa de transição para a vida adulta, revelando significados próprios para pais e mães, demarcados

por relações de sexo e expressos nos desdobramentos ocasionados pela existência de um filho em uma etapa de vida determinada. Para a adolescente, a gravidez pode significar uma reformulação de seus planos de vida e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está preparada<sup>(2)</sup>.

Muitas vezes, nem mesmo fisicamente, a adolescente está preparada para assumir a maternidade, mas Roy considera a pessoa um sistema aberto, que troca informações com o meio constantemente, sendo capaz de mudanças externas e internas. Dessa forma, seguindo o modelo de Roy, apesar de a adolescência não ser considerada o melhor momento para uma gestação, a adolescente é capaz de desempenhar esse papel, por meio de mudanças que o meio e a convivência com fatores inerentes possam lhe proporcionar.

As alterações causadas pela gravidez não implicam apenas a jovem adolescente, repercutindo também no âmbito familiar;

*“Para Callista Roy,  
o homem é um ser  
biopsicossocial em  
constante interação  
com mudanças  
ambientais”*



toda a família participa do processo de gestação, sendo afetada direta ou indiretamente. Muitas vezes, há dificuldades no relacionamento entre pais e filha e consequências negativas para seu desenvolvimento psicológico<sup>(16)</sup>.

No contexto social, a responsabilidade quanto aos cuidados do filho continua sendo feminina, independentemente do tipo de arranjo familiar em que a criança está inserida. Em virtude da grande responsabilidade advinda do ser mãe e da imaturidade ainda interiorizada pela adolescente que encontra dificuldades em desempenhar seu papel, surge a figura dos avós. A participação dos avós é sempre significativa, principalmente entre os jovens não unidos, caracterizando práticas familiares de suporte financeiro, auxílio e solidariedade dos pais com seus filhos, cumprindo, assim, em relação aos netos, as funções parentais<sup>(2)</sup>.

O ambiente em que a adolescente está inserida pode influenciar positiva ou negativamente em suas práticas de mãe, constituindo o mundo interno e ao seu redor. As respostas do ser humano são adaptativas ao ambiente em que está inserido. Os avós, ao assumirem o cuidado com a criança, produzem um mecanismo de conforto à adolescente, que passará a se abster das responsabilidades com seu filho; já a família em que a responsabilidade deve ser assumida pela mãe adolescente possibilita o amadurecimento dessa adolescente e o enfrentamento das dificuldades que vão progressivamente aparecer.

A experiência do nascimento hoje é definida pelo desenvolvimento dos papéis maternos e paternos, os quais caracterizam a adaptação à gravidez, ou seja, a uma nova realidade pessoal e familiar diante da expectativa do nascimento de um filho. Entretanto, os novos papéis que a adolescente precisa assumir podem tornar-se suas maiores dificuldades, estando relacionados principalmente à situação socioeconômica, como falta de emprego e casa própria, mudanças com o corpo e cuidados com o recém-nascido, como medo de dar banho e cuidar do coto umbilical. É fundamental, nesse momento, para a adolescente, o suporte familiar e a ajuda de pessoas com experiência. A adaptação feminina ao período gestacional é influenciada por três fatores da vida da mulher: seu bem-estar psicossocial, sua família e a sociedade em que ela vive<sup>(17,18)</sup>.

Nessa perspectiva, a saúde também constitui um item importante, dependendo da adaptação da pessoa a um ambiente em mudança, no qual a adolescente precisa ser uma pessoa integrada, capaz de alcançar metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle.

O modo de desempenho de papéis, para Callista Roy, constitui um conjunto de expectativas sobre como uma pessoa ocupa um papel na sociedade, no caso das adolescentes gestantes, como irão desenvolver o papel de mãe. Segundo esse modelo teórico, as pessoas podem desempenhar papéis primários (determinam a maioria dos comportamentos em uma fase da vida, determinados pela idade, sexo ou estágio de desenvolvimento), secundários (assumidos para cumprir a tarefa associada a um estágio de desenvolvimento ou a um papel primário) ou terciários (de natureza temporária e livremente escolhidos), que podem ser levados a cabo por comportamentos instrumentais, aqueles

em que há um desempenho real e físico do comportamento, ou comportamentos expressivos, que envolvem as emoções, sentimentos e atitudes perante um papel ou desempenho<sup>(12)</sup>.

A acolhida por pessoas próximas à adolescente torna-se fundamental, pelo fato de ela vivenciar um período extremamente delicado, com repercussões não apenas para si, mas para outro ser, que poderá vir a ser cuidado por alguém com pouca experiência de vida. Daí a importância da adolescente receber apoio,

contribuindo para que ela não visualize a possibilidade de abortamento, o que constituiria mais um risco a sua saúde<sup>(18)</sup>.

A maternidade na adolescência dificulta a construção de uma carreira, visto ser comum a interrupção da vida escolar. O retorno à escola nem sempre é uma realidade, comprometendo o ingresso no grupo da população economicamente ativa, bem como as condições socioeconômicas das famílias, principalmente das de baixa renda<sup>(19)</sup>.

Ressalta-se que é próprio do enfermeiro trabalhar na perspectiva da educação em saúde. Ele é responsável por promover assistência às adolescentes gestantes, na perspectiva da integralidade, respeitando suas especificidades e valorizando o contexto em que a gravidez se insere, incluídos fatores socioeconômicos e culturais nos quais as relações de gênero se concretizam. Tem importante papel na escuta sensível de suas necessidades, devendo permitir a expressão

## *“A maternidade na adolescência dificulta a construção de uma carreira, visto ser comum a interrupção da vida escolar”*

de sentimentos que emergem na vivência da gravidez, de modo a se estabelecer uma relação de confiança. Diante disso, a assistência pré-natal deve configurar-se como troca de saberes entre profissional e a gestante adolescente, em detrimento do intercâmbio de informações fragmentadas e imposições<sup>(20)</sup>.

Assim, tais ações permitem uma atenção individual e integral, bem como disponibilizam ferramentas para o enfrentamento das experiências da gravidez, parto e maternidade, de modo favorável à saúde do binômio mãe/filho.

O ambiente da maternidade, o período de internação hospitalar e a relação que se constrói entre adolescente e profissional de saúde, quando somados, geram resultados fundamentais: o acolhimento, a troca de experiências e formação de laços institucionais e pessoais, configurando-se como um rico espaço para as práticas educativas e problematizadoras, dentro do processo dialógico enfermeiro-adolescente<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

O cuidado à adolescente grávida deve se concretizar sob o olhar da integralidade, na medida em que as práticas são orientadas por um modelo que possibilita a esse grupo a oportunidade de atuar como sujeitos. O papel do enfermeiro é acolhê-la com escuta qualificada e responsabilização diante das especificidades das demandas, valorizando o contexto em que estas são geradas. Desse modo, pode-se proporcionar uma assistência de qualidade, e um grupo de apoio no enfrentamento dessa fase do ciclo vital das adolescentes.

A utilização do referencial teórico de Callista Roy permite visualizar a pessoa como um sistema adaptável, dotada de mecanismos de resistência, cujas respostas são condicionadas aos estímulos aos quais está exposta. Ainda, facilita a compreensão ao enfermeiro das principais necessidades comprometidas no modo adaptativo de função da vida real/função de papel, pois favorece um melhor entendimento e resolução mais efetiva do cuidado às gestantes adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2006; 22(7): 1421-30.
- Dias AB, Aquino EM. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saude Pública*. 2006; 22(7): 1447-58.
- UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Divisão de Informação e Relações Externas Setor de Mídia e Comunicação. Situação da População Mundial 2013. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. New York, 2013.
- Moura LN, Gomes KR, Rodrigues MT, Oliveira DC. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):320-6.
- Cavalcante MF, Nery IS. Concepções e contextos sobre a maternidade na adolescência, sexualidade e gênero. In: Nery IS, Gomes KR, Barros IC, Viana LM. *Gravidez na adolescência: prevenção e riscos*. Teresina: EDUFPI; 2011. p. 205-17.
- Schwartz T, Vieira R, Geib LT. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2575-85.
- Moura LN, Gomes KR. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(3):853-63.
- Santos CC, Castiglioni CM, Cremonese L, Wilhelm, LA, Alves, CN, Ressel, LB. Expectativas de adolescentes gestantes para o futuro. *RevPesquiCuid Fundam*. online. 2014. 6(2):759-66.
- Oliveira TC, Carvalho LP, Silva MA. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *RevBrasEnferm Brasília*. 2008;61(3):306-11.
- Porto AR, Thofehn MB, Pai DD, Amestoy SC, Joner LR, Palma JS. Teorias de Enfermagem e modelos que fortalecem a prática profissional. *RevPesquiCuid Fundam*. online. 2013;5(5):155-61.
- Oliveira TC, Lopes MV, Araujo TL. Modo fisiológico do modelo de adaptação de Sister Callista Roy: análise reflexiva segundo Meleis. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2006; 5(1).
- Moreno-Fergusson ME, Alvarado-Garcia AM. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *AQUICHAN*. 2009;9(1):62-72.
- Vall J, Lemos KI, Janebro AS. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. *Cogitare Enferm*. 2005;10(3):63-70.
- Coelho SM, Mendes IM. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):845-50.
- Fragoso LV, Galvão MG, Caetano JA. Cuidado ao portador de transplante hepático à luz do referencial teórico de Roy. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010; 3(1): 29-38.
- Cabral ACF, Araújo VS, Braga, LS, Cordeiro CA, Moraes MN, Dias MD. Percepções da gravidez em adolescentes gestantes. *RevPesquiCuid Fundam*. online. 2015. 7(2):2526-36.
- Silva JL, Ferreira EF, Medeiros M, Araújo ML, Silva AG, Viana ES. Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. *RevBrasGinecol Obstet*. 2011;33(8):182-7.
- Brás C, Pereira A. Promoção da saúde de grávidas adolescentes: estudo prévio de identificação de necessidades. *Millenium*. 2011;40:69-81.
- Araújo AC, Lunardi VL, Silveira RS, Thofehn MB, Porto AR, Soares DC. Implicações da sexualidade e reprodução no adolescer saudável. *Rev Rene*. 2012; 13(2): 437-44.
- Penna LH, Rodrigues RF, Lucido VA, Guedes, CR, Lima LM. Assistência às adolescentes abrigadas em maternidade sob a ótica de profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(Número Especial 2): 121-7.

# CÂNCER INFANTIL: VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Patrick Leonardo Nogueira da Silva<sup>1</sup>, Greice Carvalho Xavier<sup>2</sup>, Valdira Vieira de Oliveira<sup>3</sup>, Mirela Lopes de Figueiredo<sup>4</sup>, Patrícia Fernandes do Prado<sup>5</sup>, Wilson Aguiar Filho<sup>6</sup>

Objetivo: conhecer a percepção da criança em tratamento oncológico sobre a vivência da doença. Metodologia: estudo descritivo, observacional, com abordagem qualitativa. Participaram sete crianças com câncer, mediante entrevista semiestruturada, cujos dados foram estudados por meio da análise de conteúdo. Resultados: foram identificadas quatro categorias: Impedimentos e limitações ao enfrentamento da doença; Brincando e aprendendo; Imaginando ser diferente o ambiente hospitalar; Vivenciando o medo e o desconforto dos procedimentos. Conclusão: o diagnóstico de câncer em crianças e a hospitalização são fatores que privam suas atividades rotineiras e lhes acarretam desconforto emocional e físico.

**Descritores:** Enfermagem pediátrica, Serviço hospitalar de oncologia, Emoções manifestas

## CHILDHOOD CANCER: EXPERIENCES OF CHILDREN IN TREATMENT ONCOLOGIC

Objective: to know the child's perception of cancer treatment on the experience of the disease. Methods: A descriptive, observational study with a qualitative approach. Participants were seven children with cancer through semi-structured interviews and data were analyzed using content analysis. Results: Four categories were identified: Impediments and limitations to cope with the disease; Playing and Learning; Imagining be different from the hospital environment; Experiencing fear and discomfort of procedures. Conclusion: The diagnosis of cancer in children and hospitalization are factors that deprive their routine activities and carry them emotional and physical discomfort.

**Descriptors:** Pediatric nursing, Oncology service hospital, Expressed emotion.

## CÂNCER INFANTIL: EXPERIENCIAS DE LOS NIÑOS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

conocer la percepción del niño en tratamiento del cáncer sobre la experiencia de la enfermedad. Métodos: Estudio descriptivo, observacional con un enfoque cualitativo. Los participantes fueron siete niños con cáncer a través de entrevistas semiestructuradas y los datos se analizaron mediante análisis de contenido. Resultados: Se identificaron cuatro categorías: Los impedimentos y limitaciones para hacer frente a la enfermedad; Jugar y aprender; Imaginando ser diferente del entorno del hospital; Experimentar el miedo y la incomodidad de los procedimientos. Conclusión: El diagnóstico de cáncer en niños y la hospitalización son factores que privan a sus actividades de rutina y los llevan malestar emocional y físico.

**Descritores:** Enfermería pediátrica, Servicio de oncología en hospital, Emoción expresada.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Universidade Estadual de Montes claros (UNIMONTES).

<sup>2</sup>Enfermeira. UNIMONTES

<sup>3</sup>Enfermeira. UNIMONTES.

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. UNIMONTES.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. UNIMONTES.

<sup>6</sup>Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/RJ. E-mail: aguiarwilson@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Antigamente, muitos morriam sem saber o diagnóstico da doença relacionada ao óbito. O advento da medicina, juntamente à tecnologia, constituíram marcos históricos na descoberta de diversas patologias. Nesse sentido, o câncer é uma doença que acomete qualquer faixa etária, inclusive em crianças, e, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer infantil representa a segunda causa de morte no Brasil, com aproximadamente mais de 9 mil casos novos por ano. Estima-se que em torno de 70% das crianças com câncer podem ser curadas, se diagnosticadas e tratadas precocemente<sup>(1)</sup>. O estigma de morte e mal-estar oriundo do tratamento ainda geram medo e angústia aos envolvidos, especialmente à criança e a seus pais. Durante o tratamento, a criança é confrontada com a possibilidade de morte, vivenciando limitações físicas, sociais e emocionais, as quais interferem em sua vida familiar, escolar e comunitária<sup>(2)</sup>.

Desde o diagnóstico até o fim do tratamento, o paciente sofre danos físicos e psicológicos, pois além de submeter-se a procedimentos médicos geralmente agressivos, tem sua vida transformada pela doença<sup>(3)</sup>. A criança, quando doente, sente dificuldade em compreender o que está se passando com ela, tanto em relação à doença em si, como no que se refere aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos quais é submetida. Cada criança e cada família reagirão diferentemente, a depender, entre outros fatores, do estágio em que a doença se encontra, bem como da personalidade dos sujeitos envolvidos. Porém, torna-se comum a utilização dos recursos internos da instituição para o melhor enfrentamento de uma situação difícil, ou seja, ter um filho com câncer<sup>(4,3)</sup>.

A criança que vivencia o diagnóstico de câncer promove a percepção da dor em resposta, representando-a por inúmeras situações: dor em relação à alteração física; dor ao tratamento; dor pelo distanciamento da família; dor pelo rompimento com amigos; e dor da saudade<sup>(5)</sup>. A maioria das crianças que chega ao hospital não está preparada para enfrentar a doença e tudo que dela deriva, o que lhe provoca grande impacto psicológico<sup>(3)</sup>. Para a criança, a hospitalização representa uma situação diferente, uma vez que seus hábitos diários são transformados. O hospital torna-se um ambiente pessoal, diferente do contexto diário, distante de seus

familiares e amigos, e cercada de pessoas estranhas que, a todo o momento, a tocam e realizam procedimentos que lhe causam desconforto<sup>(6)</sup>.

Nesse contexto, aparecerão personagens novos com os quais a criança passará a estabelecer relações duradouras: os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, que devem vivenciar as experiências dos pacientes e de seus familiares diante do diagnóstico e tratamento do câncer<sup>(7,8)</sup>. Frente a essas considerações, este estudo teve por objetivo conhecer a percepção da criança em tratamento oncológico sobre a vivência da doença.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade pediátrica do Hospital Irmandade Nossa Senhora das Mercês, especializado em oncologia pediátrica, localizado no município de Montes Claros-MG, durante o período de agosto a outubro de 2013.

Participaram sete crianças em tratamento oncológico, sendo cinco do sexo feminino e duas do sexo masculino. Foram adotados como critérios de inclusão: crianças com idade entre sete e 12 anos, capazes de se comunicarem de forma clara, com tempo de internação igual ou superior a dois dias. A participação foi voluntária e autorizada pelo responsável por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE). Os depoimentos foram identificados por meio de nomes de flores, de forma a garantir o sigilo e o anonimato dos participantes.

Foram realizadas sete entrevistas, de forma aleatória, na "escolinha" da pediatria. Para interagir com cada criança, antes da entrevista, foi realizada uma conversa prévia como forma de dinâmica de apresentação. As crianças, participantes do estudo, responderam a entrevista, contendo as questões: Você sabe qual é a sua doença? O que você sente depois que ficou doente? Você continua indo à escola? Você sente falta de alguma coisa? Quando você está internada, o que você gosta no hospital? E o que não gosta? Se você tivesse um hospital, como ele seria? Você tem algum medo? Tem algum desejo?

As entrevistas foram encerradas quando os depoimentos começaram a saturar. Os dados foram categorizados e

*“Desde o diagnóstico até o fim do tratamento, o paciente sofre danos físicos e psicológicos”*

analisados por meio da Análise de Conteúdo<sup>(9)</sup>.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, após uma análise temática criteriosa, foram extraídos trechos significativos, os quais foram codificados e agrupados nas seguintes categorias: Impedimentos e limitações ao enfrentamento da doença; Brincando e aprendendo; Imaginando ser diferente o ambiente hospitalar; Vivenciando o medo e o desconforto dos procedimentos.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Foi solicitado o Termo de Assentimento do menor na qual foi assinado pelo responsável ou representante legal para participação na pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP UNIMONTES), sob Parecer nº 352.457/2013.

## RESULTADOS

### Impedimentos e limitações ao enfrentamento da doença

As limitações pela doença, bem como pelo tratamento, impõem, à criança, modificações em suas atividades habituais. Na percepção das crianças, a doença está ligada à limitação de não poder fazer o que gosta, sendo percebido claramente nos seguintes depoimentos: *Eu gostava de correr. Agora eu não posso correr, porque se eu machucar é perigoso o tumor ir pro lugar que eu machuquei. (Orquídea); Sinto falta de tomar refrigerante, comer linguiça, salsicha. Coca eu também não posso tomar. E [...] Cachorro - quente. (Rosa); Sinto falta desse trem artificial, refrigerante, lanchinho, salgadinho. (Margarida)*

Os sentimentos de tristeza e angústia são identificados, uma vez que as rotinas foram modificadas devido às limitações advindas da doença e do tratamento. Cada criança ressalta o que mudou em sua vida, mostrando o significado de existir para cada uma: *Meus amiguinhos mudaram comigo, [...] eles ficam tristes que eu não brinco mais com eles. (Bromélia); Agora eu não posso mais correr, brincar até cansar [...] porque eu não aguento. (Alecrim)*

### Brincando e aprendendo

Todos referiram que o melhor momento da hospitalização

era quando saiam do quarto para ir à escolinha, espaço que poderia ser destinado ao desenvolvimento de atividades escolares por meio da classe hospitalar. Esse é um ambiente que possibilita diversão e brincadeiras, sendo essas primordiais no processo de desenvolvimento da criança em tratamento: *Se esse hospital fosse meu, eu faria uma biblioteca. (Orquídea); Eu queria que aqui tivesse uma escola [...]. (Alecrim)*

A realidade da instituição em estudo não atende ao que é preconizado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), uma vez que não há classe escolar para atender às deficiências estudantis das crianças. Ainda, quando indagadas a respeito do que mais gostavam, citavam sempre a escolinha: *Eu gosto da escolinha [...]. (Rosa); Ano passado, eu fiquei sem estudar, mas esse ano, eu estou estudando. (Margarida); Eu sinto falta de estudar, se eu pudesse não teria parado de ir à escola. É ruim [...], mas essa escolinha daqui é legal. (Gerânio); O que*

*eu mais gosto aqui é de ir pra escolinha, lá a gente brinca com outras crianças, faz desenhos, se diverte. (Alecrim)*

A Brinquedoteca, conhecida por escolinha, é reconhecida pelas crianças como um lugar agradável, pois o ambiente lhes favorece momentos de distração e prazer para as mesmas. Os recursos lúdicos são utilizados como minimizadores do ambiente hostil, presentes no processo de hospitalização; mesmo que não impeçam que a criança vivencie momentos dolorosos,

possibilita que libere sentimentos de raiva e hostilidade provocados pelo tratamento e por suas consequências: *Eu gosto dessa escolinha aqui. (Orquídea)*

### Imaginando ser diferente o ambiente hospitalar

Em relação à compreensão das crianças sobre o ambiente hospitalar, pôde-se reconhecer a busca por um ambiente menos agressivo e mais familiar, uma vez que, para a maioria das crianças, o hospital é sinônimo de tristeza. Além disso, proporciona saudade de seus entes queridos e de sua casa: *Queria que todas as pessoas estivessem aqui. Que mora lá [...], em Ribeiro. (Bromélia); Aqui é ruim porque meu pai não pode ficar comigo. (Alecrim)*

O hospital torna-se para a criança um ambiente inóspito e isento de lazer, de forma a não apresentar mecanismos atrativos que as deixem à vontade. Em todas as vezes que

*“Na percepção das crianças, a doença está ligada à limitação de não poder fazer o que gosta”*

uma criança é internada, a mesma é submetida às rotinas e aos procedimentos invasivos, sendo esses muitas vezes repetitivos, desconfortáveis e limitam a sua privacidade: *Se esse hospital fosse meu, seria bem alegre! [...] chamaria os palhaços. Faria festa. (Lírio); Se esse hospital fosse meu, eu faria um campo de futebol, as enfermeiras e os médicos de um time e as crianças do outro. (Gerânio); Se esse hospital fosse meu, eu faria uma área de jogar videogame. (Margarida)*

Um ambiente diferente, mais alegre e divertido está presente nas pretensões das crianças. A fantasia pode fazer parte do mundo real, sobretudo quando esse mundo é carregado das privações de um ambiente hospitalar, em que o brincar e o criar ficam, muitas vezes, limitados apenas à imaginação. Como a equipe de enfermagem tem um contato maior com os pacientes, muitas vezes, suas atividades ainda baseiam-se no paradigma da doença como referencial, em detrimento de práticas ou atividades que contemplem o completo bem-estar da criança hospitalizada.

