



# Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 11, NÚMERO 1, 2020

submissão online

# CORPO DIRETOR 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.



**Isabel Cristina Kowal Olm Cunha**

*Editora Chefe*

Graduada, Licenciada e Habilitada em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Faculdade Adventista de Enfermagem (1975/1976). Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1991), Doutora em Saúde Pública (1999), Livre Docência em Administração Aplicada à Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2011). Professora Associada Livre Docente Aposentada do Departamento de Administração de Serviços de Saúde e Enfermagem, e Orientadora do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e Vice-Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG. Foi Editora da Revista Paulista de Enfermagem e da Revista Brasileira de Enfermagem e é parecerista em diversos periódicos nacionais e internacionais. Membro da Câmara Técnica de Atenção à Saúde do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Atuou como professora, coordenadora e diretora de cursos em faculdades particulares e foi Pró-Reitora de Administração (2015-2017) na UNIFESP. Tem experiência na área de Enfermagem Hospitalar, Gerência de Serviços de Saúde e Educação.



**Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto**

*Editor Associado*

Graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA (1996), Especialização em Administração de Serviços de Saúde pela UNAERP (1997), Especialização em Enfermagem Obstétrica pela UVA (1997), Especialização em Educação Profissional em Saúde: Enfermagem-FIOCRUZ (2002), Título de Especialista em Saúde Coletiva pela Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn (2003), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (2007). Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem/Universidade Federal de São Paulo. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado em Saúde da Família pela RENASF/UVA/FIOCRUZ e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG) da UNIFESP e do Observatório de Pesquisas para o SUS da UVA. Membro da Red de Enfermería Comunitaria e Atención Primaria de la Salud (APS) de las Americas e da ABRASCO. Pesquisador com publicações em revistas nacionais e internacionais.



**Carlos Leonardo Figueiredo Cunha**

*Editor Associado*

Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Maranhão (2003). Especialização em Saúde da Família, Formação Pedagógica e Planejamento, Programação e Políticas de Saúde. Mestrado em Saúde Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (2010). Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - IESC/UFRJ (2016). Consultor Ad Hoc da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA). Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), na área de Gestão em Serviços de Saúde. Professor Permanente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará (UFPA)



**Luciano Garcia Lourenção**

*Editor Associado*

Enfermeiro, graduado pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP (2002). Possui Mestrado (2006) e Doutorado (2009) em Ciências da Saúde pela FAMERP; experiência no ensino de graduação e pós-graduação em diferentes cursos, especialmente Enfermagem e Medicina, em disciplinas da área de epidemiologia e saúde pública; experiência em gestão de cursos de graduação e pós-graduação Lato Sensu e gestão de Serviço Municipal de Vigilância Epidemiológica, em município de grande porte do interior paulista. Atualmente, é Professor Titular-Livre na Escola de Enfermagem e Orientador no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (EEnf/FURG); e Orientador de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FAMERP. Atua como Avaliador do Basis (Banco de Avaliadores) do INEP/MEC desde 2011. Realiza pesquisas na área de epidemiologia e saúde pública, com foco na saúde do trabalhador.



**José Luis Guedes dos Santos**

*Editor Associado*

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2007), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2010) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2014), com período sanduiche na Kent State University College of Nursing (EUA). É Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES da UFSC. É Coordenador de Divulgação e Visibilidade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro associado da Mixed Methods International Research Association (MMIRA) e Board Member do Forum for Shared Governance. Realiza pesquisas na área de Gestão e Gerenciamento em Enfermagem e Saúde.



**Neyson Pinheiro Freire**

*Editor de Comunicação e Publicação*

Possui MBA em Gestão Pública pela Uniderp. Graduação em Tecnologia em Gestão Pública pela Universidade Anhanguera. Jornalista (Registro 0011083/DF). Mestrando em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Membro da Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu do Cofen. Membro da Comissão Editorial da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Cofen). Gestor dos Contratos de Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu (Cofen/CAPES/UnB). Membro do Grupo de Trabalho da Pesquisa Perfil de Competências Gerenciais de Enfermeiros. Gestor do contrato da Pesquisa Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (Cofen/UnB). Membro do Grupo de Trabalho da Campanha Nursing Now Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Profissão, Trabalho e Saúde (Fiocruz). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Enfermagem - GEPAG (Unifesp). Editor de Comunicação e Divulgação Científica da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Atualmente é Coordenador da Assessoria de Comunicação do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Escreve, publica e pesquisa sobre boas práticas de comunicação, políticas públicas, gestão pública, governança, competências e mídias digitais.

06

**EDITORIAL****A COVID-19 E OS DESAFIOS PARA O SISTEMA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Luciano Garcia Lourenção

08

**Artigo 1 - Nota Técnica****NOTA TÉCNICA Nº01/2020: ORIENTAÇÕES SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)**

Sistema Cofen/Conselhos Regionais em Foco

10

**Artigo 2 - Original****BOAS PRÁTICAS NA MANUTENÇÃO DO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO**

Jeanine Geraldin Estequi, Camila Eugenia Roseira, Josélia Batista de Jesus, Rosely Moralez de Figueiredo

15

**Artigo 3 - Original****COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DO CONTEXTO HOSPITALAR**

Gabriela Varela Ferracioli, Rosana Rosseto de Oliveira, Verusca Soares de Souza, Elen Ferraz Teston, Patricia Louise Rodrigues Varela, Maria Antonia Ramos Costa

21

**Artigo 4 - Original****BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DESENVOLVENDO O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

Marisa Gomes dos Santos, Tatiana Gaffuri da Silva, Alexsandra Martins da Silva, Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Katia Cilene Godinho Bertencello

27

**Artigo 5 - Original****REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE O CUIDADO AO FILHO COM CÂNCER**

Eliane dos Santos Bomfim, Bruno Gonçalves de Oliveira, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

32

**Artigo 6 - Original****USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS EM RECÉM-NASCIDOS: PERCEPÇÃO DOS PAIS**

Gabriela Ribes Couto, Ruth Imgard Bärtschi Gabatz, Jéssica Cardoso Vaz, Taniely da Costa Bório, Daniela Dutra Farias, Viviane Marten Milbrath

38

**Artigo 7 - Original****FATORES INTERVENIENTES NO CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA, SOB A ÓTICA DE FAMILIARES**

Saionara Leal Ferreira, Islene Victor Barbosa, Cecília Freitas de Araújo Mota, Solange Gurgel Alexandre, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, Rita Mônica Borges Studart

44

**Artigo 8 - Original****CONHECIMENTO DAS MULHERES E DOS HOMENS REFERENTE AO CLIMATÉRIO E A MENOPAUSA**

Laiany Lais de Alcântara, Leila Cristine do Nascimento, Vânia Aparecida da Costa Oliveira

50

**Artigo 9 - Original****OCORRÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SÍNDROME DE TERMINALIDADE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Antonia Rios Almeida, Rosimere Ferreira Santana, Dayana Medeiros do Amaral Medeiros do Amaral Medeiros do Amaral, Daniel Espirito Santo da Silva

57

**Artigo 10 - Original****REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ESQUECIMENTO E DEPRESSÃO POR PESSOAS IDOSAS: ABORDAGEM PROCESSUAL**

Cristina Arreguy-Sena, Amanda Maisa Gava Marangon, Antônio Marcos Tosoli Gomes, Laércio Deleon de Melo, Renata Martins, Fabiula Lisboa da Silveira Fontes

63

**Artigo 11 - Original****PERFIL DE MULHERES ACOLHIDAS EM LEITOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

Natália Menezes Ferraz Leão, Gabriella de Andrade Boska, Júlia Carolina de Mattos Cerioni Silva, Heloisa Garcia Claro, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Mônica Silvia Rodrigues de Oliveira

69

**Artigo 12 - Original****ORIENTAÇÕES PARA PUÉRPERAS SOBRE CUIDADOS NEONATAIS NO ALOJAMENTO CONJUNTO EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL**

Maria Caroline Rogerio, Luana da Silva, Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

75

**Artigo 13 - Original****SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO**

Geicilane Sousa silva, Larrise Sousa Santos, Ana Carine Goersch Silva, Isakelly Oliveira Ramos, Isabela Melo Bonfim, Rita Monica Borges Studart

81

**Artigo 14 - Original****REDE DE SUPORTE SOCIAL E TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA IDOSOS COM DEFICIÊNCIA**

Juliana Balbinot Reis Girondi, Rosa Line Bittencourt, Darla Lusia Ropelato Fernandez, Jordelina Schier, Francisco Reis Tristão, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

87

**Artigo 15 - Original****DESAFIOS PARA ENFERMEIROS E FISIOTERAPEUTAS ASSISTIREM MULHERES IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Andrelise Viana Rosa Tomasi, Sílvia Maria Azevedo dos Santos, Gesilani Júlia da Silva Honório, Melissa Orlandi Honório Locks

93

**Artigo 16 - Original**  
**GESTÃO DO CUIDADO À MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIAS PARA EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Ana Paula Lopes da Rosa, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Silvana dos Santos Zanotelli

99

**Artigo 17 - Original**  
**TRANSTORNO MENTAL COMUM EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Roberta Magda Martins Moreira, Eliany Nazaré Oliveira, Roberlândia Evangelista Lopes, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Paulo César de Almeida, Heliandra Linhares Aragão

106

**Artigo 18 - Original**  
**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE DOMICILIAR**

Fernanda Bernardo dos Santos, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

114

**Artigo 19 - Original**  
**"HORÁRIO DO SONINHO": UMA ESTRATÉGIA PARA REDUZIR OS NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Adriana Duarte Rocha, Patricia Miranda Sá, Danielle Bonotto Cabral Reis, Ana Carolina Carioca Costa

118

**Artigo 20 - Original**  
**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA "AVALIAÇÃO DA COMPREENSÃO DO PACIENTE SOBRE ORIENTAÇÕES DE ALTA"**

Rednaj Jaure Bacury Souza Mota, Ana Claudia Giesbrecht Puggina

126

**Artigo 21 - Original**  
**CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA DE MACEIÓ-AL**

Aryanna Vanessa Gomes Timóteo, John Victor dos Santos Silva, Larissa Karolline Gonçalves Gomes, Ahyas Sydcley Santos Alves, Vivian Mayara da Silva Barbosa, Thyara Maia Brandão

131

**Artigo 22 - Original**  
**NÍVEIS DE ESTRESSE ENTRE ENFERMEIROS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM HOSPITAIS ESTADUAIS NO ESPÍRITO SANTO**

Luciene Gonçalves da Costa Zorzal

136

**Artigo 23 - Original**  
**PASSOS E DESCOMPASSOS NO PROCESSO DE CUIDADO AOS PORTADORES DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Lucila de Sousa Olímpio de Melo, Eliany Nazaré Oliveira, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Lorena Saraiva Viana, Flávio Araújo Prado, João Breno Cavalcante Costa

142

**Artigo 24 - Original**  
**PERFIL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO ONCOLOGISTA: RETRATO DE SERGIPE**

Simone Yuriko Kameo, Larissa Raquel Costa Rocha, Moniery da Silva Santos

147

**Artigo 25 - Original**  
**PERCEPÇÕES DE PACIENTES ADULTOS SOBRE A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Danielle Oliveira Maciel, Karina De Oliveira Freitas, Bruna Roberta Paixão dos Santos, Rafael Santana Costa Torres, Danielle Saraiva Tuma dos Reis, Esleane Vilela Vasconcelos

153

**Artigo 26 - Original**  
**AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO EM PUÉRPERAS**

Maressa Lo Bianco Souza, Thiago Pereira Santos, Odelle Mourão Alves, Franciele Marabotti Costa Leite, Eliane de Fatima Almeida Lima, Cândida Caniçali Primo

158

**Artigo 27 - Original**  
**VIVÊNCIA DE PRAZER E SOFRIMENTO NA EQUIPE TÉCNICA EM ENFERMAGEM DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**

Rafael Mondego Fontenele, Célia Maria Santos Rezende, Hariane Freitas Rocha Almeida, Ana Patricia Fonseca Coelho Galvão, Aline Sharlon Maciel Batista Ramos, Cristina Maria Douat Loyola

164

**Artigo 28 - Revisão Integrativa**  
**OS DETERMINANTES SOCIAIS DO SOFRIMENTO MENTAL INFANTIL**

Joyce Soares e Silva, Hillda Dandara Carvalho Santos Leite, Márcia Astrês Fernandes, Lidya Tolstenko Nogueira, Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino, Silvana Santiago da Rocha

170

**Artigo 29 - Revisão Integrativa**  
**O CUIDAR DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Joyce Soares e Silva, Hellany Karolliny Pinho Ribeiro, Márcia Astrês Fernandes, Daniel de Macêdo Rocha

176

**Artigo 30 - Revisão Integrativa**  
**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES A PARTIR DA LITERATURA**

Antonia Tainá Bezerra Castro, Sibeles Pontes Rocha

182

**ERRATA**

# A COVID-19 E OS DESAFIOS PARA O SISTEMA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



## Luciano Garcia Lourenção

Professor Titular-Livre – Universidade Federal do Rio Grande

Editor Associado – Revista Enfermagem em Foco

ORCID - <https://orcid.org/0000-0002-1240-4702>

Nas últimas décadas acompanhamos o aparecimento de novos e importantes problemas de saúde, oriundos das mudanças socioeconômicas, tecnológicas, ambientais e demográficas, que causaram alterações no perfil das populações. Nesse contexto, enquanto a transição demográfica nos impõe a necessidade de estruturar o sistema de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, inerentes ao processo de envelhecimento, o contexto epidemiológico faz com que doenças transmissíveis persistam entre as dez principais causas de morte no mundo<sup>1</sup>.

As alterações no perfil de morbidade e mortalidade causadas pela associação entre a transição demográfica e a epidemiológica exigem, além de uma competente e arrojada Rede de Atenção à Saúde (RAS), o emprego de tecnologias que atendam as demandas populacionais, nos diferentes níveis de atendimento. No entanto, incoerências entre as necessidades de saúde de uma população e a forma como as respostas político-organizacionais são estruturadas podem ocasionar grandes crises nos sistemas de atenção à saúde<sup>2</sup>, aumentando as demandas por serviços especializados de elevado custo e de maior densidade tecnológica.

O subfinanciamento e a ineficiência na gestão são desafios que assombram a capacidade de respostas às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela assistência direta à saúde de mais de 80% dos brasileiros. Além da má gestão dos recursos, a situação política e econômica que se instalou no Brasil, nos últimos anos, levou a maiores cortes de financiamento, sobretudo no Setor Saúde, e ao aumento do desemprego e da informalidade, que favorece a expansão da linha da pobreza, levando ao aumento de agravos e doenças, sobrecarregando os serviços de saúde e agravando ainda mais a problemática do acesso e da resolubilidade do sistema público de saúde<sup>3-4</sup>.

Não obstante, nos últimos anos nos deparamos com o recrudescimento de doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, como a Dengue, Influenza A (H1N1), Zika,

Febre Chikungunya e, mais recentemente, a COVID-19, com potencial para colapsar os sistemas de saúde, em caso de epidemias, pois encontram grande número de pessoas suscetíveis, a ausência de medidas profiláticas efetivas, vacinas eficazes e/ou tratamentos específicos.

A preocupação mais recente é a COVID-19, uma síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que teve origem na cidade chinesa de Wuhan, no final de 2019, e rapidamente se disseminou por países de todo o mundo, sendo declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), em 30 de janeiro de 2020. No Brasil, foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em 3 de fevereiro de 2020 e, no dia 26, o país confirmou o primeiro caso da doença, o que agravou a preocupação das autoridades sobre seus impactos na saúde dos brasileiros e suas consequências políticas, sociais, econômicas e sanitárias<sup>1,5-6</sup>.

Entre as muitas dúvidas sobre a doença, há a preocupação com a capacidade de atendimento dos serviços de saúde, dada a estimativa de que 20% das pessoas acometidas pela doença necessitem de assistência médico-hospitalar e cerca de 5% precisem de cuidados intensivos de alta complexidade<sup>7</sup>.