#### Vivenciando o medo e o desconforto dos procedimentos

As crianças em tratamento oncológico são submetidas a vários procedimentos que não fazem parte da vivência infantil, e essa situação lhes causa medo e desconforto: *As injeções não gosto [...]. Tomar soro [...]. Do remédio. Eu não queria que desse soro. (Rosa); Eu tenho medo quando vai é [...] pegar a veia. (Rosa); Na hora que falou que eu tinha que 'tomar sangue', eu fiquei com medo! (Orquidea)*

O Brinquedo Terapêutico (BT) pode ser um instrumento significativo utilizado no cuidado integral à saúde da criança hospitalizada, permitindo que passe pela experiência de procedimentos invasivos de forma menos traumática: *Ter que fazer quimioterapia é ruim, às vezes demora achar a veia tem que ficar furando a gente [...]. A gente não pode levantar se não perde a veia [...]. (Gerânio)*

#### DISCUSSÃO

A hospitalização decorrente da doença é algo que as separa da família, dos amigos, que as retira da escola e, ainda, lhes causa indisposição, dor, falta de apetite e medo<sup>(10)</sup>. Em um estudo realizado no Hospital Universitário Clemente de Faria (HUFC) da cidade de Montes Claros-MG, constatou-se que, entre as alterações mais observadas, o choro é uma manifestação frequente na internação, visto que estão presentes a doença e os procedimentos invasivos necessários ao tratamento. O choro, além de demonstrar desconforto, também é tido como sinônimo de dor<sup>(11)</sup>.

Como as brincadeiras se tornam restritas, ocorre um afastamento dos amigos, o que ocasiona maior fator de estresse, já que, na maioria das vezes, correr, jogar bola, brincar de pique-esconde, consideradas como brincadeiras

mais ativas e que cursam com gasto maior de energia, podem ocasionar quedas e a prevenção de acidentes, nesses casos, evita a exacerbação dos sintomas e o agravamento da doença<sup>(12)</sup>.

Em um estudo realizado em um hospital público de Fortaleza-CE com oito entrevistados, sendo esses crianças e adolescentes, foi observado que a experiência hospitalar tende a provocar maior impacto negativo quando ocorre o total afastamento da criança e do adolescente do processo de ensino-aprendizagem escolar, pois a escola e as atividades educativas se mostraram como de grande representatividade para essas pessoas, por serem algo bastante prazeroso e gerador de novos conhecimentos<sup>(13)</sup>.

Nesse mesmo estudo supracitado, evidenciou-se nas expressões das crianças e dos adolescentes o quanto foi difícil para eles, durante o período de internação e adoecimento, ficar sem estudar e aprender novidades. A tristeza e a saudade foram os sentimentos mais evidentes. Em outro estudo<sup>(14)</sup>, o mesmo preconiza que alunos que estejam hospitalizados ou em atendimento domiciliar possuam o direito de classes hospitalares, tendo por objetivo manter o aluno atualizado com referência ao currículo desenvolvido na escola em que estiver matriculado.

Quando a criança apresenta uma condição crônica, o convívio com o hospital pode começar antes mesmo de ela ir à escola pela primeira vez. Frequentemente, seu processo de escolarização não é iniciado, ou é interrompido temporariamente, ou abandonado. Daí, o interesse de proporcionar um suporte que permita à criança continuar participando do processo educativo, aprendendo e se desenvolvendo, já que, após a alta hospitalar, sua vida social continuará em permanente interação<sup>(15)</sup>.

Observa-se na instituição em estudo que esse espaço precisa ser melhor aproveitado, em favor das crianças hospitalizadas, com planejamento e atividades sistemáticas de recreação. Faz-se necessário, ainda, enfatizar a carência de acompanhamento pedagógico do ensino escolar, visto que essa atividade mantém a criança doente conectada com uma parte do seu mundo e em sintonia com as atividades educacionais, já que a descontinuidade dos estudos provoca danos culturais e intelectuais nas crianças e a escola é propulsora de conhecimentos, de estabelecer relações interpessoais e transformadoras<sup>(13)</sup>.

A hospitalização é uma situação difícil, pois o ambiente hospitalar, além de impor uma rotina de atividades pouco diversificadas e condutas padronizadas e repetitivas, pode apresentar uma estrutura desfavorável, especialmente se os alojamentos são fisicamente desconfortáveis e restringem a privacidade<sup>(16)</sup>.

Nessas circunstâncias, a criança vive um desconforto

físico e emocional. Dentre essas situações estressantes estão os procedimentos invasivos, como a punção venosa que contribui para aumentar o medo e a ansiedade, expressos por meio do choro, da raiva e até mesmo por agressões. Essa experiência pode deixar a criança ansiosa e insegura, sobretudo por não estar, na maioria das vezes, preparada para a hospitalização e o tratamento a que será submetida<sup>(17,18)</sup>.

Além da redução de traumas, o uso do BT repercute positivamente na recuperação do processo saúde-doença<sup>(19)</sup>. Assim, torna-se imprescindível minimizar ou evitar os traumas da hospitalização, uma vez que, para as crianças, o ambiente hospitalar não pode se restringir ao leito, devendo a unidade pediátrica fornecer condições que atendam aos desprovimentos físicos, emocionais, culturais, sociais, educacionais e de desenvolvimento da criança<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico de câncer e consequente hospitalização projetam a imagem de privações no mundo da criança, que se vê restrita nas ações de brincar, comer, ir à escola e conviver com amigos e familiares. Nesse contexto, a enfermagem é

o primeiro contato da criança no ambiente hospitalar, um mundo desconhecido, restritivo e, muitas vezes, temido. Ver a experiência da criança diante desse processo nos aproxima para lhes oferecer cuidados integrais. Para que essa realidade seja possível, é indispensável que a enfermagem se volte para as experiências descritas pelas crianças, com uma postura horizontal e enfática na construção de práticas assistências que amenizem o desconforto, de forma a proporcionar-lhes um ambiente de cores, com momentos de diversão, respeito e solidariedade.

As atividades estimulantes e alegres expressam, sobretudo por meio do brincar, alegria, melhora da adesão ao tratamento e trazem, para o ambiente, a proximidade dos amigos e do lar. É primordial para contribuir com essa abordagem práticas sistematizadas de recreação e a garantia do direito ao desenvolvimento educacional por meio da classe escolar. Enfatiza-se a continuidade em investigar os sentimentos de crianças com câncer, seus desejos e valores para construção dos significados que sejam relevantes para elas. Para isso, faz-se necessário a realização de mais estudos, principalmente com ferramentas que as aproximem do seu objeto.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (BR). Particularidades do câncer infantil. Rio de Janeiro:INCA; 2008.
2. Costa TF, Ceolim MF. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(4):776-84.
3. Cardoso FT. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Rev SBPH.* 2007;10(1):25-52.
4. Souza e Souza LP, Silva RKP, Amaral RG, Souza AAM, Mota EC, Silva CSO. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. *Rev RENE.* 2012;13(3):686-92.
5. Cagnin ERG, Ferreira NML, Dupas G. Vivenciando o câncer: sentimentos e reações da criança. *Acta Paul Enferm.* 2003;16(4):18-30.
6. Jansen MF, Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):247-53.
7. Bossoni RHC, Stumm EMF, Hildebrand LM, Loro MM. Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares. *Rev Contexto Saúde.* 2009;9(17):13-21.
8. Saltz E, Juver J. Cuidados paliativos em oncologia. Rio de Janeiro: Senac; 2008.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Sousa MLXF. Significados do viver com o câncer para a criança [Dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2013.
11. Silva MS, Pinto MA, Gomes LMX, Barbosa TLA. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. *Rev Dor.* 2011;12(4):314-20.
12. Silva LF, Cabral IE. O resgate do prazer de brincar da criança com câncer no espaço hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(3):391-7.
13. Ferreira MKM, Gomes ILV, Figueiredo SV, Queiroz MVO, Pennafort VPS. Criança e adolescente cronicamente adoecidos e a escolarização durante a internação hospitalar. *Trab Educ Saúde.* 2015;13(3):639-55.
14. Xavier TGM; Araújo YB; Reichert APS; Collet N. Classe hospitalar: produção do conhecimento em saúde e educação. *Rev Bras Educ Espec.* 2013;19(4):611-22.
15. Holanda ER, Collet N. Escolarização da criança hospitalizada sob a ótica da família. *Texto Contexto - Enferm.* 2012;21(1):34-42.
16. Pacciullo AM. Estratégias de enfrentamento do tratamento quimioterápico na perspectiva de crianças com câncer hospitalizadas [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, USP; 2012.
17. Siqueira HBOM, Santos MA, Gomez RRF, Saltareli S, Sousa FAEF. Expressão da dor na criança com câncer: uma compreensão fenomenológica. *Estud Psicol (Campinas).* 2015;32(4):663-74.
18. Silva PLN, Santos AG, Braz DS, Braz DS, Soares ES. Entendendo o processo de hospitalização infanto-juvenil: percepção de crianças internadas na pediatria de um hospital montesclarensense. *EFDeportes.com.* 2014;18(190):1-7.
19. Marques EP, Garcia TMB, Anders JC, Luz JH, Rocha PK, Souza S. Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspectivas da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3):e20160073.
20. Guimarães TM, Silva LF, Santo FHE, Moraes JRMM. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2016;20(2):261-7.

# MEIOS PARA A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM UTILIZADOS EM UNIDADES HOSPITALARES CRÍTICAS

Raissa Ottes Vasconcelos<sup>1</sup>, Cristina Daiana Bohrer<sup>1</sup>, Denise de Fátima Hoffman Rigo<sup>1</sup>, Luís Guilherme Sbrolini Marques<sup>1</sup>, João Lucas Campos de Oliveira<sup>1</sup>, Nelsi Saete Tonini<sup>1</sup>, Anair Lazzari Nicola<sup>1</sup>

**Objetivos:** analisar o uso dos meios para a gerência de enfermagem em unidades hospitalares críticas. **Metodologia:** estudo qualitativo, desenvolvido no Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário do Paraná-Brasil. A coleta de dados foi feita por meio de observação não participante por residentes de enfermagem, seguida de registros em diário de campo e portfólio. Às informações registradas empregou-se Análise de Conteúdo temática. **Resultados:** emergiram duas categorias temáticas, que relacionam os meios para gerência: instrumentos e competências. **Conclusão:** os instrumentos (planilhas, sistema de classificação de pacientes, indicadores, entre outros) de gerência tendem ao uso burocrático/pouco estratégico.

**Descritores:** Nursing; Management; Professional Competence; Nursing administration research.

## MEANS FOR NURSING MANAGEMENT USED IN CRITICAL HOSPITAL UNITS

**Objectives:** Analyze the use of tools for nursing management in critical hospital units. **Methodology:** Qualitative study, developed in the operating room and intensive care unit of a university hospital of Paraná-Brazil. Data collection was performed by means of non-participant observation by nursing residents, followed by records in field journal and portfolio. The information recorded, was used thematic content analysis. **Results:** Two thematic categories emerged, that relating to management, such as: instruments and competencies. **Conclusion:** The instruments (spreadsheets, patient classification system, indicators, etc.) to manage tend to bureaucratic use/little strategic.

**Descriptors:** Nursing; Management; Professional Competence; Nursing administration research.

## MEDIOS PARA LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA UTILIZADO EN UNIDADES HOSPITALARIAS CRÍTICAS

**Objetivos:** Analizar el uso de medios para la gestión de enfermería en unidades hospitalarias críticas. **Metodología:** Estudio cualitativo, desarrollado en la sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario de Paraná-Brasil. La recolección de datos se realizó por medio de la observación no participante seguido de registro en diario de campo y portafolio. La información registrada, fue el análisis de contenido temático. **Resultados:** Surgieron dos categorías temáticas, que relacionan los medios para la gestión: instrumentos y competencias. **Conclusión:** Los instrumentos (hojas de cálculo, sistema de clasificación de pacientes, indicadores, etc) de gestión tienden a el uso burocrático/ poco estratégica.

**Descriptorios:** Enfermería; Gerencia; Competencia profesional; Investigación en administración de enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste. E-mail: joao-lucascampos@hotmail.com



## INTRODUÇÃO

O processo de trabalho do enfermeiro deve compor, sinergicamente, as dimensões da assistência/cuidado; da administração/gerência; e do ensino/pesquisa<sup>(1)</sup>. Ainda que o cuidado propriamente dito seja o propósito elementar da existência da enfermagem, a dimensão gerencial do enfermeiro é um diferencial no seu processo laboral, porque pode servir como mola propulsora para que ações estratégicas se desdobrem diretamente na prestação da assistência, ou seja, remonta-se ao conhecido como cuidado indireto<sup>(1-2)</sup>.

Para o gerenciamento da assistência, além de conhecimento técnico e científico, o enfermeiro deve lançar mão do uso racional de meios e instrumentos existentes visando à eficiência e efetividade no planejamento, desenvolvimento de ações de melhorias e avaliação dos resultados obtidos<sup>(3-4)</sup>. Destarte, compreendem-se instrumentos gerenciais como ferramentas que apoiam a organização das atividades de cunho administrativo/estratégico, tendo como finalidade o arranjo do trabalho em busca do alcance de objetivos pré-definidos<sup>(5)</sup>.

Especialmente no âmbito hospitalar, onde a complexidade atrelada à produção do cuidado é mais evidente, o trabalho gerencial do enfermeiro tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe de saúde, além de organizar o cuidado e difundir estratégias de melhorias para tal, buscando concretizar ações que devem ser voltadas às necessidades dos clientes<sup>(6)</sup>. Portanto, o enfermeiro galga a um posicionamento importante por meio da sua ação gerente fundamentada em meios, instrumentos e competências<sup>(7)</sup>.

Compreendendo que o uso racional dos meios e instrumentos é fator indissociável da gerência comprometida, ética e inovadora no contexto da enfermagem, acredita-se que investigar sobre o uso de tais ferramentas é relevante, porque pode favorecer/fortalecer a tomada de decisão para possíveis ajustes necessários ou a difusão do emprego satisfatório das ferramentas gerenciais. Em ambos os casos, converge-se ao fortalecimento do papel do enfermeiro como gerente do cuidado, fator indispensável à valorização da profissão e seu avanço como ciência.

Posto sua justificativa, surgiu a inquietação para o presente estudo, pautado na seguinte indagação: como se dá o uso dos meios para a gerência de enfermagem no contexto de unidades hospitalares críticas? Portanto, o objetivo consistiu em analisar o uso dos meios para a gerência de enfermagem em unidades hospitalares críticas.

## METODOLOGIA

Estudo é do tipo descritivo, transversal, qualitativo. Foi

desenvolvido junto às atividades de treinamento em serviço, como parte de um Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Os locais de pesquisa foram as unidades críticas Centro Cirúrgico (CC) e Unidade de Terapia Intensiva-Adulto (UTI) de um hospital de ensino público que é campo de prática da Residência. As unidades foram intencionalmente escolhidas pela rotina de trabalho menos atribulada que setores não críticos, o que, a priori, foi considerado como um potencial facilitador à pesquisa.

A saber, o hospital situa-se no interior do estado do Paraná, Brasil, tendo capacidade operacional de 210 leitos, exclusivamente destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando assistência em média e alta complexidade a uma população que abrange, aproximadamente, dois milhões de habitantes. Os locais de estudo correspondiam a 14 leitos para tratamento intensivo para adultos e seis salas operatórias, incluindo uma de recuperação pós-anestésica.

A coleta de dados aconteceu no período de abril a julho de 2016, sendo procedida pelos próprios enfermeiros residentes. Para a coleta dos dados, utilizou-se a observação não participante sistemática<sup>(8)</sup> do contexto diário dos setores. Os pesquisadores (residentes de enfermagem), no seu desenvolvimento de treinamento em serviço, observaram tanto os enfermeiros "assistenciais", quanto os coordenadores dos setores, com relação ao uso dos meios para a gerência no desenvolvimento de seu trabalho.

Apesar de estarem inseridos no contexto assistencial das unidades, os pesquisadores não tomavam decisões vinculadas diretamente à gerência dos setores, visto que ações dessa natureza sempre estiveram centralizadas pelo enfermeiro "assistencial" e/ou coordenador. Inclusive, a observação/análise se deu sobre o processo de trabalho (com enfoque nas ações, meios e instrumentos gerenciais) dos enfermeiros, independente do cargo.

Mediante observação não participante, os pesquisadores se muniram de diário de campo para anotações pertinentes à realidade observada, conforme tem sido recomendado neste tipo de investigação<sup>(8)</sup>, além de registros em portfólio, instrumento de ensino-aprendizagem próprio do Programa de Residência, confeccionado semanalmente por cada pós-graduando acerca do treinamento em serviço.

Todo o material empírico (anotações em diário de campo e portfólios) oriundo das observações e registros foi submetido à Análise de Conteúdo, na modalidade temática, respeitando-se as etapas de pré-análise: exploração do material e tratamento dos dados<sup>(9)</sup>. Os temas/assuntos analisados que convergiam a um propósito em comum foram sistematizados em núcleos de sentido e, posteriormente, aglutinados em categorias temáticas que legitimam e sintetizam o

conhecimento produzido<sup>(9)</sup>.

Este estudo atendeu integralmente às exigências éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo seu projeto sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob protocolo nº 1.450.491/2016.

## RESULTADOS

O material analisado apreendeu conteúdo para aglutinação de duas categorias temáticas, cada qual com seus núcleos de sentido que representam os meios para a gerência observados (Quadro 1). Ademais, o Quadro 2 apresenta os meios de gerência encontrados em cada unidade pesquisada.

**Quadro 1** – Categorias temáticas e núcleos de sentido apreendidos acerca dos meios gerenciais usados pelo enfermeiro nas unidades hospitalares críticas. Cascavel, 2016

Categoria Temática	Núcleos de Sentido
Uso de instrumentos como meios à gerência de enfermagem	Utilização da prescrição de enfermagem; escala diária da equipe de enfermagem; livro de anotações dos técnicos de enfermagem; escala de atividades diária; planilha de gerenciamento de procedimentos invasivos; sistema de classificação de pacientes; planilha de agendamento de cirurgias; escalas (de trabalho dos anestesistas, de atividades do escriturário, de limpeza e desinfecção das salas, de cancelamento de cirurgia, de distribuição das salas por circulante); gráficos gerados pelo prontuário eletrônico e planilha de gerenciamento de enfermagem.
Competências gerenciais: meios para organização do trabalho pelo enfermeiro	Liderança, comunicação, habilidade de planejamento, trabalho em equipe e tomada de decisão.

**Quadro 2** – Meios para a gerência utilizados nas unidades estudadas. Cascavel, 2016

Unidade	Meios para a Gerência
Unidade de Terapia Intensiva para Adultos (UTI)	<i>Instrumentos:</i> Prescrição de enfermagem; escala diária da equipe de enfermagem; livro de anotações dos técnicos de enfermagem; escala de atividades da equipe de enfermagem, que contempla também a divisão de outras atividades como: organização de materiais, preenchimento do livro de anotações dos técnicos de enfermagem, verificação e anotação da temperatura da geladeira, organização do balcão de diluição, organização e limpeza do expurgo, reposição de medicações na geladeira, conferência do carrinho de emergência, retirar hampers, desprezar diurese e comunicar volume, preenchimento do mapa de dieta, organização da sala de equipamentos, liberação e controle de visitas; planilha de gerenciamento de procedimentos invasivos, com o controle de datas de realização e retirada de cateteres, sondas, drenos, e realização de exames diagnósticos e laboratoriais; <i>Nursing Activities Score</i> (NAS); planilha de gerenciamento de enfermagem, que contempla itens como escala de funcionários do turno, ausências no trabalho, quantitativo de procedimentos médicos e de enfermagem realizados, quantitativo de pacientes internados, admitidos e que receberam alta hospitalar no período, e também resultados de escalas como o <i>Nursing Activities Escore</i> (NAS) <sup>(12)</sup> . <i>Competências gerenciais:</i> Liderança, comunicação, habilidade de planejamento, trabalho em equipe e tomada de decisão.
Centro Cirúrgico (CC)	<i>Instrumentos:</i> Escala de trabalho da equipe de enfermagem; planilha de agendamento de cirurgias (mapa cirúrgico); escalas (de trabalho dos anestesistas, de atividades do escriturário, de limpeza e desinfecção das salas, de cancelamento de cirurgia, de distribuição das salas por circulante); gráficos gerados pelo prontuário eletrônico; planilha de gerenciamento de enfermagem, que contempla itens como escala de funcionários do turno, ausências no trabalho, quantitativo de procedimentos médicos e de enfermagem realizados. <i>Competências gerenciais:</i> Liderança, comunicação e tomada de decisão.

## DISCUSSÃO

Sobre os meios para a gerência de enfermagem, observou-se sua utilização, tanto pelo enfermeiro “assistencial”, quanto o coordenador, pois, no decorrer das atividades, as ações que demandam o uso de tais ferramentas independiam dessa função. Esse achado coaduna com resultados de estudo realizado em outro hospital da Região Sul do Brasil<sup>(7)</sup>, no qual os enfermeiros afirmam que assistência e gerência são indissociáveis, interligadas e complementam-se. Nesse aspecto, apreende-se que os enfermeiros, especialmente os “assistenciais”, quando inseridos no cuidado direto ao paciente, conseguem elaborar planos com o uso de instrumentos de gestão, ao exemplo da prescrição de enfermagem rotineira na UTI, que pode ser compreendida como uma ferramenta de gestão do cuidado, ou seja, um meio próprio para o direcionamento da assistência direta, contudo, seu uso não foi apreendido no contexto do CC (Quadro 2).

O ambiente laboral investigado proporciona uma amplitude da gama de instrumentos de gestão aos enfermeiros perioperatórios. Nesse aspecto, destacou-se o uso da agenda ou mapa cirúrgico como fonte importante para indicador de desempenho (ao exemplo do cancelamento cirúrgico, tempo operatório, volume de cirurgias por especialidades como direcionamento para gestão de materiais, entre outros) o qual, dependendo da habilidade gerencial do profissional responsável por seu emprego, pode contribuir à gestão do setor no sentido de identificar áreas prioritárias e vislumbrar mais assertivamente a redução do cancelamento cirúrgico, por exemplo, que é indesejável<sup>(10)</sup>, fato esse não observado.

Na UTI, uma das ferramentas utilizadas é a planilha de gerenciamento de procedimentos invasivos, medida fundamental para a mensuração da produtividade do serviço, que não legitima a qualidade do cuidado, mas certamente é importante para a gestão no contexto dos custos e alocação de recursos, o que sinaliza necessidade de atenção do enfermeiro.

Percebe-se que a organização contempla a possibilidade de registros de dados para a formulação de indicadores, que, no contexto analisado, se dão especialmente no contexto da gestão de pessoas. Isso é relevante porque medir as ausências no labor, por exemplo, é fundamental para o controle das taxas de absenteísmo pelas lideranças, que, sabidamente, é um indicador que fundamenta tanto a qualidade da gestão do capital humano, quanto se relaciona à saúde e satisfação dos trabalhadores<sup>(13)</sup>.

Reforça o pressuposto anterior o fato de que a mensuração da carga de trabalho da equipe de enfermagem, viabilizada pela identificação do grau de complexidade assistencial de pacientes com o uso de instrumentos como o NAS, corresponde à principal variável para a determinação do dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem<sup>(11-12)</sup>.

Destarte, fica evidente a importância do enfermeiro proceder a mensuração da carga de trabalho de enfermagem enquanto instrumento de gerência, mas, também, utilize tal dado para a alocação mais racional de recursos humanos, o que infelizmente não foi notado nem no contexto da coordenação dos setores, tampouco pelo trabalho dos enfermeiros plantonistas.

Acerca da planilha de gerenciamento de enfermagem, observou-se que, apesar desse ser um instrumento rico em dados para traçar o perfil das unidades e fonte para o manejo de recursos e viabilização de estratégias, de forma geral, esses dados preenchidos a cada plantão não eram utilizados para fins de melhorias, sendo uma atividade de cunho burocrático desenvolvida pelos enfermeiros de ambos os setores pesquisados. Isso é certamente preocupante, pois, possivelmente, tende a desprofissionalizar a ação gerente do enfermeiro, que, apesar de possuir meios e instrumentos para alicerçar sua tomada de decisão, os emprega, por vezes, de forma rotineira e não estratégica.

Percebeu-se que, nos cenários pesquisados, o uso de instrumentos técnicos de gestão pelo enfermeiro é inerente à organização do cuidado. A maioria dessas ferramentas termina por não ter uso racional e estratégico, inclusive algumas diretamente relacionadas ao gerenciamento do cuidado e outras oriundas da organização do trabalho. Porém, foi também possível apreender conteúdo que se refere à mobilização de competências gerenciais, as quais se desdobram à viabilização do cuidado.

Quanto à aplicação de instrumentos de gerência embasados em competências, pôde-se observar que tanto os enfermeiros assistenciais como os coordenadores utilizam-se dessas ferramentas, especialmente no relacionamento com a equipe de enfermagem e saúde. Dessas, destacaram-se a comunicação, o trabalho em equipe, o planejamento e a liderança.

O almejo à maior qualidade da assistência prestada está diretamente relacionado com o desenvolvimento contínuo das competências gerenciais pelo enfermeiro, que deve ser militante por melhorias contínuas<sup>(6)</sup>. Competências como o desenvolvimento de trabalho em equipe, a boa comunicação, o planejamento das atividades, a administração de conflitos, a liderança, o relacionamento interpessoal, a técnica no desenvolver das atribuições, a tomada de decisão, compromisso e motivação são elementares à ação gerente comprometida<sup>(3,7)</sup>, sendo algumas delas observadas nos campos investigados.

Neste estudo, cumpre destacar a promoção do trabalho em equipe desempenhado como alicerce instrumental para a gerência de enfermagem, especialmente na UTI. Sabe-se que a divisão de funções no processo laboral em enfermagem é natural, contudo, é função do líder convergir esforços para

que o trabalho organizado não tenda à fragmentação que comprometa a integridade do cuidado<sup>(14)</sup>.

Outra competência observada foi o planejamento de atividades, a fim de sistematizar e instrumentalizar a assistência. Pesquisa<sup>(15)</sup> que buscou percepções no que diz respeito ao planejamento em enfermagem como ferramenta de gestão o elencou como instrumento inerente ao cotidiano, indispensável para o enfermeiro na prática gerencial. Nesse sentido, apreende-se o planejamento como a programação de estratégias e ações em busca do alcance de um objetivo, ação gerencial necessária utilizada nos espaços assistenciais pesquisados.

Percebeu-se, recorrentemente, que a habilidade de liderança dos enfermeiros contribui para o conhecimento do perfil de sua equipe, suas potencialidades e fragilidades, o que propiciava assertividade na escolha da abordagem no exercício das competências gerenciais e as possibilidades de negociação. Ainda, permitia o reconhecimento do enfermeiro por parte da equipe em seu papel de gerente do cuidado, o que merece ser considerado como achado louvável.

Compreende-se que o exercício do líder abarca a capacidade de transmitir confiança, a presença de empatia, o saber ouvir e delegar, e o relacionamento interpessoal salutar<sup>(3,7,14)</sup>. Conforme pesquisa bibliográfica realizada<sup>(16)</sup>, a liderança é uma das mais importantes competências a ser desenvolvida pelo enfermeiro porque, inevitavelmente, ele será responsável por pelo menos uma parcela do capital

humano inserido no processo cuidativo. Nessa perspectiva, conjectura-se que, possivelmente, os enfermeiros dos contextos pesquisados poderiam aliar o bom desempenho da liderança ao uso mais racional dos instrumentos técnicos da gestão, tornando as decisões em prol do cuidado estratégicas, uma vez utilizando seu reconhecimento como líder da equipe.

## CONCLUSÕES

Os meios para gerência de enfermagem nas unidades críticas de UTI e CC emergiram na forma de instrumentos (inerentes ao trabalho), como prescrições, planilhas de controle, escalas de trabalho e de mensuração de carga de trabalho, indicadores entre outros; e competências (inerentes ao profissional), como liderança, tomada de decisão, habilidade de planejamento e comunicação.

Conclui-se que o uso dos meios para gerência, no contexto dos instrumentos, tendeu ao uso burocrático, sendo esses pouco voltados às ações para melhor viabilização da assistência direta, ou seja, sua utilização estratégica. Apesar disso, a mobilização de competências como o planejamento, comunicação e liderança foi aspecto positivo atrelado aos meios gerenciais, desdobrando-se em ações de cunho relacional para favorecer o processo cuidativo.

Ante ao exposto, acredita-se que a ação gerente do enfermeiro poderia ser alavancada se suas competências profissionais fossem acompanhadas do uso racional das ferramentas instrumentais próprias à gestão.

## REFERÊNCIAS

- Felli VEA, Peduzzi M. El trabajo gerencial em enfermería. In: Kurcogant P, editor. Gerenciamento em Enfermería. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 1-12.
- Maziero VG, Bernardes A, Spiri WC, Gabriel CS. Construindo significados sobre gerência da assistência: um estudo fenomenológico. Cienc. Cuid. Saude. 2014; 13(3): 563-570.
- Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(2): 257-63.
- Nascimento ACEC, Pinto ALR, Pereira CRA, Souza FEP, Vieira ZRS, Andrade GDB et al. A importância da supervisão de enfermagem nas instituições de saúde. Rev. Saud. Pesq. 2013; 6(2): 339-343.
- Eduardo, EA. Planos de ação para uso de instrumentos de apoio gerencial em serviço de enfermagem hospitalar [dissertação]. Curitiba(PR): Universidade Federal do Paraná; 2012.
- Lima RS, Lourenço EB, Rosado SR, Sanches RS, Fava SMCL, Dázio EMR. Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros? Rev. Enferm. Cent. O. Min. 2016; 6(2): 2190-2198.
- Lanzoni GMM, Magalhães ALP, Costa VT, Erdmann AL, Andrade SR, Meirelles BSH. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. Rev. Eletr. Enf. 2015; 17(2): 322-32.
- Costa VT, Meirelles BSM, Erdmann AL. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; [Internet]. 21(5). [acesso em 2016 set 04]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf)
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(1): 113-9.
- Fuginin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos PPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. Rev. Med. HU-USP. 1994; 4(1/2): 63-8.
- Queijo AF, Padilha, KG. Nursing Activities Score (NAS): cross-cultural adaptation and validation to portuguese language. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(Spe): 1001-8.
- Marques DO, Pereira MS, Souza ACS, Vila VSC, Almeida CCOF, Oliveira EC. Absenteeism-illness of the nursing staff of a university hospital. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(5): 594-600.
- Bergamim MD, Prado C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(1): 134-7.
- Benetti ERR, Kirchhof RS, Guido LA, Prochnow AG, Lima SBS, Weiller TH. Percepções acerca do planejamento em enfermagem como ferramenta de gestão. Rev. Contex. Saúde. 2011; 10(20): 1177-1180.
- Silva EC, Sales RR, Filgueiras SRD. O processo de trabalho de enfermagem com enfoque no gerenciamento: uma revisão bibliográfica. Rev. Enf. Prof. 2014; 1(2): 413-421.

# CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DO DIREITO DO ACOMPANHANTE NA GESTAÇÃO E PARTO

Eliene Correia Pereira dos Santos<sup>1</sup>, Mônica Reis Lima<sup>1</sup>, Leila Luiza Conceição<sup>2</sup>, Catiane Souza Tavares<sup>3</sup>, Alzira Maria d'Ávila Nery Guimarães<sup>3</sup>

**Objetivo:** identificar o cumprimento da lei 11.108/2005, que assegura às mulheres o direito do acompanhante, de sua livre escolha, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **Metodologia:** pesquisa de corte transversal, desenvolvida no período de abril a maio de 2015, em duas maternidades filantrópicas, conveniadas ao Sistema Único de Saúde do estado de Sergipe, uma na capital e outra no interior do estado. A amostra constou de 160 gestantes e puérperas. **Resultados:** verificou-se que 92 (57,5%) das entrevistadas não conheciam a lei referida, e 106 (66,2%) não dispuseram da presença do acompanhante em todo o processo de parturição. Observou-se, ainda, que apenas 64 (41,8%) das puérperas tiveram acompanhante no pós-parto imediato. **Conclusão:** os resultados reforçam a importância de novas discussões relativas a esse direito constituído.

**Descritores:** Parto humanizado; saúde da mulher; parto.

## KNOWLEDGE AND APPLICATION OF THE RIGHT OF THE ACCOMPANYING IN PREGNANCY AND BIRTH

**Objective:** to identify the compliance with the Law 11,108 / 2005, which grants women the right companion of their choice during labor and delivery period, delivery and immediate postpartum. **Methodology:** cross-sectional study, carried out from April to May 2015 in two charitable maternity hospitals to the Unified Health System in the state of Sergipe, one in the capital and another in the state. The sample consisted of 160 pregnant and postpartum women. **Results:** It was found that 92 (57.5%) of respondents did not know the Law, and 106 (66.2%) were not provided of the partner's presence throughout the parturition process. It was also observed that only 64 (41.8%) of the mothers were accompanying the immediate post-partum. **Conclusion:** the results reinforce the importance of further discussions regarding this right constituted, to be developed in order to fulfill what determines the Law 11,108 / 2005, an achievement still not effectively achieved.

**Descriptors:** Humanizing delivery; Health of Women; parturition.

## CONHECIMENTO Y APLICACIÓN DO DIREITO DO ACOMPANHANTE NA GESTAÇÃO E PARTO

**Objetivo:** identificar el cumplimiento de la Ley 11.108 / 2005, que otorga a la mujer el compañero derecho de su elección durante el parto y el período de entrega, la entrega y el posparto inmediato. **Metodología:** Estudio transversal, realizado entre abril y mayo de 2015, de dos hospitales de maternidad de caridad para el Sistema Único de Salud en el estado de Sergipe, uno en la capital y otro en el estado. La muestra consistió en 160 mujeres embarazadas y posparto. **Resultados:** se encontró que 92 (57,5%) de los encuestados no conocen la ley, y 106 (66,2%) no se proporcionaron de la presencia de la pareja durante todo el proceso del parto. También se observó que sólo 64 (41,8%) de las madres acompañaban el inmediatamente posterior al parto. **Conclusión:** los resultados refuerzan la importancia de los nuevos debates en relación con este derecho constituído, para ser desarrollado con el fin de cumplir con lo que determina la Ley 11.108 / 2005, un logro todavía no ha alcanzado efectivamente.

**Descritores:** Humanización del parto; Salud de la Mujer; parto

<sup>1</sup>Estudante do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, UFS.

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestranda da UFS.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFS. E-mail: alziranery@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, diferentes significados foram atribuídos à gestação e ao parto.<sup>(1)</sup> Com novas tecnologias desenvolvidas na medicina, a mulher deixa de ter autonomia e privacidade, sendo separada do âmbito familiar e submetida às regras institucionais e práticas intervencionistas, sem a devida elucidação e aquiescência da parturiente. Dessa forma, o parto se tornou, em alguns casos, perda de princípios e intenso sofrimento físico.<sup>(2)</sup>

Visando que o parto normal possa ser uma escolha informada e segura para a mulher, o Ministério da Saúde vem estimulando a implementação de políticas incentivadoras do parto normal humanizado, a exemplo, a Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PNHPN), a Estratégia Rede Cegonha, dentre outras.<sup>(3)</sup>

Ainda, para contribuir com o parto humanizado, foi aprovada e sancionada, em de 07 de abril de 2005, a Lei nº 11.108, nominada “Lei Acompanhante”, respaldando os integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) a permitir, à parturiente, um acompanhante de sua preferência, durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto.<sup>(4)</sup>

Embora haja respaldo legal, um contingente elevado de gestantes não tem seu direito garantido em várias maternidades brasileiras. Frequentemente, as parturientes são privadas da presença de um acompanhante, de sua escolha, para lhes dar apoio no processo do nascimento, em decorrência das práticas assistenciais adotadas nos serviços de saúde. O abandono de práticas inadequadas potencialmente danosas, no parto, depende tanto da motivação e compromisso dos profissionais quanto da estrutura de muitas maternidades.<sup>(5)</sup>

Para conhecer a realidade de maternidades do estado de Sergipe em cumprimento da lei 11.108/2005, este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento e a aplicação da lei que garante o acompanhante na atenção à gestação e ao parto.

## METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, realizado com gestantes, parturientes e puérperas em duas maternidades filantrópicas do estado de Sergipe,

uma localizada na capital e outra no interior do estado, conveniadas ao SUS.

Ambas são instituições beneficentes e sem fins lucrativos. A maternidade da capital (A), unidade de referência para baixo risco obstétrico, eventualmente atende puérperas de alto risco, realizando aproximadamente 1200 partos mensais.<sup>(6)</sup> A maternidade do interior do estado (B), atende gestantes de risco habitual, urgências e emergências obstétricas da região, com média de 200 partos/mês.<sup>(7)</sup>

A amostra do estudo foi intencional, constituída por mulheres que pariram nas duas maternidades de abril a maio de 2015, nos dias de coleta de dados: segundas e quartas-feiras, no período matutino, e às sextas, no período vespertino, totalizando 160 gestantes/puérperas, 80 para cada maternidade.

A coleta de dados ocorreu mediante formulário testado, validado, contendo 32 perguntas fechadas, abordando as seguintes variáveis: características sócio demográficas, da saúde reprodutiva, participação e importância do acompanhante durante a gestação, pré-natal e parto. Como critério de inclusão, as gestantes, parturientes ou puérperas teriam que residir no estado de Sergipe, parirem nas maternidades acima referidas, nos dias eleitos para a coleta de dados e concordarem em participar do estudo.

Utilizou-se o Programa TabWin versão 3.4.2 para tabulação dos dados, realizando-se a análise por estatística descritiva, apresentadas em frequências absolutas e relativas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa, Campus da Saúde-Universidade Federal de Sergipe, com protocolo de número 42784515.5.0000.5546

## RESULTADOS

A maioria das entrevistadas, 108 (67,5%), encontrava-se na faixa etária entre 20 a 35 anos, viviam com companheiro, 147 (91,8%), e declararam-se não brancas 92 (57,5%) e não exercer atividades remuneradas, 102 (63,7%), havendo semelhanças nos dois grupos pesquisados. As mulheres procedentes da maternidade localizada na capital (A) referiram possuir mais anos de estudo e maior renda familiar.