Na linha de frente de toda essa possível demanda de atendimento aos pacientes contaminados pelo novo coronavírus estão os profissionais da saúde, em especial, os trabalhadores de Enfermagem, que somam mais de 2,3 milhões, em todo o país. A depender da dimensão que esta pandemia tomará no Brasil, milhares de profissionais poderão se contaminar ou até mesmo morrer, em decorrência do trabalho.

Na iminência de um colapso do sistema de saúde, além do risco de morte, os profissionais de enfermagem sofrerão estresse intenso e o conseqüente risco do adoecimento mental, situação que exige atenção especial dos gestores e órgão de classe. Nesse contexto o COFEN, juntamente com os Conselhos Regionais de Enfermagem, está atento, monitorando as condições de trabalho dos profissionais e exigindo condições adequadas e seguras, com fornecimento de Equipamentos de Proteção de Individual, dimensionamento adequado dos trabalhadores e afastamento daqueles que se encontram nos grupos de risco.

No mundo inteiro, a COVID-19 tem desafiado governos, pesquisadores, profissionais da saúde e gestores a encontrar

estratégias de preservação da vida. Sem perspectiva da aprovação de uma vacina para conter a disseminação do vírus ou de um medicamento eficaz e seguro para tratar a doença, a melhor estratégia é retardar sua transmissão, evitando a sobrecarga dos serviços de saúde.

Epidemiologicamente, podemos dizer que a taxa de disseminação da infecção por SARS-COV-2 dependerá do tempo de duração da infecção - estimado em 14 dias, em média -, do número de pessoas para as quais um paciente pode transmitir a doença, das chances de cada oportunidade se concretizar em transmissão e da susceptibilidade da população à doença<sup>8</sup>.

Considerando que nossa capacidade de mudar o tempo de duração da infecção é quase nula e que o número de pessoas suscetíveis, enquanto não houver vacina, depende

do contato com a doença, é imprescindível que reforcemos as medidas preventivas, como lavagem das mãos, uso de máscaras e do álcool em gel, e evitemos o máximo possível os contatos sociais não essenciais. Dessa forma, contribuiremos para prolongar o tempo de propagação da doença, evitando sobrecarga dos serviços de saúde e preservando vidas.

Enquanto isso, compete aos pesquisadores buscar uma vacina e medicamentos eficazes contra a doença, que possam ajudar a preservar vidas e reduzir impactos sociais, econômicos e sanitários desta grave epidemia.

E aos gestores, cabe a responsabilidade de estruturar os serviços de saúde, para receber os doentes, e garantir condições de trabalho para que os profissionais da saúde, entre eles, os profissionais de Enfermagem, prestem cuidados de qualidade e com segurança, contribuindo para salvar vidas!

**Descritores:** Infecções por coronavírus; Doenças transmissíveis; Enfermagem; Sistemas de Saúde.

**COVID-19 AND THE CHALLENGES FOR THE SYSTEM AND HEALTH PROFESSIONALS**

**Descriptors:** Coronavirus Infections; Communicable Diseases; Nursing; Health Systems.

**COVID-19 Y LOS DESAFÍOS PARA EL SISTEMA Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

**Descritores:** Infecciones por coronavirus; Enfermedades transmisibles; Enfermería; Sistemas de Salud.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Ending the epidemics of high impact communicable diseases. 2018 [cited 2020 Feb 28]. Available from: [www.who.int/news-room/commentaries/detail/ending-the-epidemics-of-high-impact-communicable-diseases](http://www.who.int/news-room/commentaries/detail/ending-the-epidemics-of-high-impact-communicable-diseases).
2. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 28]; 27(1):e00100018. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100018>.
3. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 28]; 42:e180. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
4. Sales OP, Vieira AFB, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RKA. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. Humanidades & Inovação. [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 28]; 6(17):54-65. Available from: <https://revista.unifins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1045>.
5. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Feb 28]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 fev 4 [cited 2020 Feb 28]; Seção 1:1. Available from: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.
7. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 13]; 395(10229):1054-1062. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
8. Kucharski A. The Rules of Contagion: why things spread and why they stop. Basic Books: New York; 2020.

## SISTEMA COFEN/CONSELHOS REGIONAIS EM FOCO

# NOTA TÉCNICA Nº 01/2020

## ORIENTAÇÕES SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

*Cofen publica, em 14/2/2020, Nota Técnica sobre o novo coronavírus para orientar os profissionais de Enfermagem antes do primeiro caso no país*

Considerando o papel do Conselho Federal de Enfermagem, sua responsabilidade com os profissionais de Enfermagem do país e as questões do atual cenário epidemiológico, desenhado pelo novo coronavírus (COVID-19), vem por meio desta **NOTA TÉCNICA** manifestar-se.

O coronavírus causa infecções respiratórias em seres humanos e em animais. Geralmente, são doenças respiratórias leves e moderadas, semelhantes a um resfriado comum. Já o novo coronavírus, é uma nova cepa do vírus (COVID-19), que foi notificada em humanos pela primeira vez na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China. E, no início de janeiro, a COVID-19 foi identificada como vírus causador pelas autoridades chinesas.

Em 30 de janeiro de 2020, após reunião com especialistas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em razão da disseminação do COVID-19.

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da infecção humana pelo COVID-19, por meio da Portaria MS nº 188/2020. O país, bem como outros estados membros da OMS, está monitorando o surgimento de casos, comportamento da doença e as orientações quanto às medidas para sua minimização e propagação.

Até o momento, o que há disponível sobre a COVID-19 ainda é limitado. O modo exato de transmissão e os possíveis reservatórios não foram confirmados. A história natural desta doença está sendo construída, bem como as evidências epidemiológicas e clínicas ainda estão sendo descritas. Vale enfatizar, portanto, que as medidas adotadas devem ser proporcionais e restritas aos riscos vigentes, visto que não há vacina ou medicamento específico disponível para o novo coronavírus, para o qual o tratamento é de suporte e inespecífico.

Os sinais e sintomas clínicos da COVID-19 são, principalmente, respiratórios, semelhantes a um resfriado. Pode, também, causar infecção do trato respiratório inferior, como as pneumonias graves resultando em mortes. Sua letalidade, porém, é inferior quando comparada a de outros agentes causadores de doenças respiratórias agudas.

Destaca-se a relevância da Enfermagem na detecção e

avaliação dos casos suspeitos, não apenas em razão de sua capacidade técnica, mas também por constituírem-se no maior número de profissionais da área da saúde e serem a única categoria profissional que está nas 24 horas junto ao paciente.

A pluralidade da formação do enfermeiro e sua posição de liderança na equipe, coloca o profissional de enfermagem como protagonista para evitar a transmissão sustentada no território nacional.

Assim, ressalta-se para a equipe de Enfermagem a importância da constante atualização do conhecimento, utilizando-se de fontes oficiais, garantindo a produção, a inserção ou divulgação de informação verídicas e confiáveis de acordo com o disposto na atual legislação profissional, principalmente no que tange às redes sociais, nas quais as notícias espalham-se rapidamente, sem qualquer cuidado com sua veracidade e autoria.

Ainda não está claro com que facilidade a COVID-19 se espalha de pessoa para pessoa. Todavia, sua transmissão costuma ocorrer pelo ar ou por contato pessoal com secreções contaminadas como gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, contato pessoal próximo como toque, aperto de mão, contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

O vírus pode ficar incubado por duas semanas, período em que os primeiros sintomas levam para aparecer desde a infecção. O profissional de enfermagem, ao detectar casos suspeitos, deve realizar de imediato a notificação, visando colaborar com as medidas de vigilância e controle epidemiológico. Para tanto, é necessário o conhecimento das definições estabelecidas pelo Ministério da Saúde atualmente:

### Caso suspeito de infecção humana pela COVID-19

**Situação 1:** Febre **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros) **E** histórico de viagem para área com transmissão local, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; **OU**

**Situação 2:** Febre **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros) **E** histórico de contato próximo de caso suspeito para o

coronavírus (COVID-19), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; **OU**

**Situação 3:** Febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros) **E** contato próximo de caso confirmado laboratorialmente para COVID-19, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

Além disso, considera-se que medidas preventivas devem ser intensificadas para que no inverno brasileiro a população possa estar menos suscetível ao vírus, considerando que neste período as pessoas tendem a ficar mais tempo em ambientes fechados, o que aumenta o risco de transmissão.

É imprescindível que os profissionais de Enfermagem se vacinem contra a gripe, bem como estimulem a participação da sociedade nas campanhas de vacinação, pois, neste caso, especificamente a vacinação contra a gripe para os grupos prioritários, contribuirá no descarte de casos suspeitos, uma vez que os sintomas das duas doenças são parecidos, e também para que os serviços de saúde não fiquem sobrecarregados de pessoas com sintomas respiratórios.

Sendo assim, o **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM** recomenda aos profissionais:

- Realizar higiene das mãos antes e depois do contato com pacientes ou material suspeito, e antes de colocar e remover os Equipamentos Proteção Individual (EPIs);
- Evitar exposições desnecessárias entre pacientes, profissionais de saúde e visitantes dos serviços de saúde;
- Estimular a adesão às demais medidas de controle de infecção institucionais e dos órgãos governamentais

(Anvisa, Secretarias e Ministério da Saúde);

- Apoiar e orientar medidas de prevenção e controle para a COVID-19;
- Reforçar a importância da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos para infecção humana pela COVID-19;
- Manter-se atualizado a respeito dos níveis de alerta para poder intervir no controle e prevenção deste agravo;
- Estimular a Equipe de Enfermagem a manter-se atualizada sobre o cenário global e nacional da infecção humana pela COVID-19;
- Orientar e apoiar o uso, remoção e descarte de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os profissionais da equipe de enfermagem de acordo com o protocolo de manejo clínico para a infecção humana pela COVID-19, conforme recomendação da Anvisa.

## CONCLUSÃO

No Brasil, até esta data, não há casos confirmados de infecção pelo COVID-19. No entanto, é fundamental nos manter atentos e preparados para o atendimento adequado no país.

O Conselho Federal de Enfermagem reconhece a relevância de cada profissional de saúde envolvido no controle do novo coronavírus (COVID-19), e reitera seu especial agradecimento aos profissionais de Enfermagem que, incansavelmente, atuam para assegurar a saúde a toda população brasileira.

Ainda, ressalta-se a necessidade das instituições de saúde garantirem, tanto a estrutura quanto os equipamentos, os materiais necessários para o manejo de casos, garantindo aos profissionais de enfermagem uma atuação segura e livre de riscos à sociedade, conforme estabelece o Código de Ética.

## REFERÊNCIAS

1. <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus#transmissao>
2. <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/NotaTecnicaCoronavirus.pdf>
3. <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>
4. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/BE-COE-Coronavirus-n020702.pdf>
5. <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab-598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
6. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus-FINAL.pdf>

# BOAS PRÁTICAS NA MANUTENÇÃO DO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO

Jeanine Geraldin Estequi<sup>1</sup>

Camila Eugenia Roseira<sup>1</sup>

Josélia Batista de Jesus<sup>1</sup>

Rosely Moralez de Figueiredo<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3594-2546>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9114-6579>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1975-4059>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0131-4314>

**Objetivo:** avaliar a conformidade das práticas de manutenção do cateter intravenoso periférico, no âmbito hospitalar, pela equipe de enfermagem.

**Método:** estudo descritivo-exploratório, prospectivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido no município de São Carlos – São Paulo, onde foi observado, utilizando-se instrumento norteador, as ações relativas ao manuseio do cateter intravenoso periférico, no período de dezembro de 2017 à março de 2018. Todos os aspectos éticos foram contemplados. **Resultados:** foram observados 435 cateteres. A identificação estava correta em 350 (80,5%) dos acessos venosos e a fixação apresentou aspecto inadequado em 79 (18,2%) casos. Verificou-se presença de rubor em 5 (1,2%), edema/ infiltração em 2 (0,4%) e sangue no conector duas vias em 167 (38,4%) dos cateteres observados. **Conclusão:** as práticas de manutenção do cateter intravenoso periférico apresentaram não conformidades, entre elas o uso de coberturas de material não estéril e a ausência da rubrica do profissional de enfermagem.

**Descritores:** Cateterismo Periférico; Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente.

## GOOD PRACTICES IN MAINTENANCE OF THE PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER

**Objective:** to evaluate the conformity of the practices management of the peripheral intravenous catheter, in the hospital setting, by the nursing staffs.

**Method:** a descriptive-exploratory, prospective, quantitative study, developed in the city of São Carlos, São Paulo, Brazil, where the actions related to the management of the peripheral intravenous catheter were observed using a guiding instrument from December 2017 to March 2018. All ethical aspects have been contemplated. **Results:** 435 catheters were observed. The identification was correct in 350 (80.5%) of the venous accesses and the fixation presented an inadequate appearance in 79 (18.2%) cases. There was presence of redness in 5 (1.2%), edema / infiltration in 2 (0.4%) and blood in the two-way connector in 167 (38.4%) of the catheters observed. **Conclusion:** the practices of management of the peripheral intravenous catheter presented nonconformities, between them the use of fixation of non-sterile material and the absence of the signature of the nursing professional

**Descriptors:** Catheterization Peripheral; Nursing Care; Patient Safety.

## BUENAS PRÁCTICAS EN EL MANTENIMIENTO DEL CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO

**Objetivo:** evaluar la conformidad de las prácticas de manejo del catéter intravenoso periférico, en ámbito hospitalario, por el equipo de enfermería.

**Método:** estudio descriptivo-exploratorio, prospectivo, de abordaje cuantitativo, desarrollado en el municipio de São Carlos - São Paulo, donde fue observado, utilizando instrumento orientador, las acciones relativas al manejo del catéter intravenoso periférico, en el periodo de diciembre de 2017 a marzo de 2018. Todos los aspectos éticos fueron contemplados. **Resultados:** se observaron 435 catéteres. La identificación era correcta en 350 (80,5%) de los accesos venosos y la fijación presentó aspecto inadecuado en 79 (18,2%) casos. Se observó presencia de rubor en 5 (1,2%), edema/ infiltración en 2 (0,4%) y sangre en el conector dos vias en 167 (38,4%) de los catéteres observados. **Conclusión:** las prácticas de manejo del catéter intravenoso periférico presentaron no conformidades, entre ellas el uso de fijación de material no estéril y la ausencia de la rúbrica del profesional de enfermería

**Descritores:** Cateterismo Periférico; Atención de Enfermería; Seguridad del Paciente.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Carlos

Autor Correspondente: Jeanine Geraldin Estequi Email: [je.geraldin@gmail.com](mailto:je.geraldin@gmail.com)

Recebido: 16/04/2019

Aceito: 12/06/2019

## INTRODUÇÃO

O cateter intravenoso periférico é um recurso frequentemente utilizado para a assistência dos pacientes internados, uma vez que a maioria destes requer terapia intravenosa.<sup>(1,2)</sup> É o dispositivo invasivo mais empregado, e, quando manuseado de forma inadequada, pode acarretar o desenvolvimento de complicações como flebite, obstrução, infiltração, lesão mecânica e remoção acidental.<sup>(1)</sup>

O desenvolvimento de tais complicações está relacionado a fatores muitas vezes preveníveis, sendo estas utilizadas como indicadores de qualidade na assistência de enfermagem.<sup>(3)</sup>

Como exemplo de complicações, cita-se a infecção relacionada ao uso do cateter intravenoso periférico, sendo as práticas de higienização das mãos, a seleção do cateter periférico com base no objetivo pretendido (duração da terapia, viscosidade do fluido, componentes do fluido e condições de acesso venoso), a preparação da pele, a estabilização do cateter e a monitorização da cobertura/curativo, necessárias para minimizar tais riscos.<sup>(4)</sup>

Considerando que a equipe de enfermagem é responsável pela inserção e manutenção do acesso intravenoso periférico, é premente que esta as realize com atuais tecnologias e práticas de cuidado recomendadas a fim de prevenir e/ou reduzir as iatrogenias relacionadas ao uso desse dispositivo. O conhecimento técnico-científico da equipe de enfermagem sobre a terapia intravenosa é fundamental para qualificar o cuidado prestado.<sup>(5)</sup>

Partindo disto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a conformidade das práticas de manutenção do cateter intravenoso periférico, no âmbito hospitalar, pela equipe de enfermagem, contextualizando as evidências encontradas com a literatura atual.