Nos aspectos relativos à saúde reprodutiva, as mulheres da maternidade B tinham maior paridade, (> 3 filhos), que as

*“A coleta de dados ocorreu mediante formulário testado, validado, contendo 32 perguntas fechadas”*

da A, 12 (15,0%) e 6 (7,5%) respectivamente. Quando analisada a idade gestacional, evidencia-se que 9 (11,2%) das crianças eram prematuras, e 120 (75,0%) fizeram mais de 6 consultas durante o pré-natal. Na categoria internação, 160 (100%) das mulheres afirmaram ter como plano de saúde o SUS. Um contingente de 35 (43,7%) das mulheres da maternidade A informou não ter tido participação do acompanhante no pré-natal, enquanto na outra maternidade, foi verificado um percentual maior, 46 (57,5%), de mulheres que não dispuseram de um acompanhante durante as consultas na gestação.

**Tabela 1** - Aspectos relativos ao conhecimento da “lei do acompanhante” das participantes do estudo realizado na Maternidade A (capital) e Maternidade B (interior) Sergipe, Brasil, 2015

Variável (n)	Maternidades		
	A N (%)	B N (%)	Total Total (%)
<b>Conhecimento da lei 11.108/2005</b>			
Não	45 (56,2)	47 (58,8)	92 (57,5)
Sim	35 (43,8)	33 (41,2)	68 (42,5)
<b>Foi informada durante o pré-natal sobre a lei</b>			
Não	46 (57,5)	58 (72,5)	104 (65,0)
Sim	34 (42,5)	22 (27,5)	56 (35,0)
<b>Categoria do profissional que informou</b>			
Médico	6 (7,5)	5 (6,2)	11 (6,9)
Enfermeiro	18 (22,5)	9 (11,3)	27 (16,9)
Outro	10 (12,5)	8 (10,0)	18 (11,2)
<b>Maternidade informou o direito de ter acompanhante</b>			
Sim	50 (62,5)	14 (17,5)	64 (40,0)
Não	30 (37,5)	66 (82,5)	96 (60,0)
<b>Categoria do profissional que informou</b>			
Médico	3 (3,8)	0 (0,0)	3 (2,0)
Enfermeiro	17 (21,3)	4 (5,0)	21 (13,0)
Assistente Social	1 (1,2)	4 (5,0)	5 (3,0)
Coordenação/ Outro	29 (36,2)	6 (7,5)	35 (22,0)

Fontes: Dados da pesquisa

Na Tabela 1, foi evidenciado que 92 (57,5%) das entrevistadas não conheciam a referida lei; 46 (57,5%) não receberam nenhuma informação na Maternidade A e 58 (72,5%) na Maternidade B. As que informaram ter tido acesso

ao conhecimento da lei, o adquiriram, com maior frequência, por meio do profissional enfermeiro 27 (16,9%), apresentando percentuais diferentes entre as duas maternidades: 18 (22,5%) para a Maternidade A e 09 (11,3%) para a Maternidade B. Foi evidenciado que, por ocasião da internação, 50 (62,5%) das mulheres assistidas na maternidade A foram informadas sobre esse direito, enquanto apenas 14 (17,5%) da Maternidade B tiveram essa informação, com maior frequência do informante para a categoria “coordenação da instituição”.

**Tabela 2** - Aspectos relativos ao processo da parturição das participantes do estudo realizado na Maternidade A (capital) e Maternidade B (interior) Sergipe, Brasil, 2015

Variável (n)	Maternidades		
	A N (%)	B N (%)	Total Total (%)
<b>Maternidade permitiu o acesso do acompanhante em todo processo</b>			
Não	27 (33,8)	79 (98,7)	106 (66,2)
Sim	53 (66,2)	1 (1,3)	54 (33,8)
<b>Processo de parturição que teve acompanhante</b>			
Pré-parto	1 (1,3)	2 (2,5)	3 (2,0)
Parto	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,6)
Pós-parto imediato	16 (20,0)	51 (63,7)	67 (41,8)
Não se aplica	9 (11,2)	26 (32,5)	35 (21,8)
<b>Pessoa que acompanhou no processo de parturição</b>			
Mãe	11 (13,8)	0 (0,0)	11 (7,0)
Companheiro	21 (26,2)	0 (0,0)	21 (13,2)
Amigo (a)	2 (2,5)	0 (0,0)	2 (1,2)
Outros (a)	19 (23,8)	1 (1,2)	20 (12,6)
<b>Privacidade durante todas as etapas</b>			
Sim	54 (67,5)	34 (42,5)	88 (55,0)
Não	26 (32,5)	46 (57,5)	72 (45,0)
<b>Direito do acompanhante de ter acomodação adequada e receber as principais refeições.</b>			
Sim	37 (46,3)	25 (31,3)	62 (38,7)
Não	43 (53,7)	55 (68,7)	98 (61,3)

Fontes: Dados da pesquisa

Analisando-se as características referentes ao processo de parturição (Tabela 2), o direito ao acompanhante foi superior entre as mulheres assistidas na maternidade A (33,8%)

quando comparadas às assistidas na maternidade B (1,3%). Entre as etapas do processo de parturição, durante o parto, foi quando houve menor participação do acompanhante, ocorrendo somente na maternidade A, 1 (1,3%). No pós-parto imediato, a participação do acompanhante foi maior entre as mulheres da maternidade B (63,7%), quando comparada com as assistidas na maternidade A (20,0%). Das mulheres que afirmaram ter tido acesso ao acompanhante, na Maternidade da capital (A), o companheiro foi o mais citado, 21 (26,2%).

Em relação à privacidade (respeito as suas individualidades), durante a parturição, identificou-se que 54 (67,5%) das participantes na maternidade A e 46 (57,5%) na maternidade B informaram não terem sido contempladas. Quanto ao direito de ter acomodação adequada e receberem as principais refeições, 43 (53,7%) e 55 (68,7%) das mulheres da Maternidade A e B, respectivamente, não usufruíram desse direito, assegurado legalmente.

## DISCUSSÃO

Os dados encontrados apontam que a “lei do acompanhante” não está sendo efetivamente cumprida nas maternidades pesquisadas. As mulheres também não foram orientadas sobre os direitos assegurados por essa lei no pré-natal e durante o internamento, conforme garante a legislação.

Os resultados confirmam que a faixa etária predominante foi de 20 e 35 anos, considerada ideal para a gestação.<sup>(6)</sup> A estabilidade da situação conjugal é um fator relevante no desenvolvimento da gravidez, tanto pelo apoio financeiro, como pelo apoio emocional,<sup>(9)</sup> além de contribuir de forma significativa para uma assistência ao pré-natal adequada, fator verificado em estudos realizados em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo.<sup>(10)</sup>

Os anos de estudos maior que 8 anos foi constatado em mais da metade das entrevistadas, fator importante na redução da mortalidade perinatal, neonatal e infantil, ligados à escolaridade materna maior.<sup>(11)</sup> A baixa escolaridade das mulheres, ou seja, menos que cinco anos, é considerada um fator de risco para a gravidez.<sup>(12)</sup>

A maioria das mulheres tinha renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, escolaridade média, não brancas e não dispuseram do acompanhante em todo o processo da parturição. Estudo realizado em 2014, estratificado nas cinco macrorregiões do país, identificou que mulheres com rendimentos mais baixos, menor escolaridade, pretas ou pardas, usuárias do SUS, tiveram menos acompanhantes em qualquer momento do parto.<sup>(13)</sup>

Aproximadamente metade das mulheres de ambas as maternidades tiveram participação do acompanhante no pré-natal e 49,3% confirmaram ser de suma importância essa presença no período gestacional. A presença do

acompanhante, especialmente do parceiro, durante o pré-natal, em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo<sup>(10)</sup>, vem sendo uma experiência produtiva, que contribui satisfatoriamente em todo o processo de nascimento.

Uma grande parte da amostra do estudo desconhecia a Lei 11.108/2005 - “Lei do Acompanhante”, corroborando com estudo realizado em maternidade escola de Curitiba, no qual 56,6% das gestantes desconheciam tal direito<sup>(11)</sup> e com estudo realizado na Região Sudoeste, com mulheres na fase puerperal que, em sua maioria, desconheciam esse direito, especialmente as primíparas, ratificando as fragilidades nos processos educativos no pré-natal e na atenção ao parto.<sup>(14)</sup>

Esse desconhecimento vai de encontro a um dos mais violados direitos da saúde que é o direito à informação. A maioria das mulheres não tem sido informada nas consultas de pré-natal e durante a internação sobre a citada lei, apesar da sua vigência há 10 anos.<sup>(4)</sup> Verifica-se, em geral, que muitas instituições de saúde não se submetem às normas estabelecidas, demonstrando resistência quanto ao direito do acompanhante, subsidiada pelas informações não dadas as gestantes.<sup>(15)</sup>

Constata-se que, mesmo com um percentual pouco expressivo das citações, o enfermeiro foi o profissional que se destacou nas orientações inerentes a informações sobre a referida lei. Por meio de consultas e educação em saúde, em todo o processo gestacional, pré-natal e pós-parto, o enfermeiro está presente, devendo estimular a realização do parto acompanhado, contribuindo para a segurança e autonomia da gestante no processo da parturição.<sup>(11)</sup> Outro estudo, realizado a partir de consultas pré-natais,<sup>(16)</sup> revela a importância de sensibilizar os profissionais de saúde sobre a humanização da assistência, durante o trabalho de parto, sendo essencial que esse processo já se inicie no pré-natal, mediante informações e incentivos às gestantes.

Observou-se que menos da metade das mulheres tiveram acompanhante no período do pós-parto imediato, de ambas as maternidades, sendo o companheiro a pessoa mais citada na maternidade A, como também identificado na pesquisa Nacional Nascer no Brasil<sup>(13)</sup>. Na maternidade escola de referência no Estado do Ceará<sup>(6)</sup> foi verificado que a maioria dos acompanhantes no processo de parto, 80,0%, pertencia ao sexo feminino, sendo mais frequente a mãe da mulher. Para as mulheres da maternidade B, foram permitidas somente acompanhantes do sexo feminino, confirmando limitações de livre escolha das parturientes, indo contra o direito legal de ter um acompanhante de livre escolha da mulher, em todas as etapas da parturição.

## CONCLUSÃO

O desrespeito acerca dos direitos das gestantes e parturientes e a falta de informações relativas ao cumprimento



da “lei do acompanhante,” ainda é uma realidade nas maternidades pesquisadas. Tal achado é um convite à reflexão sobre a qualidade e situação das maternidades, segundo os direitos na assistência perinatal, e uma contribuição à política de saúde na área da saúde reprodutiva.

Para a efetividade da Lei do Acompanhante no Brasil, há, portanto, um grande desafio de provocar uma mudança cultural, pautada na adoção do paradigma emergente, com novos valores, atitudes e comportamentos em relação à

saúde. Nesse contexto, gestores, profissionais de saúde, pessoas usuárias e o próprio Estado devem disponibilizar condições para que a lei seja cumprida.

É importante que novas discussões e temáticas sejam desenvolvidas, para contribuir de forma significativa, para o cumprimento dessa lei. A educação e treinamento dos profissionais de saúde e uma maior divulgação da “Lei do acompanhante” pela mídia, profissionais de saúde e gestão, têm um papel relevante nesse processo.

## REFERÊNCIAS

1. Barreto MO. O parto na maternidade vinculada: Um direito ainda não alcançado na região nordeste. [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013. Extraído de [http://repositorio.unb.br/handle/10482/15223], acesso em [20 de abril de 2015].
2. Vargas PB, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Silva LA. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. *Rev.Persqui. Cui. Fundam.* (online); 6 (3): 1021-1035, jul/set; 2014.. Extraído de [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3143/pdf\_1351], acesso em [19 de Outubro de 2014].
3. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Caderno de Cultura e Ciência*, Ano IX, v.13, n.2, Mar; 2015. Universidade Regional do Cariri – URCA. Extraído de [http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838], acesso em [25 abril de 2015].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Extraído de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2005/prt2418\_02\_12\_2005.html], acesso em [ 30 de maio de 2015].
5. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam OS serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. *Tex. & Contexto Enfermagem*. 2014; 23 (2): 270-7.. Extraído de [ http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71431352006 ], acesso em [15 de junho de 2015].
6. Datasus. CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Extraído de: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\_Ind\_Especialidades\_Listar.asp?Tipo=112&VListar= 1&VEstado=28&VMun=&VTerc=1&VServico=112&VClassificacao=005&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=], acesso em [17 de fevereiro de 2015].
7. Sergipe. Hospital e Maternidade Santa Isabel. 2012. Reunião discute implantação da Rede Cegonha na Maternidade Santa Isabel. Extraído de [ http://hsi-se.com.br/index.php?option=com\_content&task=view&id=55&Itemid=1], acesso em [18 de outubro de 2014].
8. Teles LMR, Pitombeira HCS, Oliveira AS, Freitas LV, Moura ERF, Damasceno AKC, et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. *CogitareEnferm.* 2010; 15(4):688-94. Extraído de [http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/20366/13527], acesso em [10 de julho de 2015].
9. Silva JWF, Silva GBS, Lopes RC. A importância das orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais e a realidade encontrada. *Centro Científico Conhecer*. 2010; 6(9).. Extraído de [http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010/a%20importancia.pdf], acesso em [10 de julho de 2015].
10. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2011; 45(6):1293-300. Extraído de [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a03.pdf], acesso em [10 de julho de 2015].
11. Santana MA, Souza SRRK, Gualda DMR, Wall ML. Perfil de gestantes e acompanhantes das oficinas para o parto acompanhado. *CogitareEnferm.* 2012; 17(1): 106-12. Extraído de [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1414-85362012000100015], acesso em [10 de julho de 2015].
12. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2006. Extraído de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual\_pre\_natal\_puerperio\_3ed.pdf], acesso em [10 de julho de 2015].
13. Diniz CSG, D’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JÁ, Bastos Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saude Pública*. 2014; 30 (Sup):140-53. Extraído de [http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf], acesso em [ 30 de maio de 2015].
14. Gottens LBD, Morais TCP, Gonçalves AC, Daniele Ribeiro D, Silva CR, Rodrigues DS. Acesso à rede de atenção a gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. *Rev. Gestão & Saúde*. 2015; 6(1). Extraído de [http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1141/pdf], acesso em [11 de julho de 2015].
15. Sá RC, Portela IB, Campos ACS. A presença legal do acompanhante na sala de parto. *Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal*. Fortaleza, Ceará; 2012. Extraído de [http://www.abenfoce.org.br/sites/default/files/A%20PRESEN%C3%A7A%20LEGAL%20DO%20ACOMPANHANTE%20NA%20SALA%20DE%20PARTO.pdf], acesso em [11 de julho de 2015].
16. Santos RAA, MCP Melo, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cad. Cult. Ciênc.* 2015; 13. Universidade Regional do Cariri. Extraído de http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838/pdf\_1], acesso em [10 de julho de 2015].

# REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÕES DAS ADOLESCENTES

Ana Rafaela Souza Rodrigues<sup>1</sup>, Wanessa de Moraes Barros<sup>1</sup>, Patrícia Daniele Feitosa Lopes Soares<sup>1</sup>

**Objetivo:** apreender as percepções de adolescentes acerca da gestação. **Metodologia:** pesquisa de abordagem qualitativa, mediante entrevistas semiestruturadas a 13 adolescentes grávidas reincidentes em acompanhamento pré-natal em Unidade de Referência Materno Infantil de Belém-PA. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2015, realizando-se, após, análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram quatro categorias: a) Percepções negativas acerca da gestação na adolescência; b) Percepções Positivas acerca da Gestação na Adolescência; c) Apoio familiar e do parceiro no contexto da gestação na adolescência; d) Acesso à orientação: a atuação do profissional de saúde. **Conclusão:** há deficiência no conhecimento sobre gravidez; necessita-se que profissionais de saúde exerçam a educação em saúde, criando novas tecnologias educativas.

**Descritores:** Reincidência; Gravidez na Adolescência; Percepção.

## RECIDIVISM OF TEENAGE PREGNANCY: PERCEPTIONS OF ADOLESCENTES

**Objective:** To grasp the perceptions of teenagers about pregnancy. **Methodology:** qualitative research, through semi-structured interviews with 13 pregnant teenagers repeat prenatal care in Maternal Reference Unit Belém-PA. The collection took place from January to March 2015, the data were analyzed by content analysis. **Results:** four categories emerged: a) Negative perceptions about adolescent pregnancy; b) Positive Perceptions about Pregnancy in Adolescence; c) Family support and partner in the context of adolescent pregnancy; d) Access to orientation: the role of health professionals. **Conclusion:** there is lack of knowledge about pregnancy; It requires that h

**Descriptors:** Recurrence; Pregnancy in adolescence; Perception.

## LA RECURRENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTS: UNA VISIÓN DE ADOLESCENTES

**Objetivo:** comprender las percepciones de los adolescentes sobre el embarazo. **Metodología:** investigación cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas con 13 adolescentes embarazadas repetir la atención prenatal en Maternal Referencia Unidad de Belém-PA. La colección se llevó a cabo de enero a marzo de 2015. Los datos fueran submetidos a la analisis de contenido. **Resultados:** surgieron cuatro categorías: a) Las percepciones negativas sobre el embarazo adolescente; b) Las percepciones positivas sobre el embarazo en la adolescencia; c) el apoyo familiar y socio en el contexto del embarazo adolescente; d) El acceso a la orientación: el papel de los profesionales de la salud. **Conclusion:** existe una falta de conocimiento sobre embarazo; Se requiere que los profesionales de la salud involucrados en la educación sanitaria, la creación de nuevas tecnologías educativas.

**Descriptor:** Recurrencia; Embarazo en adolescencia; Percepción.

<sup>1</sup>Enfermeira. Universidade Federal do Pará-UFPa. E-mail: vani.moraes@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A adolescência tem sido tema de destaque em diversos estudos nas últimas décadas. É nessa fase que aparecem os conflitos com o início das relações sexuais, momentos de incerteza, ansiedade, insegurança, isolamento, transtornos de vínculos afetivos, entre outros.<sup>(1)</sup>

Pelas características fisiológicas e psicológicas da adolescência, uma gravidez nessa fase apresenta um grande potencial de se tornar uma gestação de risco. As complicações associadas à experiência de gravidez na adolescência são: tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão e depressão pós-parto.<sup>(2)</sup>

Especialistas destacam que 25% de 1,1 milhão de adolescentes parturientes de 15 a 19 anos no Brasil já possuem um filho. Constatou-se que a maioria delas diz que a sucessiva gravidez não foi um evento planejado, tornando então essa situação preocupante. A negligência quanto à contracepção é um dos principais fatores da recorrência da gravidez entre jovens; nove entre dez adolescentes têm possibilidade de engravidar novamente dentro de um ano, caso não haja utilização de algum método contraceptivo.<sup>(3)</sup>

Durante vivências acadêmicas nos hospitais de referência em atendimentos materno-infantil e Unidades Básicas de Saúde da região metropolitana de Belém-PA, observou-se quantitativo significativo de adolescentes acompanhadas em período gravídico-puerperal referente à segunda gestação ou mais. Observava-se também o expressivo quantitativo de adolescentes que não compreendiam, de forma adequada, orientações fornecidas. Tal constatação levou ao estudo da exploração dessa situação com o objetivo de apreender percepções das adolescentes acerca da gestação nessa fase da vida.

## METODOLOGIA

Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada em uma unidade de referência materno-infantil e adolescente, no período de janeiro a março de 2015. Foram selecionadas 13 adolescentes grávidas reincidentes, acompanhadas no pré-natal, sendo 10 na segunda gestação e 03 na terceira gestação. Suas idades variaram entre 15 e 17 anos. Tal amostra foi conseguida por conveniência segundo os critérios de

inclusão, convidando-se todas que se encontravam em pré-natal durante o período definido de pesquisa. As adolescentes selecionadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem informadas acerca do estudo e aceite de participação.

A coleta de dados se realizou por meio de entrevista semiestruturada, em uma Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente, Belém-PA. As questões norteadoras foram: Como foram suas gestações e as dificuldades sofridas por ser adolescente? Quais foram as percepções de mudança na relação com família, namorado, amigos por causa de sua gravidez inesperada? E, quando de sua reincidência? Quais foram as possíveis ajudas e cuidados com o seu bebê? Como foi o seu acompanhamento na maternidade e que orientações recebeu no momento da alta? O que lhe foi explicado sobre planejamento familiar? Qual foi a reação da família e do companheiro quando da nova gravidez? O que você planeja para o seu futuro?

As entrevistas foram gravadas em MP4 e transcritas. Para garantir o anonimato, as adolescentes foram identificadas com nomes fictícios de flores. Nesse estudo, a análise fundamentou-se na Análise de Conteúdo do tipo temática. Os depoimentos foram transcritos e, posteriormente, agrupados a partir de unidades de contexto, de onde foram retiradas unidades de registro e, em seguida, unidades de

significado que originaram as categorias de análise.