## MÉTODO

O presente estudo seguiu as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Parecer nº 22.325.019), válido para o Hospital Universitário integrante desta pesquisa, quanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do segundo hospital participante (Parecer nº 2.422.417).

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um município do interior paulista, em duas instituições hospitalares. Para garantir o anonimato, as instituições foram representadas pelas letras "A" e "B", onde "A" corresponde a um hospital de grande porte e "B" um hospital de pequeno porte. Na instituição "A", a coleta de dados ocorreu em três setores, representados pelos números "1", "2" e "3". Já na instituição "B" a coleta de dados se deu em um único setor, representado pelo número "4".

Para cálculo amostral foi realizada uma avaliação prévia nas unidades de estudo, onde foi observado que mais de 50% dos pacientes internados, por dia, possuíam cateteres intravenosos periféricos. Em posse desse número e utilizando o software OpenEpi®,<sup>6</sup> para avaliação do cálculo amostral, obteve-se que a amostra deveria ser constituída por 371 cateteres a serem observados.

Participaram do estudo todos os pacientes presentes no local, e no período de coleta de dados os que estivessem utilizando cateter intravenoso periférico, desde que maiores de idade, lúcidos ou acompanhados por responsável, e que concordassem em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para coleta de dados, foi elaborado pelas autoras um instrumento norteador, com base nas recomendações sobre boas práticas na manutenção do cateter intravenoso periférico e na prevenção de infecção associada ao uso do mesmo, disponíveis na literatura.<sup>(5,4,7)</sup> Este instrumento foi composto pelos seguintes tópicos: tipo de cateter; calibre do cateter; cateter salinizado ou em infusão; local da punção venosa; presença de exsudato; presença de rubor; presença de edema/infiltração; presença de obstrução do acesso venoso; sangue visível no sistema de infusão; tipo de cobertura/fixação; tipo de conector; identificação do acesso venoso; validade do acesso venoso; condições da cobertura/fixação.

Os dados foram coletados três vezes por semana no período de dezembro de 2017 a março de 2018, por meio da observação direta, sendo a amostra constituída por cateter/dia, ou seja, todos os cateteres presentes no dia da observação foram computados. Os resultados quantitativos foram duplamente digitados em banco de dados e analisados por estatística descritiva.

## RESULTADOS

Foram observados 435 cateteres, sendo 401 (92,2%) da instituição "A" e 34 (7,8%) da instituição "B". O cateter flexível foi encontrado em 100% das observações com calibres, variando do nº 18 ao nº 24, sendo o calibre nº 20 mais frequente (55,9%), seguido do calibre nº 22 (19,5%). Não foi possível observar o calibre em 23 casos, devido tanto ao tipo de cobertura opaca (esparadrapo ou micropore), quanto a falta de informação escrita na própria cobertura.

Quanto ao local de punção venosa, destaca-se o antebraço esquerdo (23,8%), seguido pelo braço direito (18,0%) e braço esquerdo (16,5%). Os locais menos frequentes foram o dorso da mão direita (10,3%) e a esquerda (13,5%).

Acerca das coberturas/fixações, 292 (67,1%) eram do tipo estéril e transparente, 141 (32,4%) eram constituídas de material não estéril e opaco como esparadrapo ou fita micropore, e, em dois (0,5%) casos, utilizou-se atadura crepe. Ressalta-se que o

número elevado de coberturas não estéreis se deu pela falta temporária deste material na “Instituição A” e a inexistência do mesmo na “Instituição B”. A rubrica do profissional responsável estava presente em 350 (80,5%) das coberturas avaliada, enquanto a data da inserção foi registrada em 415 (95,4%) dos casos. Com base nessas informações, foi possível realizar a contagem dos dias para verificar o tempo de permanência do cateter (tabela 1).

O aspecto das coberturas/fixações, quanto à sua preservação, também foi verificado (tabela 1). A adequação se mostrou presente em 356 casos, ademais, 22 coberturas estavam sujas, 19 estavam úmidas, 12 estavam soltas e 8 estavam com a integridade comprometida. Outras 18 coberturas apresentaram mais de um aspecto de comprometimento.

**Tabela 1.** Características das coberturas/fixações quanto ao tipo, aspectos e informações presentes. São Carlos – SP, 2017/2018.

Características da cobertura/fixação	N	%
<b>Tipo de cobertura/fixação</b>		
Estérel	292	67,1
Não-estérel	141	32,4
Atadura de crepe	2	0,5
<b>Rubrica</b>		
Presente	350	80,5
Ausente	85	19,5
<b>Data da punção</b>		
Ausente	20	4,6
< 72 horas	367	84,4
72 – 96 horas	44	10,1
> 96 horas	4	0,9
<b>Aspecto da cobertura/fixação</b>		
Adequada	356	81,8
Solta	12	2,8
Suja	22	5,1
Úmida	19	4,4
Integridade comprometida	8	1,8
Mais de um aspecto inadequado	18	4,1

N = 435 = Número de coberturas/fixação dos cateteres observados.

Em relação as possíveis complicações locais, foi observado a presença de exsudato, rubor, edema ou infiltração, obstrução do sistema e presença de sangue retido no sistema (tabela 2).

Em 143 (32,9%) casos essa visualização não foi possível devido ao tipo de cobertura/fixação da punção intravenosa. A obstrução do sistema de infusão não pôde ser averiguada em 154 (35,4%) cateteres devido ao sistema estar salinizado

durante a observação. Já em dois casos não foi possível observar se havia sangue no sistema de infusão, devido ao uso de faixas de atadura crepe.

**Tabela 2.** Presença de complicações locais relacionadas aos cateteres intravenosos periféricos. São Carlos – SP, 2017/2018.

Característica de complicações locais	N	%
<b>Exsudato</b>		
Presente	0	0,0
Ausente	292	67,1
Não visível	143	32,9
<b>Rubor</b>		
Presente	5	1,2
Ausente	287	65,9
Não visível	143	32,9
<b>Edema/Infiltração</b>		
Presente	2	0,4
Ausente	290	66,7
Não visível	143	32,9
<b>Obstrução do sistema</b>		
Presente	0	0
Ausente	281	64,6
Não visível	154	35,4
<b>Presença de sangue no sistema</b>		
Presente	167	38,4
Ausente	266	61,2
Não visível	2	0,4

N = 435 = Número de cateteres observados.

O tipo de extensor multivias para conexão do dispositivo intravenoso ao sistema de infusão estava presente em todos os cateteres.

## DISCUSSÃO

No ambiente hospitalar a inserção de cateteres intravenosos periféricos é amplamente realizada, devido, principalmente, à terapia medicamentosa. A literatura aponta que 58,7% a 86,7% dos pacientes internados para tratamento possui um cateter venoso inserido.<sup>(2,8,9)</sup>

Recomenda-se o uso de cateteres flexíveis pois, este proporciona melhor adaptação à anatomia da rede venosa, gerando menor risco de flebite e outras complicações locais por lesão mecânica no sítio de inserção.<sup>(4)</sup> A agulha de aço é recomendada apenas para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamentos em dose única. Com isso, a escolha frequente de cateteres flexíveis encontrada no estudo aponta para o cumprimento das recomendações preconizadas.<sup>(4)</sup>

Ficou claro no estudo a prevalência do cateter calibre nº 20 (55,9%) e como sítio de inserção o antebraço esquerdo (23,8%). Estudos semelhantes apontam que o cateter de calibre nº 20 é amplamente utilizado na prática de enfermagem, sendo a principal escolha no momento da punção.<sup>(5,10)</sup> Contudo, há divergências em relação ao sítio de inserção, enquanto alguns estudos fortalecem a predominância da inserção do cateter em membro superior esquerdo, em região do antebraço<sup>(10,11)</sup> outros apontam o dorso da mão como local mais prevalente.<sup>(12,13)</sup>