Esse estudo obedeceu aos cuidados éticos da Resolução nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, protocolado sob n. 893.038.

## RESULTADOS

As percepções sobre a gestação na adolescência foram agrupadas em quatro categorias de análise, como seguem.

### a) Percepções negativas acerca da gestação na adolescência

A maioria das adolescentes relatou uma percepção negativa acerca da gestação. Constatou-se ainda que o fato de engravidar novamente desagradou algumas adolescentes que, inclusive, já falavam em planos para o futuro que não incluíam uma segunda gravidez: "Desesperada, muito! Ah

*“Especialistas destacam que 25% de 1,1 milhão de adolescentes parturientes de 15 a 19 anos no Brasil já possuem um filho”*

porque eu tinha 14 anos; eu era nova; eu só queria saber da vida né! Então pra mim gravidez era uma coisa sei lá, lá pros 20 anos, mas infelizmente aconteceu né?” (Flor de Lis). “Foi um choque de novo, não planejei porque estava tomando remédio e engravidei” (Flor de Lis sobre a segunda gestação). “Não... fiquei assim muito triste, eu tinha 14 anos.” (Girassol).

Outras percepções negativas surgiram tais como a não aceitação/rejeição da gravidez levando ao pensamento de interrompê-la e à mudança na autoimagem: “Aí, tá... fiquei desesperada pensando que ele não queria (...) Eu tomei dois e injetei dois, aí quando foi lá umas 7 horas da noite o meu bebê saiu (...)” (Margarida). “Fiquei desesperada e logo pensei em tirar, mas ele falou que não queria que eu tirasse.” (Acácia). “É ruim, não é uma sensação muito boa, pelo que acontece no meu corpo.” (Angélica).

#### **b) Percepções positivas acerca da gestação na adolescência**

Houve no relato de várias entrevistadas a experiência de uma ou mais gestações não serem encaradas como um fato negativo em suas vidas, mas algo que lhes trouxe contentamento, sendo essa ocorrência planejada ou não: “Já queria, a gente conversava e o meu namorado, foi mais ou menos planejado.” (Azaleia). “Fiquei alegre porque sempre gostei de criança (...) fiquei feliz, porque estava com meu marido.” (Rosa). “(...) E na segunda foi que fiquei morando com o marido! Tudo bem, ele trabalha e tal. Na primeira fiquei com medo, mas na segunda já foi normal.” (Amarilis)

Outro aspecto considerado como positivo nos depoimentos das adolescentes foi o fato de serem mães, agora, planejando um futuro em que o propósito maior é manter a família e o bem estar do(s) filho(s): “Desejo trabalhar quando ele estiver grandinho, porque ainda estou estudando, aí quando terminar meus estudos eu vou trabalhar.” (Girassol). “Ah...vou terminar meus estudos, ter um bom emprego pra dar boa vida pro filho.” (Flor de Lis). “Me casar e cuidar dos meus filhos.” (Acácia)

#### **c) Apoio familiar e do parceiro no contexto da gestação na adolescência**

Ao serem questionadas se, quando estavam grávidas, houve alguma mudança na relação com a família e/ou

companheiro, uma parcela respondeu que teve apoio de ambos tanto na gestação quanto no cuidado com o bebê: “Minha mãe me apoiou, conversou comigo. Se tivesse tido bebê era minha mãe que ia ajudar, ela é tudo, tanto que ela está aqui do meu lado, minha mãe e meu esposo eles são tudo.” (Rosa - sofreu aborto espontâneo). “Foi bem alegre, todo mundo gostou. Até hoje todo mundo gosta, a mamãe, ele, a mãe dele, toda a família.” (Girassol). “Quando nasceu minha mãe ajudava, minha avó, minhas tias, aí depois que passei meu resguardo quem passou a ajudar mesmo foi a avó e o avô, a tia.” (Violeta).

A gravidez, para algumas adolescentes, não foi reconhecida como positiva em suas vidas, mas como sinônimo de rejeição da família e do namorado: “Não quis abortar, minha mãe que me fez abortar, porque era primeira gravidez e não sabia das coisas e pensei que era remédio pra neném, aí tomei. Tinha 13 anos quando engravidei pela primeira vez.” (Amarilis); “Não sei

como falar, porque papai ficou sem falar comigo.” (Azaleia). “Ele ficou feliz e quis muito o bebê, já minha mãe, hum... ela mandou eu sair de casa e ir morar com ele.” (Acácia).

#### **d) Acesso à orientação: a atuação do profissional de saúde**

Para a maioria das entrevistadas, as informações que recebiam dos profissionais de saúde sobre saúde sexual e reprodutiva eram sucintas; algumas não lembravam das orientações recebidas ou, se lembravam, eram referentes ao intervalo de gestações e quanto aos cuidados do bebê: “Perguntaram quantas vezes o bebê tinha que mamar, se ele tinha que parar de mamar logo, perguntaram muitas coisas lá.” (Centáurea). “A psicóloga conversou comigo, falou que era muito jovem, se eu engravidasse de novo perderia de novo, que meu útero era muito infantil.” (Lírio). “Não tinha tido nenhuma palestra na escola falando sobre isso. Também faço acompanhamento na unidade de saúde, mas era difícil ter palestra, muito difícil e na consulta não conversavam comigo sobre esse assunto.” (Flor de Lis).

## **DISCUSSÃO**

Sentimentos como desespero, choque, tristeza e medo foram comuns na maioria das adolescentes. O que chamou atenção nas falas foi que, mesmo com percepção negativa

*“A gravidez, para algumas adolescentes, não foi reconhecida como positiva em suas vidas, mas como sinônimo de rejeição da família e do namorado”*

na primeira gravidez, tal impacto não foi um fator capaz de impedir a repetição da situação.

Quando as adolescentes engravidam de novo, elas se confrontam com o desconhecido e as mudanças psicológicas se tornam mais intensas, podendo relatar surpresa, medo, tristeza, indiferença, sofrimento, conforme observou-se em outros estudos.<sup>(4-6)</sup>

Ainda quanto à percepção negativa, foi evidenciado o pensamento de interromper a gravidez, o qual em alguns casos foi concretizado. Foram vários os motivos para justificar o aborto: medo de não ter o apoio do parceiro, não aceitação/rejeição da gravidez e desespero. Uma situação que é comum entre as adolescentes, no momento que descobrem a gravidez, é tentar fugir da realidade, negando, rejeitando e buscando outros meios para impedir sua continuidade e, quando o aborto é realizado, pode vir acompanhado de culpa, deixando marcas e repercussões no equilíbrio emocional.<sup>(6,7)</sup>

A modificação da autoimagem também foi relatada por algumas como algo negativo, pois o meio sociocultural e os conflitos inerentes à idade levam à valorização da imagem e o que foge ao “normal” torna-se um entrave no “bem-estar consigo mesmo”; em outra pesquisa, algumas adolescentes referiram-se a um novo corpo que estava feio.<sup>(8)</sup>

No período gestacional e pós-parto, o corpo da mulher passa, em um curto espaço de tempo, por mudanças, o que requer um processo de adaptação, havendo conflito entre a imagem corporal atual e o corpo idealizado, gerando distorções da autoestima.<sup>(9)</sup>

Outras adolescentes tiveram percepção positiva da gravidez, encarando sua precocidade como bem-vinda; as entrevistadas atribuíram sua reação por gostar de criança, de ter tido o apoio da família e do companheiro. Estudo semelhante mostrou que as adolescentes percebem a gravidez como uma autorealização, vontade de “ter filho”, gostar de crianças. O apoio familiar e do companheiro contribuem de forma significativa nessa aceitação, ajudando a superar dificuldades trazidas pela maternidade.<sup>(10)</sup>

Outro aspecto positivo da precocidade da maternidade foi o fato de ter vindo acompanhada da responsabilidade, de apresentarem uma perspectiva de vida para o futuro, como o desejo de terminar os estudos e de conseguir um

bom emprego para melhorar suas vidas, assim como as que desejavam casar-se e cuidar da nova família. Segundo alguns autores, deve-se considerar que a maternidade nessa faixa etária pode vir a ser um fator que “reforça a construção de um projeto de ascensão social para essas jovens”, alcançando metas já preestabelecidas por elas para garantir o futuro dos filhos e com isso venham a impulsionar suas vidas.<sup>(8-11)</sup>

Quando a adolescente se vê diante de uma gravidez, sendo essa recorrente ou não, necessita de apoio moral e afetivo, apoio esse que nem sempre tem. As entrevistadas relataram a não aceitação da gravidez por parte da família, onde mães as expulsaram de casa, pais que lhe deixaram de falar, mãe que forçou o aborto da filha e a não aceitação da gravidez por parte do namorado.

A gravidez prematura pode trazer o desamparo social com o abandono da família e companheiro. As respostas da família à gravidez podem ser: sentimento de revolta, abandono e

não aceitação do “inevitável”. A rejeição da gravidez pode levar a família a expulsar a adolescente de casa, induzir ou forçar o aborto e impor responsabilidades, exigindo o casamento com o pai do bebê.<sup>(12,13)</sup>

Houve aquelas que não tiveram a compreensão da própria família, mas tiveram o acolhimento da família do companheiro, identificado também em outros estudos, onde as adolescentes foram morar com seus companheiros em cômodos anexos aos da família deles, mantendo vínculos justapostos de filhos e pais.<sup>(12)</sup>

Quanto ao acesso à orientação, identificou-se a precariedade de orientações às adolescentes antes, durante e no intervalo entre as gestações. Esse é um cenário vivido por grande parte das adolescentes gestantes, o que denuncia a negligência dos profissionais de saúde e educadores escolares.

No ambiente hospitalar, as adolescentes relataram que foram orientadas quanto aos cuidados com o bebê, a não ter filhos no prazo de dois anos, mas nas consultas não era falado sobre o assunto. Esses relatos levam à reflexão acerca da orientação, parte fundamental da atuação do enfermeiro, deixando dúvidas se ocorreu a orientação de forma não clara, ou se simplesmente não ocorreu.

O atendimento ao adolescente pede dedicação,

*“Outras adolescentes tiveram percepção positiva da gravidez, encarando sua precocidade como bem-vinda”*

disponibilidade e criatividade do profissional da saúde, os serviços devem ser acessíveis, acolhedores e competentes para apreender a atenção dos adolescentes; quanto mais esse participar de programas de orientação sexual e conversar sobre o assunto, melhores serão os resultados, em termos de adesão às medidas de proteção e de prevenção de gravidez precoce.<sup>(12,14)</sup>

Como limitação do estudo foi o fato das adolescentes não comparecerem acompanhadas de responsáveis na unidade de saúde. Assim, algumas foram excluídas da população, pois não havia responsável para aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as adolescentes grávidas reincidentes manifestam percepção do vivido como: percepção negativa frente à gravidez por não ter sido planejada, por ter interrompido e/ou postergado os seus planos pessoais, pela gestação inoportuna trazer consigo frustração e medo e por não gostar do novo corpo; a reincidência da gravidez foi

percebida como ocorrência acidental e sem boa aceitação; falas unânimes de deficiência de informação sobre gravidez na adolescência, relatando informações superficiais e até mesmo nenhuma orientação sobre o assunto no contato com profissionais de saúde.

Tais constatações têm implicações diretas aos profissionais de saúde, principalmente para o enfermeiro que no seu atendimento deve desenvolver estratégias tecnológicas educacionais para orientar as adolescentes gestantes reincidentes, seja na atenção básica, ambulatorial e maternidade. São necessárias enfáticas orientações nas consultas do pré-natal e na alta hospitalar sobre importância da consulta puerperal para a continuidade do cuidado e ter informações acerca de métodos contraceptivos na prevenção de gestações; nas consultas, ainda certificar-se se o que foi dito foi compreendido, fazendo perguntas e uma retrospectiva dos pontos mais importantes. Propõe-se, entre outros esforços, a inclusão de enfermeiros escolares na educação em saúde praticada nesses ambientes, envolvendo o corpo discente, docente e pais dos alunos.

## REFERÊNCIAS

1. Nascimento LB. A Criminalidade na Adolescência e os Fatores de Ressocialização. Caruaru. TCC [Bacharel em Direito] - Associação Caruaruense do Ensino Superior - Faculdade ASCES; 2016.
2. Pina DASB. Gravidez na Adolescência e Evasão Escolar: Estudo de Caso - Escola Secundária na Cidade da Praia. Cabo Verde. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu e Universidade de Cabo Verde; 2014.
3. Nery IS, Mendonça RCM, Gomes IS, Fernandes ACN, Oliveira DC. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. Rev. bras. enferm. 2011; 64(1): 31-7.
4. Lima NRB, Nascimento EGC, Alchieri JC. História de vida da mulher: qual a verdadeira repercussão da gravidez na adolescência? Adolesc. Saude, 2015; 12(1): 57- 65.
5. Souza AXA, Nóbrega SM, Coutinho MPL. Representações Sociais De Adolescentes Grávidas Sobre A Gravidez Na Adolescência. Psicol. soc. (Online) 2012; 24(3): 588-96.
6. Kudlowicz S, Kafrouni R. Gravidez na Adolescência e Construção de um Projeto de Vida. Psico, 2014 45(2): 228-38.
7. Correia DS, Cavalcante JC, Egito EST, Maia EMC. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). Ciênc. saúde colet., 2011. 16(5):2469-76.
8. Spindola T, Ribeiro KS, Fonte VRF. A vivência da gravidez na adolescência: contribuições para a enfermagem obstétrica. Adolesc. Saude, 2015; 12(1):50-6.
9. Alves A, Albino AT, Zampiere MFM. Um Olhar das Adolescentes sobre as Mudanças na Gravidez: Promovendo à Saúde Mental na Atenção Básica. REME - Rev Min Enferm. 2011; 15(4): 545-55.
10. Barreto MMM, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Peres EM. Representação Social da Gravidez na Adolescência para Adolescentes Grávidas. Rev Rene, 2011 12(2):384-92.
11. Bernardo LAS, Monteiro NRO. Problemas emocionais e de comportamento em adolescentes grávidas. PsicolArgum. 2015 33(81):298-313.
12. Lima CTB, et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. Rev. bras. saúde matern. infant. 2004 4(1):71-83.
13. Leite MP, Bohry S. Conflitos relacionados à Gravidez na Adolescência e a Importância do Apoio Familiar. Revista de Psicologia. 2012; 15(23):113-28.
14. Patias ND, Gabriel MR, Dias ACG. A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência. Estud. pesqui. psicol., 2013. 13(2): 586-610.

# PERCEPÇÃO DE INDÍGENAS MUNDURUKU E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA SOBRE RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

Bahiyeh Ahmadpour Furtado<sup>1</sup>, David Lopes Neto<sup>2</sup>, Daniel Scopel<sup>3</sup>, Raquel Paiva Dias-Scopel<sup>4</sup>

**Objetivo:** compreender as percepções de indígenas da etnia Munduruku e de profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena sobre a resolutividade no Pólo-base Kwatá, Terra Indígena Kwatá Laranjal, localizada no município de Borba, estado do Amazonas, Brasil. **Metodologia:** os dados foram coletados por meio de observação participante, entrevistas e análise documental. O trabalho de campo foi realizado entre agosto e outubro de 2015. **Resultados:** os achados mostraram que usuários e profissionais perceberam deficiências na resolução dos problemas de saúde e identificaram obstáculos para a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Conclusão:** a resolutividade foi compreendida como a junção de diferentes práticas tradicionais somadas às práticas integrativas e complementares, com garantia da preservação da cultura indígena no processo de cuidar.

**Descritores:** Resolução de Problemas; Serviços de Saúde; Saúde de Populações Indígenas.

## PERCEPTION OF MUNDURUKU INDIGENOUS AND MULTIDISCIPLINARY TEAM OF INDIGENOUS HEALTH ABOUT RESOLUTENESS IN HEALTH CARE

**Objective:** This study aimed to understand the perceptions of Munduruku indigenous and multidisciplinary team of indigenous health on the resoluteness in Kwatá, Indigenous Land Kwatá Laranjal, located in the municipality of Borba, Amazonas state, Brazil. **Data** were collected through participant observation, interviews and document analysis. **The field work** was conducted between august and october 2015. **The results** showed that users and professionals perceive shortcomings in resoluteness health problems and identified obstacles to the realization of brazilian policy health care of indigenous peoples.

**Descriptors:** Problem Solving; Health Service; Health of Indigenous Peoples.

## PERCEPCIÓN DE INDÍGENA MUNDURUKU Y EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD INDÍGENA SOBRE LA RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD: OBSTÁCULOS Y DESAFÍOS

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo comprender las percepciones de equipo multidisciplinario indígenas Munduruku étnica y profesional de la salud indígena en la solución de problemas de Kwatá, tierra indígena Kwata-Laranjal, ubicado en el municipio de Borba, estado de Amazonas, Brasil. **Los datos** fueron recolectados a través de la observación participante, entrevistas y análisis de documentos. **El trabajo de campo** se realizó entre agosto y octubre de 2015. **Los resultados** mostraron que los usuarios y los profesionales perciben deficiencias en la solución de los problemas de salud y los obstáculos identificados para la realización de la Política Nacional para el Cuidado de la Salud de los Pueblos Indígenas.

**Descriptorios:** Solución de problemas; Servicios de Salud; Salud de Poblaciones Indígenas.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas - UFAM.

<sup>2</sup>Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas - UFAM. E-mail: davidnetto@uol.com.br

<sup>3</sup>Doutor em Antropologia Social. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/FIOCRUZ.

<sup>4</sup>Doutora em Antropologia Social. Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Leônidas e Maria Deane/ILMD/Manaus.

## INTRODUÇÃO

Desde 1957, a temática da saúde indígena vem sendo debatida nos campos da antropologia, da saúde, da educação. A partir da criação no Sistema Único de Saúde (SUS), do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) (Lei nº 9.836, de 1999), o Ministério da Saúde implementou uma rede de serviços nas terras indígenas de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS por meio de convênios com organizações não governamentais e municípios<sup>(1,2)</sup>.

O SASI organiza-se a partir da atenção primária com níveis crescentes de complexidade técnica e a partir de áreas geográficas delimitadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A atenção primária é a porta de entrada e preferencial da rede de atenção, acolhendo aos usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização às necessidades de saúde<sup>(3)</sup>. Cada DSEI organiza-se a partir de um conjunto de pólos-base e respectivas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). As EMSI são compostas, minimamente, por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde e saneamento.

A resolutividade é um dos princípios do SUS e pode ser definida como a capacidade de cada instância organizativa resolver os problemas relativos ao nível de competência estabelecido hierarquicamente<sup>(4-6)</sup>. Como resposta satisfatória do serviço de saúde às necessidades do usuário, a resolutividade avalia os resultados a partir da prestação de serviços da demanda interna e por meio dos encaminhamentos a serviços especializados<sup>(7)</sup>.

Por esse motivo, vários autores<sup>(8-10)</sup> têm utilizado a perspectiva dos usuários e profissionais de saúde para avaliar resolutividade em saúde, considerando-se que a percepção do usuário sobre a qualidade dos serviços expressa o grau de satisfação com o acesso, articulação e continuidade das ações entre os diferentes níveis de hierarquia organizacional, podendo servir como parâmetro para identificar obstáculos à resolutividade e estabelecer desafios.

Este artigo tem como objetivo compreender as percepções de indígenas da etnia Munduruku e de profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena sobre a resolutividade no Pólo-base Kwatá.

## METODOLOGIA

Desenho metodológico etnográfico, de interpretação-compreensiva, com combinação mista de métodos, abordagens e técnicas qualitativas, do observação participante e entrevista semiestruturada.

O contexto local da pesquisa foi a aldeia Kwatá, situada às margens do rio Canumã, na Terra Indígena (TI) Kwatá-

Laranjal, município de Borba, estado do Amazonas. A língua nativa dos Munduruku é do tronco Tupi<sup>(11)</sup>, com predominância do idioma português.

O trabalho de campo foi realizado no período entre agosto e outubro de 2015, totalizando 20 dias. Na primeira viagem, acompanhou-se o atendimento da EMSI em oito aldeias. Na segunda viagem, realizou-se observação participante no polo base Kwatá e na CASAI de Nova Olinda do Norte. As observações foram registradas em diários de campo. Foram realizadas cinco entrevistas com profissionais de saúde (uma enfermeira, três técnicas de enfermagem e um médico) e 14 entrevistas com indígenas (10 Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e quatro lideranças – pajés e parteira indígena).

As informações coletadas foram organizadas por meio da técnica de análise de conteúdo, com leituras flutuantes do *corpus*, seleção das unidades de análise temática (resolutividade) e categorização não-apriorística para classificação dos elementos das respostas dos participantes do estudo em duas subcategorias: obstáculos relacionados a recursos materiais, financeiros e humanos.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CAAE: 38527014.7.0000.5020.

## RESULTADOS

A resolutividade no subsistema de atenção à saúde indígena, narrada pelo Indígena 1, advém, primeiramente, das práticas integrativas complementares e tradicionais indígenas quando esse diz que *ainda preservamos resolver nossos problemas de saúde através de ervas medicinais e através dos cuidados dos pajés*.

Os profissionais de saúde destacaram como obstáculos à resolutividade na atenção à saúde indígena a escassez de equipamentos e de materiais, as frequentes interrupções no fornecimento de energia elétrica, o que impossibilita o estoque de produtos imunobiológicos e medicamentos refrigerados.

*“... nós temos os medicamentos, porém não conseguimos medir a glicemia das pessoas, pois não temos o aparelho...”* (médico). *“Alguns materiais faltam aqui no polo, materiais para sutura, por exemplo, precisamos de mais para fazer curativos e são poucos pela quantidade de demanda que aparecem por aqui no polo (Téc. de Enfermagem 1).*

Para os AIS, *a falta de recurso financeiro para compra de combustível é um problema, haja vista que combustível é para a remoção até o polo, e eu recebo 10L por mês que não é suficiente* (AIS 5). O combustível é pouco porque eu pego 30L de gasolina por mês, tem vezes que a escola empresta para nós, e quando eu pego a cota eu devolvo o mais rápido possível (AIS 6).

A escassez de profissionais de saúde na EMSI é fator



condicionante da baixa resolutividade em área indígena. A dificuldade em contratar e manter profissionais de saúde em área gera deficiências na qualidade da atenção diferenciada. Técnicas de enfermagem narraram sentir sobrecarga de trabalho e necessidade de distribuir as responsabilidades do cotidiano de trabalho para desempenhar suas funções com eficiência. Suas percepções evidenciaram que *alguns veem o trabalho da enfermagem de maneira positiva, mas tem outros que criticam, mas na maioria acham bom ter o polo aqui com as técnicas e enfermeira, mas temos poucas pessoas, só uma enfermeira e quatro técnicas. Se tivesse mais membros na equipe poderia fazer mais visitas nas aldeias (Téc. de Enfermagem 2).*

Na percepção dos AIS, a *rotatividade dos profissionais é ruim para nós, pois nós criamos um vínculo com a profissional, e depois ela vai embora. Nos primeiros meses a enfermeira começa a trabalhar aqui com empolgação, mas depois diminui a velocidade e produtividade. Normalmente as enfermeiras que trabalham aqui elas vão embora para fazer cursos na cidade e em outros lugares e acabam não voltando mais (Índigena 1).*

## DISCUSSÃO

A disponibilidade dos profissionais de saúde em área indígena não restringe o itinerário terapêutico dos indígenas quanto ao modelo tecnoassistencial de saúde, por não ser, o Pólo-base, o único local procurado pelos indígenas para atendimento, mesmo representando o modelo biomédico hegemônico<sup>(3,11,12,13)</sup>.

Pesquisa etnográfica sobre uso e disponibilidade de medicamentos entre os Guarani mostrou que a atenção primária àquelas populações indígenas era marcada pelo “assistencialismo hipermedicalizante de caráter curativo”<sup>(14)</sup>, estando a disponibilidade de medicamentos associada à presença das equipes de saúde na aldeia, sendo o médico o “principal prescritor”.

Estudo entre os indígenas Baniwa<sup>(15)</sup> verificou que a disponibilidade e circulação de medicamentos estavam relacionadas ao poder e prestígio local das lideranças indígenas e, pesquisa sobre o uso de medicamentos em rituais xamânicos entre os Aguaruna verificou que a apropriação de medicamentos refletia a assimetria das relações coloniais e o poder simbólico dos medicamentos associado à presença do poder estatal na Amazônia<sup>(16)</sup>. Para os indígenas Munduruku, a falta de medicamentos está relacionada a precariedade dos serviços de saúde. No caso dos AIS Munduruku, seus discursos sobre falta de medicamentos relacionavam-se com a perda de atribuições e prerrogativas de prescrição de medicamentos, configurando o desempoderamento do fazer médico em paralelo à (des)estruturação das EMSI.

Para os AIS e EMSI, a falta de combustível (gasolina) é

obstáculo à resolutividade dos problemas de saúde pela essencialidade na remoção de pacientes graves, gestantes com intercorrências e deslocamento dos profissionais para visitas às aldeias.

As dificuldades de transporte, seja no âmbito da atenção primária no interior das terras indígenas, seja na remoção de pacientes até os centros urbanos para atenção na rede do SUS, também emergiram como fatores de impacto negativo na resolutividade dos serviços de saúde, conforme relatado por outros estudos<sup>(17,18)</sup>.

Notadamente, a escassez de profissionais de saúde impacta negativamente em todas as atividades planejadas e programadas e a rotatividade desses dificulta a aquisição de habilidades e competências para o diálogo intercultural<sup>(19)</sup>. A alta rotatividade de profissionais da EMSI, a sobrecarga de trabalho, as dificuldades de comunicação, a baixa reposição de materiais e de equipamentos emergiram neste estudo e emergem em outras pesquisas como fatores que impactam na qualidade da atenção básica em diferentes contextos indígenas no Brasil<sup>(3,20,21)</sup>.

Para Cardoso<sup>(22)</sup>, os modelos assistencial e organizacional do SASI não estão consolidados, o que contribui para a baixa resolutividade do subsistema. Para a autora, a atenção básica ofertada pelos DSEI está marcada por “*carências de profissionais habilitados para atender a essa população, alta rotatividade dos profissionais em área, falta de recursos de infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos e ações operados pelos DSEI, assim como a relativa falta de integração e um sistema de comunicação eficaz com aquele de referência do SUS*”.

Investigação sobre o papel de profissionais de saúde na atenção aos Munduruku do Pará mostrou haver uma polarização nas atitudes de profissionais de saúde, motivados por sentimentos de benevolência e pelo racionalismo burocrático. Essas motivações implicariam a continuidade das formas coloniais de administração, etnocentrismo e submissão dos indígenas ao poder do Estado, contradizendo os princípios da PNASI<sup>(23)</sup>.

As articulações e confrontos entre os saberes indígenas e o processo de medicalização apontaram as características estruturais da expansão do modelo médico hegemônico na atenção à saúde indígena Munduruku, expressado pela junção dos saberes tradicionais e biomédico. Por outro lado, os profissionais de saúde ainda tendem a negar e ignorar práticas advindas dos saberes tradicionais e as perspectivas e expectativas indígenas<sup>(11)</sup>. O modelo organizacional de saúde indígena preconiza a necessidade de recursos humanos indígenas e não indígenas em áreas indígenas, com competência cultural, epidemiológica para o cuidar culturalmente congruente com as diferentes realidades das aldeias<sup>(24)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo analisou a percepção de indígenas Munduruku e profissionais de saúde que atuam em área indígena sobre a resolutividade na atenção à saúde. Os interlocutores indígenas assinalaram a importância das práticas tradicionais de saúde, assim como das práticas inerentes do modelo biomédico.

A resolutividade foi compreendida como a junção de diferentes práticas tradicionais somadas às práticas integrativas e complementares, com garantia da preservação da cultura indígena no processo de cuidar.

Os obstáculos à resolutividade em saúde são recorrentes na aldeia Kwatá e estão relacionados à escassez e *turnover* de profissionais de saúde, inefetividade da gestão de recursos materiais, tanto permanente quanto de consumo, pela consequente escassez de recursos financeiros.

E, por fim, como em meio aos obstáculos narrados pelos profissionais de saúde e indígenas, como desafios para superá-los faz-se necessário um olhar transcultural sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena para a reorganização do SASI, especialmente no que se refere à estrutura de recursos humanos, materiais e financeiros.

## REFERÊNCIAS

- Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde Indígena: Uma Introdução ao Tema [Internet]. Brasília: MEC-SECADI; 2012 [citado 17 de abril de 2013]. p. 19-58. Recuperado de: [http://www.trilhasdeconhecimentos.etc.br/livros/arquivos/ColET15\\_Vias05WEB.pdf](http://www.trilhasdeconhecimentos.etc.br/livros/arquivos/ColET15_Vias05WEB.pdf)
- Diehl EE, Langdon EJ. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. *Univ Humanística*. 2015;80(80).
- Ministério da Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2. ed. Brasília: FUNASA; 2002.
- Ministério da Saúde. Abc do SUS: Doutrinas e Princípios [Internet]. Brasília, DF; 1990. Recuperado de: [http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)
- Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário Case-resolving capacity of health care services according to a household survey: users' perceptions. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):663-74.
- Rosa RB, Pelegrini AH, Lima MAD da S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 32(2), 2011:345-351.
- Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate*, 2014;38(103):733-43.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS [Internet]. Brasília, DF: Editora MS; 2009. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf)
- Ribeiro JP. Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar [Dissertação de Mestrado]. Rio Grande: Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2011.
- Silva RMM da, Viera CS, Toso BRG de O, Neves ET, Rodrigues RM. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):382-8.
- Dias-Scopel RP. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Munduruku [Tese de doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. 211 p.
- Menéndez EL. Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo SP Brasil: Hucitec; 2009. 437 p.
- Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(4).
- Diehl EE, Grassi F. Use of medicines in a Guaraní Indian village on the coast of Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(8):1549-60.
- Garnelo L. Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- Greene S. The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *Am Ethnol*. 1998;25(4):634-58.
- Ghiggj Junior A. Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da terra indígena Xapecó. [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. 378 p.
- Dias-Scopel RP. O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde-uma abordagem da antropologia da saúde [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Programa Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
- Langdon EJ. Medicina Tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: Haverroth M, organizador. Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas. Recife: Nupeea; 2013. (Estudos Avançados).
- Dias-Scopel RP, Langdon EJ, Scopel D. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multidisciplinar de saúde indígena. *Tellus*. 2007;13:51-73.
- Gusman CR, Viana AP de AL, Miranda MAB, Pedrosa MV, Villela WV. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. *Rev Panam Salud Pública*. maio de 2015;37(4-5):365-70.
- Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MP, organizadores. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora UFSC; 2015. (Coleção Brasil Plural).
- Silva CD da. De Improvisos e Cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadores. Saúde dos povos indígenas. Editora Fiocruz; 2014.
- Lopes Neto D, Furtado BA. Saúde Indígena. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Kalinowski CE, Crozeta K, Costa MFBNA. PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem. Atenção Primária e Saúde da família: Ciclo 4. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p.117-50.

# A CRIAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ: ASPECTOS HISTÓRICOS

Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva<sup>1</sup>, Benevína Maria Vilar Teixeira Nunes<sup>2</sup>, Inez Sampaio Nery<sup>2</sup>, Silvana Santiago da Rocha<sup>2</sup>

**Objetivo:** descrever as circunstâncias históricas que antecederam e viabilizaram a criação do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí. **Metodologia:** é uma pesquisa histórico-social, fundamentada nos conceitos de história e memória, e de história oral. Utilizou-se fontes orais, que foram os depoimentos de oito colaboradoras, membros do Conselho no período do estudo e fontes escritas e iconográficas (atas, resoluções, jornais e fotografias), e fontes secundárias como artigos, livros e a legislação sobre o tema. **Resultados:** com a promulgação da Lei 5.905/1973, foram implantados os Conselhos Regionais nos estados, por meio do trabalho de Juntas Especiais. No Piauí, as enfermeiras da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Piauí instalaram o novo órgão, em 1975. **Conclusão:** o processo histórico de criação do Conselho Regional de Enfermagem foi permeado de lutas das enfermeiras, que participavam da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Piauí.

**Descritores:** História da enfermagem, Sociedades de Enfermagem, Enfermagem.

## THE CREATION OF THE REGIONAL NURSING COUNCIL OF PIAUI: ASPECTS HISTORICAL

**Objective:** The study's aim was to describe the historical circumstances that precede and made viable the creation of Regional Nursing Council of Piaui. It is a historical-social research, based upon the concepts of history and memory, and oral history. It was used as oral sources the testimonials of eight collaborators that were members of the Council during the period studied, and also iconographic and written sources (minutes, resolutions, newspapers and photographs), and, as secondary sources, papers, books and the related legislation. After the enactment of the act 5.905/1973, was established the Regional Councils in the states, through the work of Special Joints. In Piaui, the nurses of the Brazilian Nursing Association -- Section Piaui, installed the new organ in 1975. It was concluded that the historical process of creation of the Regional Council of Nurse was permeated by the struggles of nurses who participated in the Piaui Section of the Brazilian Nurse Association.

**Descriptors:** History of nursing; nursing societies; nursing.

## LA CREACIÓN DEL CONSEJO REGIONAL DE ENFERMERÍA DE PIAUÍ: ASPECTOS HISTÓRICO

**Objetivo:** El objetivo del estudio fue describir las circunstancias históricas que preceden y hacen viable la creación del Consejo Regional de Enfermería de Piauí. Se trata de una investigación histórico-social, basada en los conceptos de historia y memoria, y la historia oral. Se utilizó como fuentes orales los testimonios de ocho colaboradoras que eran miembros del Consejo durante el período estudiado, así como las fuentes iconográficas y escritas (minutos, resoluciones, periódicos y fotografías), y, en fuentes secundarias, documentos, libros y legislaciones acerca del tema. Después de la promulgación de la Ley 5.905/1973, se creó los Consejos Regionales en los estados, a través del trabajo de las juntas especiales. En Piauí, las enfermeras de la Asociación Brasileña de Enfermería - Sección Piauí, instalarán el nuevo órgano en 1975. Se concluyó que el proceso histórico de creación del Consejo Regional de Enfermería fue permeado por la lucha de las enfermeras que participaron en la Sección Piauí de la Asociación de Enfermeras de Brasil.

**Descriptores:** Historia de la Enfermería; sociedades de enfermería, enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí/ UFPI. E-mail: jesusmousinho@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UFPI.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto do presente estudo é o processo histórico de criação do Conselho regional de Enfermagem do Piauí COREN-PI, no período de 1975 a 1991.

As ações de fiscalização da enfermagem e das demais profissões da área da saúde foram iniciadas no Brasil a partir da década de 1930. E para implementá-las em 1941 foi reorganizado o Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, que criou o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia que coordenava e fiscalizava o exercício das atividades dos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem<sup>(1,2)</sup>.

No entanto, as enfermeiras da época não concordavam em ser fiscalizadas por outras categorias profissionais, pois entendiam que as ações desenvolvidas pela enfermagem eram de sua própria responsabilidade e somente essas tinham conhecimento e condições para opinar sobre assuntos referentes à profissão<sup>(4)</sup>.

Como não possuíam um órgão que regulamentasse a enfermagem, nesse mesmo período é que foi deflagrado o processo de criação do Conselho de Enfermagem para regulamentar o exercício profissional da enfermagem<sup>(1)</sup>.

A luta por essa regulamentação foi desencadeada pelas enfermeiras da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que elaboraram e encaminharam vários projetos aos órgãos governamentais com essa finalidade e intensificaram as discussões sobre o assunto em espaços como os congressos e encontros por elas realizados e que foram importantes para que a ideia de criação do Conselho se cristalizasse e ganhasse força<sup>(3,4)</sup>.

Esse processo se concretizou quando a ABEn encaminhou o último projeto para o Ministério do Trabalho e Previdência Social, em setembro de 1972, o qual foi aprovado em 1973 pela Lei 5.905, que criou o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), definidos como autarquias federais de fiscalização profissional<sup>(1)</sup>.

Assim, para cumprir a lei 5.905, em 1975, O COFEN determinou a criação de Juntas Especiais nas cidades onde seriam instalados os Conselhos Regionais. No Estado do Piauí, os profissionais da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn-PI) compuseram a Junta Especial, formada por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, que

teve como competência inscrever os profissionais, elaborar o processo eleitoral e realizar a primeira eleição do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí (COREN-PI), que foi implantado nesse mesmo ano.

Esse estudo tem como objetivo descrever as circunstâncias históricas que antecederam e viabilizaram a criação do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí.

## METODOLOGIA

Estudo sócio-histórico, com abordagem qualitativa. O recorte é histórico (1975-1991), corresponde às circunstâncias históricas que antecederam a criação do COREN-PI.

Para produção dos dados utilizou-se fontes primárias: atas, resoluções, decisões, relatórios, jornais, fotografias, pertencentes aos arquivos do COREN-PI, e depoimentos de oito colaboradoras assim distribuídas: três enfermeiras e uma auxiliar de enfermagem que participaram do processo de implantação do COREN-PI, e mais quatro enfermeiras que atuaram como conselheiras-presidentes no período temporal delimitado no estudo, coletados na perspectiva da História oral temática. As colaboradoras foram identificadas pelos próprios nomes, após autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Transferência de Direitos Autorais.

A análise dos dados foi realizada após o mapeamento das entrevistas e das fontes documentais. Foram levados em consideração as falas, ideias, sentimentos, pensamentos e ações vivenciados pelos entrevistados. Essa é a fase em que se dá a configuração das fontes, articulando todas as informações coletadas nas entrevistas e nos documentos existentes, que obedece a uma seqüência sugerida por Meihy e Holanda<sup>(7)</sup>. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A Junta Especial que implantou o Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

A Diretoria do COFEN, em cumprimento a Lei 5.905/1973, em sua primeira reunião elaborou um cronograma de atividades, que incluía a instalação dos CORENs. Para isso, era necessário que fosse eleito o plenário de cada Conselho pelo voto dos profissionais de enfermagem, no entanto, os

*“A luta por essa regulamentação foi desencadeada pelas enfermeiras da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)”*

mesmos não poderiam votar, pois deveriam estar inscritos. A superação desse problema adveio com a criação das Juntas Especiais que foram instaladas nas capitais, onde seriam recebidos os Conselhos Regionais. Essa ideia foi sugerida pelo Conselho Federal de Odontologia e pelo Conselho Regional de Farmácia, que estavam auxiliando o COFEN<sup>(3)</sup>.

As Juntas Especiais do Conselho Federal de Enfermagem (JECOFEN) foram, então, a forma encontrada para que as ações do COFEN pudessem ser organizadas e efetivadas nos estados. Eram órgãos do próprio Conselho Federal e tinham competências delegadas e atribuições definidas em regimento próprio para a adoção das providências preliminares para a instalação dos Conselhos Regionais<sup>(4)</sup>. As JECOFENs foram instituídas em agosto de 1975 com a finalidade de cadastrar, receber documentação e realizar as eleições para os CORENs nos Estados<sup>(3,5)</sup>.

No Piauí, em 1975 existiam 26 enfermeiras, que integravam a ABEn-PI<sup>(9)</sup>. Sabia-se, no entanto, que para a instalação do Conselho seria necessário um número considerável de profissionais e o pequeno número deles no estado poderia comprometer a instalação do regional, como deixa claro a colaboradora Maria do Amparo Barbosa “com mesmo poucas enfermeiras, nós nos propusemos a enfrentar e trabalhar no sentido de instalar esta Junta especial”.

A criação do COREN-PI se afigurava um desafio. Era preciso que a Junta Especial fosse estabelecida e que as enfermeiras contornassem o problema do pequeno número de profissionais. Para tanto, o apoio da ABEn – Seção Piauí foi fundamental: “A JECOFEN para criação do COREN-PI foi uma forma que o COFEN encontrou para implantar nos estados os Conselhos, e teve o apoio da Associação Brasileira. Então eu, como presidente da ABEn, achava que a gente não poderia deixar passar essa oportunidade (...)” (Maria do Amparo Barbosa).

No Piauí, a Junta Especial foi composta pelas enfermeiras Filomena Lelis Camello, Inez Sampaio Nery e Francisca das Chagas Sousa, todas indicadas pela ABEn -PI e empossadas pela Presidente do COFEN à época, enfermeira Maria Rosa Sousa Pinheiro<sup>(9)</sup>.