Segundo recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),<sup>(4)</sup> há obrigatoriedade nas coberturas estéreis para cateteres periféricos, o que se justifica a partir da maior facilidade de contaminação de coberturas não-estéreis por microrganismos, favorecendo a formação de biofilme e elevando o risco de infecção.<sup>(13,14)</sup> No presente estudo foi observado o uso de coberturas estéreis em 292 (67,1%) cateteres e coberturas não estéreis em 141 (32,4%). O uso de esparadrapo e fita microporosa (material não-estéril) como cobertura de dispositivo é apontado também na literatura.<sup>(9)</sup>

Foi observado que 79 (18,1%) coberturas estavam inadequadas quanto à sua integridade. A literatura aponta 15 que esse fato é atribuído principalmente por não haver proteção do membro puncionado durante o banho, facilitando o surgimento de umidade e sujidade. A integridade das coberturas é um fator de proteção de infecção local. Preconiza-se que haja troca imediata quando houver suspeita de contaminação e sempre que a mesma esteja úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida.<sup>(4,16)</sup>

A identificação do acesso intravenoso, com a rubrica do profissional responsável, estava em conformidade em 80,5% das observações, assemelhando-se a estudo realizado em um hospital localizado no interior do estado de São Paulo que apresentou como resultado a identificação correta em 79,2% dos acessos intravenosos.<sup>(17)</sup>

Com relação ao tempo de permanência do cateter, houve um mínimo de até 24 horas e máximo de 96 horas ou mais, observando-se que a grande maioria permaneceu por tempo igual ou menor a 72 horas (84,4%). Foram encontrados estudos que apontam tempo de permanência do cateter em média de até 48 horas,<sup>(5,7,11,18)</sup> em contrapartida, estudos com tempo de permanência predominantemente maior do que 72 horas.<sup>(9,19)</sup> Esta diferença pode justificar-se a partir de dados encontrados em outros trabalhos que sugerem que a troca não seja programada, mas sim, clinicamente indicada, por ser segura, proporcionar conforto ao paciente e reduzir custos à instituição.<sup>(4,20,21)</sup> Para tanto, recomenda-se que a instituição siga as boas práticas, tais como: avaliação rotineira das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso,

duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade e tipo de cobertura e estabilização do dispositivo.

Ainda, o tempo de permanência encontrado neste estudo pode estar relacionado ao tipo de cobertura, já que, quando a estéril e transparente não é utilizada, o local da punção intravenosa não fica visível, impossibilitando ao profissional verificar a presença de adversidades no sítio, dificultando as recomendações de troca.

A cobertura opaca, também limitou o estudo durante as observações das complicações associadas ao cateter. As complicações mais frequentes são flebite e infiltração,<sup>(1,10)</sup> que têm grande relação com a técnica utilizada durante a punção venosa, manutenção do acesso, local de escolha para a punção, tempo de permanência do cateter, tempo de internação, condição da cobertura, medicação administrada, e fatores de risco como idade e presença de doença crônicas.<sup>(7,15)</sup> Cabe lembrar que as complicações encontradas neste estudo – rubor (1,2%), edema/infiltração (0,4%), presença de sangue no sistema de infusão (38,4%) – são em sua maioria preveníveis.<sup>(4)</sup>

No que diz respeito ao tipo de infusão, a literatura aponta que é um fator que exerce influência para o desenvolvimento de adversidades. Devido à constante manipulação do dispositivo, e ao fluxo contínuo de substâncias, as infusões do tipo contínua e intermitente foram as mais associadas com a ocorrência de complicações.<sup>(9,22)</sup>

### Limitações do estudo

Devido à escassez de coberturas de material transparente e estéril nas instituições, a observação da amostra foi prejudica, o que pode ter interferido na identificação de possíveis complicações relacionadas à inadequada manutenção do cateter intravenoso periférico.

### Contribuições para a prática

Reforça-se a necessidade de auditorias contínuas para a avaliação da adesão aos protocolos de boas práticas na manutenção do cateter intravenoso periférico e a equipe de enfermagem atentar-se para o surgimento precoce de complicações, promovendo os cuidados adequados durante inserção e manutenção do dispositivo intravenoso.

### CONCLUSÃO

Apesar das recomendações existentes, ambas as instituições apresentaram fragilidades na implementação da utilização das coberturas estéreis. A carência de recursos materiais dificultou o processo de boas práticas, impossibilitando a adesão integral do padrão recomendado pela ANVISA. Além disso, a presença de rubor, edema/

infiltração, sangue no sistema de infusão, uso de coberturas não estéreis e o preenchimento inadequado de informações referentes à inserção do cateter intravenoso periférico, contribuíram para um cenário de não conformidade na manutenção do dispositivo.

**Contribuição dos Autores:** Jeanine Geraldin Estequi: concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados,

análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante; Rosely Moralez de Figueiredo: concepção e desenho da pesquisa, redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final; Josélia B. de Jesus e Camila Eugenia Roseira: revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante.

## REFERÊNCIAS

1. Infusion Nurses Society (US). Infusion nursing standards of practice. *J Infus Nurs*. [internet]. 2016 [citado em 8 de set. 2017]; 34(1S). Disponível em: <http://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>
2. New KA, Webster J, Marsh NM, Hewer B. Intravascular device use, management, documentation and complications: a point prevalence survey. *Aust Health Rev*. [internet]. 2014 Mai [citado em 5 mar. 2018]; 29(38(3)):345-9. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/AH/AH13111>
3. Batista OMA, Coelho SNOA, Oliveira GM, Madeira MZA, Vieira CPB, Santos AMR. Risk factors for local complications of peripheral intravenous therapy factors. *Rev Enferm UFPI* [internet]. 2014 Jul-Sep [citado em 20 out. 2017]; 3(3):88-93 Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1540/pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: 2ª Ed. 2017. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+--+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fcc-f9220c373>
5. Danski MTR, Johann DA, Vayego AS, Oliveira GRL, Lind J. Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm*. [internet]. 2016 Fev [citado em 28 set. 2017]; 29(1):84-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0084.pdf>
6. Dean AG, Sullivan KM.; Soe MM. Open Epi: Open source epidemiologic statistics for public health, version. 2015.
7. Inocêncio JS, Ferreira RAS, Araújo DC, Pinheiro FGM, Vaez AC. Flebite em acesso intravenoso periférico. *Arq Ciênc Saúde* [internet]. 2017 Jan-Mar [citado em 6 out. 2017]; 24(1) 105-109. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/403/283>
8. Fernández Ruiz M, Carretero A, Díaz D, Fuentes C, González JI, García Reyne A, et al. Hospital-wide survey of the adequacy in the number of vascular catheters and catheter lumens. *J Hosp Med*. [internet]. 2014 Jan [citado em 12 jan. 2018]; 9(1):35-41. Disponível em: <https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/128125/vascular-catheter-and-lumen-adequacy>
9. Pérez-Granda M, Guembe M, Rincón C, Muñoz P, Bouza E. A prevalence survey of intravascular catheter use in a general hospital. *J Vasc Access* [internet]. 2014 Nov/Dec [citado em 14 jan. 2018]; 15(6):524-8. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.5301/jva.5000272?rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org%3AjournalCode=jvaa](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.5301/jva.5000272?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org%3AjournalCode=jvaa)
10. Enes SMS, Opitz SP, Faro ARMC, Pereira MLG. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital da Amazônia Ocidental Brasileira. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2016 Mar [citado em 07 fev. 2018]; 50(2):263-271. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n2/pt\\_0080-6234-reusp-50-02-0263.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n2/pt_0080-6234-reusp-50-02-0263.pdf)
11. Danski MTR, Oliveira GLR, Johann DA, Pedrolo E, Vayego AS. Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. *Acta Paul Enferm*. [internet]. 2015 Mai [citado em 09 fev. 2018]; 28(6):517-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0517.pdf>
12. Braga LM, Parreira PM, Oliveira ASS, Mônico LSM, Arreguy-Sena C, Henriques MA. Flebite e infiltração: traumas vasculares associados ao cateter venoso periférico. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2018 [citado em 15 fev. 2018]; 26:e3002. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3002.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3002.pdf)
13. Göransson KE, Johansson E. Prehospital peripheral venous catheters: a prospective study of patient complications. *J Vasc Access* [internet]. 2012 Jun [citado em 02 mar. 2018]; 13(1):16-21. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.5301/JVA.2011.8418>
14. Wallis MC, McGrail M, Webster J, Marsh N, Gowardman J, Playford EG, et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infect Control Hosp Epidemiol* [internet]. 2014 Jan [citado em 08 mar. 2018]; 35:63-8. 28. Disponível em: [https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/61124/91756\\_1.pdf](https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/61124/91756_1.pdf)
15. Infusion Nurses Society (US). Infusion therapy standards of practice. *J Infus Nurs*. [internet]. 2016 Jan/Fev [citado em 20 abr. 2018]; 39(suppl1):S1-S159. Disponível em: <http://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>
16. Rós ACR, Oliveira DR, Debon R, Scaratti M. Terapia intravenosa em idosos hospitalizados: avaliação de cuidados. *Cogitare Enferm*. [internet]. 2017 [citado em 01 mai. 2018]; (22)2: e49989. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49989/pdf>
17. Timsit JF, Bouadma L, Ruckly S, Schwebel C, Garrouste-Orgeas M, Bronchard R, et al. Dressing disruption is a major risk for catheter-related infections. *Crit Care Med*. [internet]. 2012 [citado em 17 jun. 2018]; 2018;40:1707-14. Disponível em: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2012/06000/Dressing\\_disruption\\_is\\_a\\_major\\_risk\\_factor\\_for.3.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2012/06000/Dressing_disruption_is_a_major_risk_factor_for.3.aspx)
18. Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Pádua RX, Vituri DW, Rossaneis MA, et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. *Semin: Ciências Biológicas e da Saúde* [internet]. 2013 Jun/Dez [citado em 20 jun. 2018]; 34(2). Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/viewFile/13913/13920>
19. Véliz E, Vergara T, Fica A. Evaluación de las condiciones de manejo de cateteres vasculares periféricos en pacientes adultos. *Rev Chilena Infectol*. [internet]. 2014 Jan [citado em 04 jul 2018]; 31 (6): 666-669. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v31n6/art04.pdf>
20. Johann DA., Danski MTR, Vayego AS, Barbosa DA, Lind J. Fatores de risco para complicações no cateter venoso periférico em adultos: análise secundária de ensaio clínico randomizado. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2016 [citado em 10 ago. 2018]; 24:e2833. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02833.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02833.pdf)
21. Webster J, McGrail M, Marsh N, Wallis MC, Ray-Barruel G, Rickard CM. Postinfusion phlebitis: incidence and risk factors. *Nurs Res Pract*. [internet]. 2015 [citado em 16 ago. 2018]; 691934. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2015/691934/>
22. Khezri HD, Zeydi AE, Mahmoodi G. How long can peripheral venous catheter remain in situ? A short literature review. *J Health Spec*. [internet]. 2014 [citado em 28 ago. 2018]; 2(1):37-8. Disponível em: <http://www.thejhs.org/downloadpdf.asp?issn=2468-6360;year=2014;volume=2;issue=1;spage=37;epage=38;aulast=Khezri;-type=2>

# COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DO CONTEXTO HOSPITALAR

Gabriela Varela Ferracioli<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1155-2794>

Rosana Rosseto de Oliveira<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3373-1654>

Verusca Soares de Souza<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3305-6812>

Elen Ferraz Teston<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1252-9708>

Patrícia Louise Rodrigues Varela<sup>3</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7470-3361>

Maria Antonia Ramos Costa<sup>3</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6906-5396>

**Objetivo:** Descrever a percepção de enfermeiros acerca das competências gerenciais no contexto hospitalar. **Método:** Estudo descritivo realizado em um hospital no noroeste do Paraná, Brasil, com dados coletados junto a 25 enfermeiros. Utilizou-se instrumento composto por questões de caracterização sociodemográfica e voltadas à percepção acerca da importância das competências gerenciais na prática do enfermeiro, sendo elas liderança, comunicação, tomada de decisão, planejamento e organização. As respostas foram dispostas em escala do tipo Likert, em que, quanto maior o escore, mais indispensável era considerada a competência. Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva. **Resultados:** 76% dos participantes eram do sexo feminino, com idade média de 35 anos. O domínio da liderança obteve escore de 44,84 (DP±0,8), comunicação de 14,52 (DP±1,32), tomada de decisão de 16,12 (DP±3,2) e o planejamento e organização de 17,24 (DP±1,56). Todos os domínios obtiveram pontuação próxima ao escore máximo. **Conclusão:** Os enfermeiros percebem como são indispensáveis as competências gerenciais determinadas para a formação, em sua prática profissional no contexto hospitalar.

**Descritores:** Enfermagem; Competência Profissional; Organização e Administração; Hospital.

## MANAGEMENT COMPETENCIES IN THE PERSPECTIVE OF NURSES IN THE HOSPITAL CONTEXT.

**Objective:** To describe the perception of nurses about managerial competencies in the hospital context. **Method:** A descriptive study performed in a hospital in the northwest of Paraná, Brazil, with data collected from 25 nurses. It was used an instrument composed of questions of sociodemographic characterization and focused on the perception about the importance of managerial competences in nurses' practice, being they leadership, communication, decision making and planning and organization. The answers were arranged in a Likert scale, in which the higher the score, the more indispensable the competence was considered. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** 76% of the participants were female, with a mean age of 35 years. The leadership domain obtained a score of 44.84 (SD ± 0.8), communication of 14.52 (SD ± 1.32), decision making of 16.12 (SD ± 3.2) and planning and organization of 17.24 (SD ± 1.56). All domains scored near the maximum score. **Conclusion:** Nurses perceive as indispensable the managerial competences determined for the training, in their professional practice in the hospital context.

**Descriptors:** Nursing; Professional Competence; Organization and Administration; Hospital.

## COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DO CONTEXTO HOSPITALAR

**Objetivos:** Describir la percepción de enfermeros acerca de las competencias gerenciales en el contexto hospitalario. **Método:** Estudio descriptivo realizado en un hospital en el noroeste de Paraná, Brasil, con datos recogidos junto a 25 enfermeros. Se utilizó instrumento compuesto por cuestiones de caracterización sociodemográfica y orientadas a la percepción acerca de la importancia de las competencias gerenciales en la práctica del enfermero, ya sean liderazgo, comunicación, toma de decisiones y planificación y organización. Las respuestas fueron dispuestas a escala del tipo Likert, en que, cuanto mayor el puntaje más indispensable era considerada la competencia. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva. **Resultados:** 76% de los participantes eran del sexo femenino, con edad media de 35 años. El dominio de liderazgo obtuvo una puntuación de 44,84 (DP ± 0,8), comunicación de 14,52 (DP ± 1,32), toma de decisión de 16,12 (DP ± 3,2) y la planificación y organización de 17,24 (DP ± 1,56). Todos los dominios obtuvieron una puntuación cercana a la puntuación máxima. **Conclusión:** Los enfermeros perciben como indispensables las competencias gerenciales determinadas para la formación, en su práctica profesional en el contexto hospitalario.

**Descritores:** Enfermería; Competencia Profesional; Organización y Administración; Hospital.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá, Paraná.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Paraná.

Autor correspondente: Gabriela Varela Ferracioli - E-mail: gaby\_vf92@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Em decorrência das mudanças técnico - científicas e o aumento das exigências dos usuários, as instituições e serviços de saúde se deparam com a necessidade de desenvolver estratégias que as ajudem na sobrevivência organizacional<sup>(1)</sup>. Para tanto, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que ocupam por vezes o papel de líderes de equipe, devem seguir padrões de qualidade, com o desenvolvimento de competências gerenciais<sup>(2)</sup>, visto que o mercado de trabalho exige profissionais polivalentes e com habilidades sociais.