O novo órgão passou a funcionar numa sala cedida pela Escola de Auxiliar de Enfermagem Maria Antoinette Blanchot e, nesse período, as suas atividades centraram-se

no cadastramento dos profissionais do estado. Essa tarefa teria sido ainda mais difícil não fosse o auxílio dos atendentes e auxiliares de enfermagem, pois,

*Como as enfermeiras e os auxiliares de enfermagem naquela época eram poucos, contamos com a ajuda dos provisionados, que eram os atendentes de enfermagem. Eles tinham que se inscrever no conselho. Nós fazíamos a relação deles para saber quantos tinham por serviço, e cobrava toda documentação que era necessária para eles participarem do conselho (Inez Sampaio Nery).*

Nesse período, além do cadastro dos profissionais de enfermagem e provisionados, a JECOFEN organizou a primeira eleição do COREN-PI, com a mobilização das entidades de enfermagem no estado, como a ABEn e a associação de sindicatos dos auxiliares e atendentes de enfermagem, que juntos montaram uma chapa para concorrer às eleições<sup>(9)</sup>.

As eleições ocorreram na sede da Escola de Auxiliar de Enfermagem “Irmã Maria Antoinette Blanchot”, em 21 de outubro de 1975, e foi um momento de regozijo para a enfermagem, pois se concretizava a regulamentação da profissão no estado.

### 3.2 Ações desenvolvidas para a organização do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

O primeiro Plenário do COREN-PI eleito para o triênio 1975 a 1978 foi composto pelos

membros efetivos: Maria do Amparo Barbosa, Inez Sampaio Nery, Maria Vieira de Moraes, Francisca das Chagas Sousa e Raimundo Alves de Brito. Como membros suplentes: Filomena Lelis Camello, Francisca Ribeiro de Almeida Leal, Maria das Graças Menezes Silva e Rivaldo Alves de Assis.

Para cumprir, então, a legislação, na primeira reunião realizada pelo novo plenário, em 05 de novembro de 1975, foi eleita a primeira Diretoria do Conselho, cujos membros foram: como presidente, Maria do Amparo Barbosa; secretária, Inez Sampaio Nery; tesoureira, Maria Vieira de Moraes; Comissão de Tomada de Contas: Francisca Ribeiro de Almeida Leal, Francisca das Chagas Sousa e Raimundo Alves de Brito; delegado eleitor, Maria do Amparo Barbosa; Comissão de Ética: Maria Vieira de Moraes como presidente, Filomena Lelis Camello como vogal<sup>(9,10)</sup>.

Convém mencionar que a nova diretoria iniciou seus trabalhos com o desafio de organizar a entidade no estado.

*“As JECOFENs foram instituídas em agosto de 1975 com a finalidade de cadastrar, receber documentação e realizar as eleições para os CORENs nos estados”*

Dentre as ações a serem realizadas, destacavam-se a de providenciar sede própria para o conselho; efetivar o registro de todos os profissionais de enfermagem e esclarecê-los sobre o papel e a importância do órgão, bem como elaborar o primeiro Regimento Interno do COREN-PI<sup>(9)</sup>.

Esse período inicial de trabalhos foi difícil, não só pelo pequeno número de enfermeiras no estado, mas também, em face ao momento político que se encontrava o país na década de 1970. Para consolidação dessas ações, o COREN-PI dispunha de normativos, como a Resolução COFEN nº 06 de agosto de 1975 que “cria condições econômicas para o processamento da instalação dos CORENs”<sup>(11)</sup>.

Mesmo com a existência desses atos normativos, resoluções e portarias, era uma época difícil, e o grupo que estava à frente do COREN-PI enfrentou as adversidades com determinação, como nos exemplificam as colaboradoras.

*Nós fizemos um movimento grande no estado [...] para fortalecer a instalação do Conselho (Maria do Amparo Barbosa).*

*(...) O trabalho foi de muita mobilização (...) pois só muitos anos depois foi que o conselho passou a atuar no interior. A enfermagem teria mais autonomia (...) foi um trabalho intenso e muito difícil (Francisca das Chagas Sousa).*

Vale enfatizar que o trabalho desenvolvido pelos membros da Diretoria do COREN-PI foi decisivo para a estruturação do órgão, pois implementaram estratégias de mobilização para buscar os profissionais de enfermagem e fazer com que se registrassem no conselho e pagassem as taxas. Os profissionais de enfermagem, no entanto, relutavam em pagar tais valores, e foi necessário um trabalho de convencimento.

*(...) As pessoas tinham que pagar as taxas, porém ninguém queria. Elas perguntavam por que deveriam pagar, pois não entendiam a razão. Mas o Conselho e a ABEn fizeram um trabalho mostrando a importância do pagamento, a necessidade de manutenção do órgão, de estruturar para atender o pessoal de enfermagem (Francisca das Chagas Sousa).*

A capital do estado do Piauí era pequena e o número de profissionais no estado também, portanto os valores das taxas e emolumentos não eram suficientes para manter

o COREN-PI. Por essa razão, era necessário que outros recursos fossem captados por meio de atividades como evento, estratégia utilizada pela gestão do Conselho à época.

Outra estratégia empreendida pela diretoria do COREN-PI foi o esclarecimento dos profissionais sobre a Lei 5.905/73, pois a demanda para inscrição no conselho era pequena e existia um contingente de profissionais de nível elementar, o que levou a diretoria a buscar estratégias e promover ações abordando os objetivos e importância do COREN para a enfermagem, como se observa,

*(...) Porque ninguém sabia, nem os próprios membros não sabiam o que era o COREN. Eu vou me inscrever no COREN só para dar meu dinheiro? Isso não era possível. Tinha que haver uma conscientização. Então nós trabalhávamos nesse sentido. Nós estudávamos e organizávamos os grupos, reuniões, cursinhos para explicar realmente qual era o objetivo e a finalidade do COREN (Maria do Amparo Barbosa).*

Outra ação importante do grupo foi a divulgação de notícias referentes ao órgão, tanto na imprensa local, quanto no Boletim Informativo do COFEN. O Boletim Informativo do COFEN foi planejado desde o primeiro ano de atividade do órgão, em 1975, com o objetivo de levar notícias de interesse dos profissionais de enfermagem aos Conselhos Regionais e demais entidades oficiais ou privadas, de caráter regional ou nacional<sup>(6)</sup>. A

enfermagem piauiense contou com o auxílio da imprensa local na divulgação das ações de enfermagem, facilitado pelo fato de as enfermeiras da gestão gozarem de prestígio perante aos órgãos de comunicação. Como demonstra a fala:

*As enfermeiras mais antigas tinham muito prestígio. Nós tínhamos notícias no jornal e no rádio gratuitamente. Na época um importante jornalista, José Lopes dos Santos (...) nos ajudou muito na divulgação das ações da profissão. (Maria dos Aflitos Miranda Barros).*

Além desses problemas e ações, ressalta-se a luta dessa Diretoria do COREN-PI pela aquisição de um local para o funcionamento adequado do órgão. Até meados de maio de 1976, o COREN-PI funcionou em uma sala cedida pela Escola Maria Antoinette Blanchot, onde atualmente funciona a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí (FACIME). No entanto, como a sede era provisória, o

**“Outra ação importante do grupo foi a divulgação de notícias referentes ao órgão, tanto na imprensa local, quanto no Boletim Informativo”**

grupo teve que conseguir outro local, que pudesse garantir atendimento aos seus inscritos e estrutura apropriada para guardar documentos.

*(...) Uma de nossas preocupações era exatamente com o local, pois nós precisávamos conseguir um espaço bem localizado para facilitar o acesso aos profissionais de enfermagem. Quando nós saímos da Escola, foi alugada uma casa a ajuda do COFEN. Então começamos a comprar o mobiliário, e outras coisas mais (...). Todas as enfermeiras, principalmente aquelas que já começavam a se inscrever no COREN, doavam alguma coisa, e assim tivemos a primeira sede oficial do COREN (Maria Vieira de Moraes).*

A definição de um espaço físico para sediar os conselhos regionais era uma exigência legal imposta pelo COFEN, para sua organização e funcionamento, tendo em vista que guardaria documentos oficiais dos inscritos<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, durante a realização da 5ª reunião ordinária, em três de maio de 1976, a presidente do COREN-PI, Maria do Amparo Barbosa, anunciou a mudança do regional para a casa que havia sido alugada, localizada na Rua 1ª de Maio. A sede foi inaugurada durante as comemorações da Semana Brasileira de Enfermagem.

Nesse prédio, além do COREN-PI, passou a funcionar, também a ABEn - Seção Piauí e a APAATE (Associação Profissional dos Atendentes, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem). Um dos desafios da nova diretoria, nesse aspecto, foi garantir a integração entre as instituições que formavam a enfermagem no estado. Mesmo com essa tentativa de integração entre as sociedades de enfermagem local, o mandato da primeira gestão do COREN-PI foi marcado por dificuldades financeiras para viabilizar os projetos pensados por essas mulheres, que tinham um sonho de ver a enfermagem local se desenvolver.

O grau dessas dificuldades pode ser observado no depoimento da colaboradora Maria do Amparo Barbosa, que enfatiza a coragem que tiveram as enfermeiras da época: "Nós entramos nessa luta com bastante força. Têm horas que eu penso que eu era doida, eu não sei se hoje eu teria coragem de fazer tudo aquilo, porque enfrentei muitas dificuldades".

Na ata da 24ª Reunião Ordinária do COREN-PI (1978), a presidente Maria do Amparo Barbosa comunicou às presentes

a fase financeira difícil, que vinha passando o COFEN, e a conseqüente necessidade de contenção de despesas pelos CORENs. O COREN-PI, como outros CORENs, eram ajudados financeiramente pelo COFEN e por CORENs mais abastados, como os de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais. Com a crise financeira do COFEN e o momento difícil por que passavam os conselhos maiores, o regional piauiense teria que reduzir despesas,

*(...) A situação ficou difícil, nós recebíamos muita ajuda financeira de outros conselhos de melhores condições, mas chegou o momento de tomar uma decisão, nós não poderíamos mais ficar sendo auxiliados, subsidiados, pelos outros conselhos que estavam em melhores condições como de São Paulo, Rio de Janeiro. Ai então surgiu à ideia de entregar a casa, por que as despesas eram grandes e já não tínhamos mais como fazer (Maria Vieira de Moraes).*

Essa situação levou as enfermeiras da primeira gestão a deixarem a casa em que funcionava a sede do COREN, pois não tinham condições de arcar com os custos, que até então vinham sendo financiados pelo COFEN, e ajudas recebidas de outros regionais. Essa situação fez com que as aguerridas conselheiras do COREN-PI buscassem outros reforços para solucionar o problema da sede. Nesse sentido, as conselheiras procuraram o apoio do governador do

estado à época, Dr. Lucídio Portela Nunes, que cedeu um apartamento, pertencente ao estado, no condomínio IAPEP, Bloco F apartamento 32, localizado na Rua Santa Luzia, para que o órgão fosse abrigado,

*(...) Tivemos a idéia, e eu juntamente com a Amparo Barbosa, Inez Nery e Maria dos Aflitos, fomos ao Dr. Lucídio Portela, na época Governador do Estado. Ele nos cedeu um daqueles apartamentos que tem na Rua Santa Luzia, no IAPEP e nós nos transferimos pra lá, levando conosco, da mesma forma, a ABEn e a APAATE (Maria Vieira de Moraes).*

*(...) Dr. Lucidio, governador do Estado, foi uma pessoa que nos ajudou muito (...) cedendo o apartamento do IAPEP (Maria do Amparo Barbosa).*

O documento de cessão do apartamento só seria recebido na gestão seguinte, eleita em outubro de 1978, mas o esforço

## *“A definição de um espaço físico para sediar os conselhos regionais era uma exigência legal imposta pelo COFEN”*

da primeira gestão em conseguir o apartamento ficou marcado na história, conforme relata a colaboradora Maria dos Aflitos Miranda Barros (2012), presidente do conselho nessa nova gestão.

*(...) mudamos para outra sede, o que coincidiu com o início desta gestão. A ajuda que vinha dos outros CORENs, a partir de então não viria mais. Então procuramos resolver essa situação, entregando a casa que era alugada e passando para um apartamento que foi cedido pelo Governador do Estado a pedido da Maria do Amparo Barbosa. Fizemos também um ofício, mostrando para ele nossa situação, e ele cedeu este apartamento, que era do IAPEP-Instituto de Aposentadoria dos Servidores do Estado do Piauí.*

As enfermeiras organizaram um mutirão, com a ajuda de parentes, para transferir móveis e documentos para a nova sede. Conforme relata Maria dos Aflitos, o mutirão foi uma estratégia utilizada para contornar a falta de recursos. Em 07 de junho de 1979, finalmente foi recebido o documento de cessão do imóvel que abrigaria o COREN, a ABEn e a APAATE.

O COREN-PI permaneceu na sede da Rua Santa Luzia até 1991, ficando somente a ABEn – seção Piauí, que permanece e continua lá até hoje. A saída do COREN-PI ocorreu porque o espaço físico da sede tornou-se pequeno para comportar a estrutura administrativa do órgão com os diversos serviços que deveriam ser oferecidos aos inscritos, em face da expansão da profissão, da criação e abertura de novos cursos de auxiliar e técnicos de enfermagem e a saída de novos egressos da Universidade Federal.

Mais uma vez, na busca para resolver a situação, em maio de 1991 foi comprada, com a ajuda do COFEN, uma casa na Rua Magalhães Filho, 655, para o funcionamento da nova e definitiva sede do Conselho, onde até hoje se encontra.

As limitações do estudo se referem, principalmente, às fontes geradas pelas entrevistas que são plenas de emoção e próximas de nosso tempo. No entanto, as transcrições poderão subsidiar mais estudos sobre o tema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, mediante a análise e discussão das circunstâncias históricas em que foi criado e organizado o Conselho Regional de Enfermagem do Piauí, retrata o processo que tornou possível a sua viabilização como instituição de representação da enfermagem no estado. Na construção da narrativa histórica sobre a criação do Conselho Regional de Enfermagem, destacou-se, inicialmente, a criação da Junta Especial do COFEN, estratégia utilizada pelo Conselho Federal de Enfermagem para que as ações fossem organizadas e efetivadas nos estados, no ato de instalação dos Conselhos Regionais.

As ações da Junta Especial no Estado foram marcadas pelo desafio de inscrever todos os profissionais de enfermagem existentes no mercado de trabalho e deflagrar o processo de eleição da primeira diretoria para o conselho. Após a conclusão da eleição, encerraram-se as funções da Junta Especial.

Com a posse da primeira diretoria, a enfermagem piauiense comemorou a conquista de implantação do Conselho no estado do Piauí, o que representava uma importante conquista já que, à época, era pequeno o quantitativo de profissionais de enfermagem o que, durante o processo, chegou a colocar em risco a implantação do órgão no estado.

Nesse sentido, destacou-se no processo de luta pela criação e implantação do COREN-PI a participação da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Piauí, que contribuiu e esteve presente nos momentos decisivos desse período histórico.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho AC. Associação Brasileira de Enfermagem (1926 - 1976)-documentário. Brasília: ABEn Nacional; 2008.
2. Bock LF, et al. A Organização da Enfermagem e da Saúde no Contexto da Idade Contemporânea (1930 - 1960) In: Enfermagem: história de uma profissão. (organizadoras) Maria Itayra Padilha, Miriam Susskind Borenstein, Iraci dos Santos. São Caetano do Sul(SP): Difusão Editora;2011.
3. Oliveira MIR, Ferraz NMF. A ABEn na criação, implantação e desenvolvimento dos Conselhos de Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2001; 54(2): 208-12.
4. Germano RM. Organização da enfermagem brasileira. Enferm Foco. 2010; 1(1): 1-36.
5. Garcia CLLM, Moreira A. A Associação Brasileira de Enfermagem e a Criação do Conselho Profissional no Brasil. Rev Pesq cuidado fundamental .2009;1(1): 97-110.
6. Le Goff. História e Memória.Campinas (SP): UNICAMP;2003.
7. Meihy JCSB, Holanda F. História Oral: como fazer, como pensar.São Paulo:Contexto; 2010.
8. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 466/2012. Que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. DOU nº 12, 13 de junho de 2013 - Seção 1, página 59. Brasília, 2013.
9. COREN - PI. Ata da 1ª Reunião do COFEN no PIAUÍ:1975.
10. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Documentos Básicos.Rio de Janeiro: COFEN; 2001.
11. COREN-PI. Resoluções recebidas do COFEN, 1975 - 1978.



# AMÁLIA - UM GIGANTE DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Taka Oguisso

Objetivo: descreve a vida profissional de Amália Correa de Carvalho, pioneira da enfermagem brasileira, aluna de Edith de Magalhães Fraenkel, de quem soube absorver a força do idealismo, a grande tenacidade e o enorme talento e capacidade de trabalho. Foi presidente das duas entidades maiores da enfermagem brasileira: a ABEn e o Cofen. A sede própria da ABEn, em Brasília, foi fundamentalmente construída em sua gestão de quatro anos, e no Cofen, nas duas gestões iniciais desse órgão, participou da implantação do órgão federal e da instalação dos regionais, assim como da elaboração do Código de Deontologia de Enfermagem. Soube com perspicácia conduzir os destinos da profissão. Que seu exemplo de vida ativa e generosa possa inspirar as novas gerações de profissionais da enfermagem.

**Descritores:** História da Enfermagem; História; Biografia

## AMALIA - A BRAZILIAN NURSING GIANT

Objective: It describes the professional life of Amalia Corrêa de Carvalho, a Brazilian Nursing Pioneer, Ms Edith Magalhaes Fraenkel's student from whom she knew how to absorb the strength of the idealism, the tenacity, and the enormous talent and work capacity. She was president of the two greatest institutions of the Brazilian nursing: the ABEn (Brazilian Nursing Association) and the Cofen (Federal Council of Nursing). The ABEn's headquarters in Brasilia was mainly built up during her four-year mandate; and at the Cofen, during her two first mandates, she participated in the implementation of this federal organization and the installation of its regional offices, as well as the drawing up of the Nursing Deontology Code. She knew through her perspicacity how to conduct the profession destiny. It is expected that her example of active and generous life may inspire the new generations of nursing professionals.

**Descriptors:** History of nursing; History; Biograph.

## UN GIGANTE DE LA ENFERMERÍA

Objetivo: Se describe la vida profesional de Amalia Correa de Carvalho, pionera de la enfermería brasileña, estudiante de Edith de Magalhães Fraenkel, de quien supe absorber la fuerza del idealismo, la gran tenacidad y el enorme talento y capacidad de trabajo. Fue presidenta de las dos entidades mayores de la Enfermería Brasileña: la ABEn (Asociación Brasileña de Enfermería) y del Cofen (Consejo Federal de Enfermería). La sede propia de ABEn, en Brasília, fue fundamentalmente construída en su gestión de 4 años, y en el Cofen, en las dos gestiones iniciales de ese órgano, ha participado en la implantación del órgano federal y de la instalación de los regionales, así como de la elaboración del Código de Deontología de la Enfermería. Supo con perspicacia conducir los destinos de la profesión. Que su ejemplo de vida activa y generosa pueda inspirar las nuevas generaciones de profesionales de enfermería.

**Descriptorios:** Historia de la enfermería; historia; Biografía.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: takaoguisso@uol.com.br

## PREPARO PARA A LIDERANÇA

Amália Corrêa de Carvalho, filha de Pedro Corrêa de Carvalho e Elza Morandini de Carvalho, nasceu no dia 20 de março de 1918, na cidade de Ribeirão Preto, onde também faleceu em 2011, aos 93 anos de idade. O casal teve os filhos Augusta, Mariana, Anayde, Amália, Manoel, Maria e Pedro. Depois de quatro filhas, o nascimento do primeiro menino gerou um grande movimento na família, pois era fato auspicioso e muito valorizado pelas famílias da época. Assim, desde cedo, Amália, como quarta filha, teve que lutar para ocupar seu próprio espaço e receber atenção das irmãs e dos pais, o que deve ter contribuído para torná-la precocemente muito independente e exigente. Amália, assim como todas as irmãs, estudou no Colégio Santa Úrsula, fazendo o curso Normal, para formação de professora primária, o único considerado adequado para as moças da época. Fez depois o curso de Biblioteconomia, na Escola de Sociologia e Política, formando-se em dezembro de 1943, quando já havia iniciado o curso de enfermagem.

Fez o curso de graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), formando-se pela primeira turma, em 1946. Ainda como estudante, ajudou a fundar e tornou-se a primeira presidente do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, nome que lembra a data de fundação oficial da Escola (Decreto-lei nº 13.040, de 31 de outubro de 1942). Sua irmã Anayde seguiu seu caminho e também se formou na quarta turma, em 1949. Amália sempre se destacou em seu grupo pela dedicação aos estudos e seriedade com que fazia todas as coisas. Por isso recebeu o convite da diretora, Da. Edith de Magalhães Fraenkel, para fazer parte de seu corpo docente a partir de janeiro de 1947.

De julho de 1948 a janeiro de 1950, permaneceu em Boston, nos Estados Unidos, com bolsa de estudos da Fundação Kellogg. Fez curso sobre o ensino de enfermagem e das ciências básicas, recebendo o grau de bacharel (*B.S. degree*) em Educação da Enfermagem. Ao retornar, para reforçar ainda mais seus conhecimentos, matriculou-se no curso de Química Aplicada e formou-se no Instituto Mackenzie, em 1952. Novamente em 1956 afastou-se da docência para novos estudos, desta vez no *Teachers College*, Universidade Columbia, Nova York, onde obteve o grau de *Master of Arts*. Na ocasião, completou também todos os créditos para o doutorado, ao mesmo tempo em que elaborou seu projeto de tese e iniciou a escrita, planejando completar a pesquisa no Brasil e voltar para defender sua tese nessa Universidade americana. Porém não conseguiu mais afastar-se das atividades na EEUSP, permanecendo na docência, em especial como professora de Fundamentos de Enfermagem e na pós-graduação. Posteriormente, completou o doutorado em 1972, quando houve essa exigência da própria Universidade, por

força da Lei 5540, de 28-11-1968, da Reforma Universitária. Sua tese de doutorado, intitulada *Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico*, defendida em 1972, na EEUSP, é fruto de estudos iniciados no *Teachers College* e constitui um primor de pesquisa com sólidos conceitos que perduram até os dias de hoje, sendo referência para muitos pesquisadores.

## ATUAÇÃO EM ÓRGÃOS DE CLASSE

Inspirada por Da. Edith, além das funções regulares na EEUSP, Amália passou a desenvolver outras atividades, particularmente na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), onde desempenhou inúmeras funções, culminando com a presidência da entidade por dois mandatos de 1968 a 1970 e de 1970 a 1972. Foi um período particularmente difícil, pois a ABEn havia recebido prazo para construir a sede própria em Brasília, sob o risco do terreno ser retomado pelo governo. Foi durante os quatro anos de seu mandato que a sede de mil metros quadrados, em um terreno de cinco mil metros quadrados, foi construída a duras penas, pois como sempre, os recursos da ABEn eram muito escassos e os prazos estavam esgotados. Como bem relembra Ir. Maria Tereza Notarnicola, tesoureira da ABEn, foi quase um milagre ter conseguido terminar a obra, com campanhas, rifas, chás beneficentes, e até ajuda financeira das próprias irmãs da presidente, Anayde e Mariana.

Foi também Amália que deu prosseguimento aos dados colhidos no Levantamento de Recursos e Necessidades da Enfermagem no Brasil (1956-58), como presidente da Comissão de Seguimento desse Levantamento, mais uma vez com auxílio da Fundação Rockefeller. Esgotados os recursos, a ABEn precisou assumir a continuidade dessa coleta de dados, o que foi feito por vários anos. Assim, em julho de 1963, essa Comissão desapareceu, surgindo em seu lugar na modalidade de especial, a Comissão de Documentação, posteriormente chamada de Documentação e Estudos e depois de Atividades Científicas e Documentação. Com a criação do Conselho Federal de Enfermagem, em 1973, essa autarquia assumiu a coleta de dados, pois tinha poderes e recursos para tal.

Todas essas atividades eram desenvolvidas paralelamente às aulas que continuava a ministrar na EEUSP, tanto em nível de graduação, mas principalmente na pós-graduação (sistema antigo) quando tiveram início, em 1959, os cursos de Administração aplicada à Enfermagem e de Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem, esse sob sua responsabilidade. Centenas de candidatos, enfermeiros de praticamente todos os países da América Latina, e até de Portugal, com bolsas de estudos oferecidas pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, vieram fazer um desses cursos, que funcionaram até

1970, quando tiveram que ser interrompidos por força da Reforma Universitária.

Em 1975, o Ministro do Trabalho, Arnaldo Prieto, nomeou nove enfermeiras indicadas por dra. Glete de Alcântara, presidente da ABEn, que compuseram o primeiro grupo para instalação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Da EEUSP constavam dois nomes: Maria Rosa Sousa Pinheiro e Amália Corrêa de Carvalho, que foram depois eleitas pelos pares como presidente e vice-presidente da primeira diretoria do Cofen. Foi essa diretoria que instalou os 22 órgãos regionais no Brasil, que compuseram os conselhos regionais de enfermagem, além de aprovar um Código de Deontologia de Enfermagem. Na gestão seguinte, dra. Amália foi eleita presidente do Cofen, permanecendo por três anos de sua gestão, até 1979. Nesse período, intensificou os estudos para um novo projeto de lei do exercício profissional da enfermagem, além de coordenar e orientar o funcionamento de todos os regionais no país.

Portanto, Amália Corrêa de Carvalho foi presidente das duas entidades maiores e mais significativas da enfermagem brasileira - a ABEn e o Cofen. Em ambos os órgãos sua gestão sempre foi marcada por empreendimentos de vulto. Em nível internacional foi também eleita presidente regional, de 1972 a 1976, da Seção Sul-americana do Comitê Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-sociais (CICIAMS), do qual a ABEn era membro. No exercício desse cargo, realizou em 1976, ano do cinquentenário da ABEn, o 1º Congresso Regional Sul-americano do CICIAMS em conjunto com o XXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, no Rio de Janeiro.

## MUDANDO A HISTÓRIA

Além da docência e outras atividades paralelas, Amália afastou-se da EEUSP, por um período (1963-66), para ser diretora da Escola de Enfermagem Job Lane, junto à Sociedade Hospital Samaritano, em São Paulo. Graças a seu trabalho essa Escola conseguiu ser reconhecida pela Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (MEC) para que as duas turmas de enfermeiras, que já haviam se formado, pudessem ter sua formatura e terem seus títulos registrados. Durante o preparo da documentação

para esse reconhecimento, solicitou documentos como atas de constituição e relatórios da diretoria da Sociedade dos primeiros anos de funcionamento do hospital. Nesses documentos descobriu que as enfermeiras contratadas pelos fundadores do hospital eram todas formadas na Inglaterra; e haviam criado um sistema que tinha como diretora ou gerente, a *matron*, com supervisoras chamadas *sisters* e as *nurses* que executavam todos os cuidados, exatamente o mesmo sistema implantado por Florence Nightingale no Hospital Saint Thomas, berço da enfermagem moderna, na Inglaterra. Esse sistema de organização dos serviços de enfermagem perdurou até o final do século XX nesse país. As enfermeiras inglesas haviam criado uma escola dentro do Hospital Samaritano, ainda em 1894, quando não havia legislação sobre ensino de enfermagem e nem obrigatoriedade de registro ou reconhecimento de escola no Brasil.

Artigo sobre essa descoberta foi, pela autora, publicado em 1965, na Revista Brasileira de Enfermagem, posteriormente corroborada pela historiadora Maria Lucia Mott com pesquisas nas mesmas fontes e entrevistas com a antiga *matron* Louise Madein. Na verdade, essa descoberta reconfigurou a história da enfermagem brasileira, onde estava registrado e se ensinava que o sistema nightingaleano havia sido implantado no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, em 1923, com a fundação da Escola de Enfermagem Anna Nery, pelas enfermeiras americanas da Missão Parsons.

A verdade histórica é que o sistema nightingaleano foi implantado, de fato, na cidade de São Paulo, quase trinta anos antes do Rio de Janeiro, no Hospital Samaritano, em 1894.

Amália, mesmo afastada, continuou a ministrar disciplinas sob sua responsabilidade na EEUSP, especialmente na pós-graduação. Ela também prestou colaboração à enfermagem em outros países, em geral a pedido da Organização Mundial da Saúde, como consultora de curto prazo, como ocorreu na Universidade San Marcos, em Lima, Peru, para onde foi diversas vezes entre 1966 e 1968, em geral por dois meses para ministrar diferentes cursos, como o preparatório para enfermeiros-docentes da Escola de Enfermagem, Liderança em enfermagem, Metodologia da pesquisa em enfermagem, Didática aplicada à Enfermagem e Problemas do ensino de

*“Em 1975, o ministro do Trabalho, Arnaldo Prieto, nomeou nove enfermeiras indicadas por dra. Glete de Alcântara, presidente da ABEn, que compuseram o primeiro grupo para instalação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)”*

<sup>2</sup>Da Conferência que tratou da Convenção 149, sobre condições de vida e de trabalho do pessoal de enfermagem, aprovada pela OIT em 1977, participou Maria Rosa Sousa Pinheiro, como conselheira técnica do Ministério do Trabalho, e portanto, representante do governo brasileiro. In: Cofen: Relatório Gestão, 23-04-1977 a 22-04-1978. P. 78.

Enfermagem, além de outros solicitados pelo Ministério da Saúde ou pela “Caja Nacional de Seguro Social” desse país. Dentro do Brasil, também ministrou inúmeros cursos de sua área de conhecimento a pedido da Associação Brasileira de Enfermagem ou das escolas de enfermagem em quase todos os estados, de Norte a Sul.

Representou a enfermagem brasileira em diversas ocasiões, seja em reuniões e grupos de trabalho da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde. Na Organização Internacional do Trabalho (OIT), participou da delegação do Ministério do Trabalho na 61ª Conferência Internacional do Trabalho, em junho de 1976, na discussão e estudos sobre condições de vida e de trabalho do pessoal de enfermagem, que se tornaria depois a Convenção nº 149, finalmente aprovada pela OIT em 27 de junho de 1977<sup>2</sup>. Participou também de diversos congressos e eventos promovidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE). Foi inclusive a entronizadora (figura que existia na época como madrinha da nova organização que se filiava) da Associação Portuguesa de Enfermeiros que estava sendo admitida como membro do CIE, em Montreal, Canadá, em 1969. Apenas para lembrar, a ABEn já era membro veterano, desde 1929.

Portanto, seu papel na internacionalização da enfermagem brasileira foi muito grande e muito precoce, não apenas por influência de Da. Edith, mas também pelo conhecimento de idiomas e sua empatia e sensibilidade no trato com pessoas de modo geral.

### ABRADHENF - UMA IDEIA QUE FRUTIFICOU

No início da década de 1980, Amália comentou que era tempo de se criar uma academia de enfermagem, pois a ABEn e o Cofen já estavam consolidados, diversos sindicatos de enfermeiros já estavam funcionando, e esses naturalmente acabariam por criar a Federação Nacional de Enfermeiros, o que veio a ocorrer em 1987. Assim, só faltava uma academia.

Por sugestão dela, teve início o estudo e a escrita de um futuro estatuto com a ajuda de Da. Maria Rosa Pinheiro, ex-diretora da EEUSP e ex-presidente da ABEn e do Cofen. Um pequeno grupo composto de: Hyeda Maria da Gama Rigaud, Lore Cecilia Marx, Maria Jose Schmidt, Nara Sena de Paula, Taka Oguisso e Victoria Secaf, começou de fato a frequentar

a casa de Maria Rosa Pinheiro para discutir os objetivos dessa futura nova organização, requisitos, condições de funcionamento, financiamento e outros temas relacionados. Membros desse grupo também procuravam Amália para discutir esse tema que ela acompanhava, sempre com muito interesse, principalmente a questão do financiamento e da futura sede. Por diversas circunstâncias, o grupo inicial se dispersou e o assunto ficou hibernado por mais de 20 anos.

Na verdade, pretendia-se que fosse uma academia de enfermeiros, nos moldes de sua similar americana. Finalmente, o tema foi ressuscitado em 2010 quando no dia 13 de agosto, data que marcava o centenário da morte de Florence Nightingale, foi fundada a Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF), cuja mentora, sem dúvida, foi Amália Corrêa de Carvalho ainda na década de 1980. Essa entidade permite a filiação não só de profissionais de enfermagem como de outros profissionais,

pela “interdisciplinariedade, como possibilidade de enriquecimento nas discussões, no crescimento, no amadurecimento e na agregação de novos modos de pensar a história” (Oguisso et al).

A ABRADHENF conta com a categoria de membro acadêmico, destinado ao membro efetivo que se destacar por pesquisas e publicações na área de História da Enfermagem (art. 4º, parágrafo 3º, do Estatuto).

A exemplo da Academia

Brasileira de Letras, o membro acadêmico passa a ocupar uma cadeira que tem o nome de um vulto da enfermagem como patrono ou patrona dessa cadeira a ser ocupada pelo futuro membro acadêmico. Amália Corrêa de Carvalho foi indicada para ser a patrona da primeira cadeira de acadêmica da ABRADHENF.

Esse tema, História da Enfermagem, ainda é muito pouco valorizado pelos próprios docentes e profissionais da enfermagem, o que se comprova pela redução gradativa do tempo e espaço para a História da Enfermagem e até mesmo o desaparecimento desse título nas diretrizes curriculares. Parece que houve esquecimento pelos enfermeiros em geral, que é a história da enfermagem que oferece o embasamento necessário para a formação da identidade profissional.

Não se trata de estudar algo morto no passado e nem de tentar evitar a repetição de erros, mas sim de tornar-nos

*“No início da década de 1980, Amália comentou que era tempo de se criar uma academia de enfermagem, pois a ABEn e o Cofen já estavam consolidados”*

mais comprometidos com a profissão, conhecer o patrimônio histórico já existente para que cada um possa se orgulhar de ser enfermeiro. O estudo das lutas, dificuldades e obstáculos vencidos tenazmente pelas pioneiras da enfermagem é gratificante e alentador quando se depara com o que a profissão tem hoje.

### PRODUTIVIDADE DE AMÁLIA

Como docente Amália aposentou-se da EEUSP em 1980. Mas, continuou a escrever, como sempre o fez, artigos originais para revistas, assim como livros, destacando-se em sua produção a tradução para português do livro “Notes on Nursing”, de Florence Nightingale, de grande utilidade para os profissionais interessados em História da Enfermagem, sua área de predileção. Também o Resumo Histórico da EEUSP, 1942-1980, constitui até hoje a única e principal referência sobre fatos do período referido. Também por isso, Amália escreveu a biografia de Da. Edith de Magalhães Fraenkel, sua professora e mentora, publicado em 1992, na comemoração do cinquentenário da Escola. É essa obra que a direção da EEUSP republicou, em 2012, como parte das comemorações dos 70 anos de sua fundação, dessa vez uma edição primorosa, de melhor qualidade, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), com mais fotografias, papel de boa gramatura, capa dura e ISBN.

Poucos enfermeiros e docentes da geração atual, mesmo os da EEUSP, tiveram o privilégio e a oportunidade de conhecer essa figura ímpar, idealista, de ampla cultura, com

imensa capacidade de trabalho por horas e dias seguidos, persistente, por vezes impaciente, dura e enérgica. Mas, era também extremamente atenciosa e justa em tudo o que fazia e com todos que a cercavam. Na verdade, seguiu os passos de sua mentora, Da. Edith de Magalhães Fraenkel, a quem respeitava e admirava profundamente.

Amália Corrêa de Carvalho, ex-aluna e ex-professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que também foi líder nacional como presidente da ABEn e depois do Cofen, além de mentora da ABRADHENF, respeitada por todos os profissionais de Norte a Sul do país, faleceu na véspera do dia do aniversário da sua Escola, no dia 30 de outubro de 2011.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever sobre uma personalidade tão complexa, talentosa e ao mesmo tão simples, completa e produtiva como de

*“Poucos enfermeiros e docentes da geração atual, mesmo os da EEUSP, tiveram o privilégio e a oportunidade de conhecer essa figura ímpar”*

Amália Corrêa de Carvalho não é tarefa difícil, mas escolher o aspecto a ser focado não é fácil. Foi uma líder versátil, batalhadora, competente, tenaz, desbravadora, sempre pronta, uma guerreira de verdade. Merece o título de gigante da enfermagem, porque poucas enfermeiras até hoje conseguiram fazer tanto pela profissão, com tanta dedicação e desprendimento. Tinha mesmo a têmpera dos grandes heróis e gigantes! Para a nossa sorte ela se preparou e soube utilizar

toda sua inteligência, capacidade, tirocinio e sagacidade a favor da enfermagem brasileira. Merece, pois, o respeito de toda a classe pela dedicação e pelos incontáveis feitos que beneficiaram todos os profissionais, de Norte a Sul do país.

### REFERÊNCIAS

- Oguisso T – Nota sobre a autora. In: Carvalho AC – Edith de Magalhães Fraenkel. (2ª edição organizada por Oguisso T, Nichiata LYI) FAPESP/EEUSP;2012.
- Mott ML – Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). Cadernos Pagu. 1999;13:327-55.
- Carvalho AC – Resumo histórico (1942-1980). Revista da Escola de Enfermagem da USP. 1980;14:1-271.
- Oguisso T, Bonini BB, Mecone MCC, Freitas GF – Coletividades da enfermagem. In: Oguisso T, Freitas GF – Legislação de enfermagem e saúde: histórico e atualidades. Barueri: Manole;2015.
- Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF) – Estatuto, aprovado em 13 de agosto de 2010.
- Oguisso T – Discurso de posse como acadêmica da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF), em Ribeirão Preto, São Paulo, 6 de dezembro de 2013.

FORMAR A DISTÂNCIA FERE  
**O CÓDIGO DE ÉTICA**  
**DA ENFERMAGEM!**

○ **#ContatoReal** É EM TODO  
O MOMENTO DA FORMAÇÃO



[www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)

## PROCESSO DE SUBMISSÃO

O processo de submissão é feito somente no endereço: <http://revista.portalcofen.gov.br>. O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores. Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores. Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Podem ser submetidos artigos originais e artigos de revisão.

### FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

#### Artigos originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita de natureza qualitativa ou quantitativa. São também considerados artigos originais as reflexões teóricas opinativas ou analíticas.

#### Artigos de revisão

Estudos de revisão integrativa da literatura, de revisão sistemática com ou sem metanálise.

Os artigos devem ser estruturados com os seguintes tópicos: título, resumos, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

#### Identificação do manuscrito

**Título:** conciso e informativo;

**Autoria:** nome(s) do(s) autor(es), indicando a titulação máxima, vínculo institucional e endereço eletrônico do autor correspondente. Os autores devem especificar, em formulário próprio (modelo 1), a participação na elaboração do manuscrito;

**Idioma:** serão aceitos textos em português, espanhol e inglês;

**Limite de palavras:** o número máximo de palavras é de 3.500, incluindo títulos, resumos e descritores nas três línguas (português, inglês e espanhol) e referências;

**Formatação:** papel A4 (210 x 297 mm), margens de 2,5 cm em cada um dos lados, letra Times New Roman com corpo 12, espaçamento duplo e redigido em Word;

**Resumo e descritores:** o resumo deverá conter de 100 a 150 palavras, identificando objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, sequencialmente na primeira página, incluindo títulos e descritores nos respectivos

idiomas. Os descritores, separados por vírgulas, devem ser em número de três a cinco, sendo aceitos somente os vocábulos incluídos na lista de “Descritores em Ciências da Saúde – DeCS-Lilacs”, elaborada pela Bireme (acessível em <http://decs.bvs.br>), ou no Medical Subject Heading – MeSH (acessível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh)). Para ensaio clínico, apresentar o número do registro ao final do resumo;

**Ilustrações:** as ilustrações incluem tabelas, figuras e fotos, inseridas no texto, numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem de apresentação. A numeração sequencial é separada para tabelas, figuras e fotos. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estar após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos;

**Limitações do estudo:** posicionados no final da discussão.

**Referências:** as referências estão limitadas a 25, apresentadas no formato Vancouver Style ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). É preciso identificar as referências no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 3-8); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1, 4, 12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, liste os seis primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula. As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independentemente do número de linhas, e identificadas entre aspas, indicando autor e página(s) (ex.: 1:20-21);

**Agradecimentos e Financiamento:** posicionados no fim do texto;

**Aspectos éticos:** manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão, deverão vir acompanhados, no sistema on-line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou da declaração de respeito às normas internacionais;

**Transferência de direitos autorais:** os artigos devem ser encaminhados com as autorizações on-line de transferência de direitos à revista (modelo 2).

Os autores devem declarar se há conflito de interesse.



PELA VALORIZAÇÃO DO  
**#ContatoReal**



**Coren**  
Conselho Regional de Enfermagem



**Cofen**  
Conselho Federal de Enfermagem

O profissional de Enfermagem, além de conhecimento e experiência, precisa ter empatia e total atenção. E isso só acontece quando há contato real entre o profissional e o paciente. Para a gente, nada é mais valioso do que saber que a saúde está sendo, de fato, bem cuidada.

 [www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)

 [/eucurtoaenfermagem](https://www.facebook.com/eucurtoaenfermagem)