As competências gerenciais são compreendidas como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam o alto desempenho, na medida em que há pressupostos de que as melhores *performances* estão fundamentadas na inteligência e personalidade das pessoas<sup>(3)</sup>. Reconhecendo a importância de tais competências, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do enfermeiro incluem competências gerais para a formação deste profissional. Destas competências, cinco podem ser consideradas gerenciais, a saber: a tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente<sup>(2)</sup>. A competência de atenção à saúde pode ser compreendida como finalidade indireta do trabalho gerencial na enfermagem. Entretanto, não é desenvolvida diretamente como foco do trabalho na gerência<sup>(4)</sup>.

Vale salientar que, as competências para os profissionais de enfermagem, no bojo gerencial, têm potencial para subsidiar sistematicamente a formação crítico-reflexivo, extrapolando a dimensão técnica do trabalho e, assim, alicerçar a capacidade do profissional impactar o mercado e provocar melhorias sociais e na situação de saúde local, a médio e longo prazo<sup>(5)</sup>.

Destaca-se que nos serviços de saúde o enfermeiro tem papel fundamental na gestão da assistência à saúde e neste aspecto, espera-se deste profissional conhecimento, habilidades e atitudes adequadas para desempenhar as suas funções gerenciais com eficácia. Sabe-se que, em especial os enfermeiros gerentes que atuam na área hospitalar, desenvolvem múltiplas tarefas com alto grau de exigência o que pode interferir na qualidade do cuidado, a depender da forma como está organizado o seu trabalho e dos conhecimentos e práticas de liderança adotadas<sup>(1)</sup>.

Na prática, a Enfermagem assume papel de destaque nos serviços hospitalares, pois representa o maior percentual do quadro de pessoal, exigindo dos enfermeiros uma maior capacidade adaptativa e a aquisição de novas competências que dêem conta de responder à demanda dos cuidados a saúde do indivíduo hospitalizado<sup>(5)</sup>. Desta forma, tendo em vista as exigências das constantes transformações e os avanços nos cenários da saúde, questiona-se: Como os enfermeiros percebem a prática gerencial e as competências gerenciais no cotidiano laboral da área hospitalar? E para responder a

esta questão, este trabalho teve como objetivo descrever a percepção de enfermeiros acerca das competências gerenciais no contexto hospitalar.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de enfoque quantitativo.

### Participantes da pesquisa

Foram convidados a participar do estudo 31 enfermeiros que exerciam cargo de supervisão há pelo menos seis meses. Por sua vez, foram excluídos aqueles profissionais que estavam de licença ou férias durante o período da coleta de dados e aqueles que não responderam ao questionário após três tentativas de abordagem.

### Local do estudo

Realizado em um hospital de grande porte filantrópico, de direito privado no noroeste do Paraná, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde e convênios, bem como, conta com setores de internação clínica, cirúrgica, pronto-socorro, Unidades de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neonatal, centro cirúrgico e serviços ambulatoriais.

### Coleta dos dados com explicitação dos instrumentos e procedimentos

Os dados foram coletados de janeiro a fevereiro de 2018, por meio de questionário adaptado de Soares<sup>6</sup>. Explicita-se que as adaptações foram relacionadas a não utilização de todas as questões que compunham o questionário, sendo utilizadas somente as questões das dimensões objeto deste estudo, isto é, questões relacionadas especificamente à percepção dos enfermeiros acerca das competências gerenciais. Um questionário com intuito de caracterizar sociodemograficamente os participantes também foi aplicado, contendo questões relacionadas à idade, formação, tempo de atuação no serviço, escolaridade e estado civil.

Na questão para avaliação da **competência liderança**, foi solicitada a pontuação para itens como "ação com elevado padrão ético", "incentivo ao desenvolvimento das pessoas", "tomada de providências diante de problemas", "identificação e valorização da contribuição profissional de todos", "redirecionamento dos colaboradores mostrando opções de desenvolvimento", "definição e explicitação do perfil do profissional almejado na equipe de trabalho". No tocante a **competência comunicação**, havia itens como o "uso de linguagem clara, convincente", "uso adequado dos meios de comunicação disponíveis", "incentivo do desenvolvimento contínuo na habilidade de se expressar em público no ambiente institucional".

A **tomada de decisão** foi outra competência avaliada por meio dos itens: “percepção da abrangência do processo de tomada de decisões e avaliação dos riscos envolvidos na obtenção de resultados desejados junto à equipe”, “escolha da melhor decisão voltada para a satisfação de necessidades da clientela”, “escolha da melhor decisão voltada para a satisfação de necessidades da instituição”, “avaliação das situações apoiando-se no amplo conhecimento técnico, científico e humano no processo de escolha de alternativas para decisão”.

E por último, foi avaliada a **competência de planejamento e organização** por meio dos itens: “estabelecimento de política, modelo e método assistencial”, “desenvolvimento de projetos voltados para a relação custo/benefício frente às necessidades do serviço”, “promoção de ambiente de trabalho saudável e seguro com cumprimento estrito das normas de biossegurança”, “avaliação das situações apoiando-se no amplo conhecimento técnico, científico e humano no processo de escolha de alternativas do serviço”. Nesta pesquisa, apesar de compreender a importância da competência de educação permanente para o alcance de resultados satisfatórios nos serviços, optou-se por não avaliar esta competência com a população em estudo, devido a características próprias da mesma, a qual apresenta um contexto assistencial em que há ausência de educação permanente como parte do serviço de saúde.

**Procedimentos de análise dos dados quantitativos**

As respostas para cada item estavam distribuídas em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 - dispensável; 2 - indiferente; 3 - indeciso; 4 - desejável; 5 - indispensável), em que, quanto maior o escore mais indispensável era considerada a competência, e, quanto menor o escore menos era considerada dispensável pelos participantes<sup>(6)</sup>.

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica e após, foram submetidos à análise descritiva com cálculo da média por competência gerencial e comparação desta com a pontuação máxima que poderia ser atingida pelo número de questões de cada competência (liderança= 45; comunicação=1 5; planejamento e organização= 18 e tomada de decisão= 18). Para fins de análise e interpretação, conjugaram-se as respostas de pontuação 1 e 2 e as respostas de pontuação 4 e 5, resultando, portanto em: 1 - dispensável/indiferente; 2 - indeciso e 3 - desejável/indispensável. Baseado nesta conjugação, cada média obtida foi classificada como bom, regular e ruim. Nenhum item de todas as competências avaliadas ficou sem resposta. As análises foram realizadas utilizando o *software* SSPS, versão 20.1.

**Procedimentos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Norte do Paraná - UNOPAR, com o número do

parecer: 2.503.132/2018 e todos os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**RESULTADOS**

Do total de 31 profissionais, apenas 25 enfermeiros participaram da pesquisa, sendo que a maior parte (19;61,3%) era do sexo feminino, apresentavam média de idade de 35 anos (mínimo de 24 e máximo de 53 anos) e renda média mensal de 3,6 salários mínimos. O tempo médio no cargo atual foi de 6,8 anos (mínimo de 2,5 e máximo de 22 anos), e 12 (48%) deles possuíam especialização, sendo que apenas um era na área da gestão.

A análise das questões por domínio, segundo o escore, é possível observar que a competência gerencial liderança apresentou a maior pontuação. Vale destacar que para todas as competências, nenhum dos enfermeiros entrevistados assinalou a opção de indecisão (Quadro 1).

**Quadro 1** - Questões com maior escore por competência gerencial. Paraná-2018.

Competência gerencial	Escore máximo	Classificação
<b>Liderança</b>		
Tomar providências diante de problemas, obstáculos, conflitos e adversidades por meio de decisões assertivas em busca de soluções eficazes.	45	Desejável/ Indispensável
Identificar e valorizar a contribuição profissional de todos, incentivando a participação nas decisões.		
Liderar pelo exemplo. Ter credibilidade e respeito da equipe sendo referência em comportamento, atitudes e conhecimento para os demais.		
<b>Comunicação</b>		
Disseminar informações sem ruídos de comunicação	15	Desejável/ Indispensável
Usar linguagem clara, convincente. Objetiva, adequada, sem distorção.		
<b>Tomada de decisão</b>		
Escolher a melhor decisão voltada para a satisfação de necessidades da clientela.	18	Desejável/ Indispensável
<b>Planejamento e organização</b>		
Estabelecer política, modelo e método assistencial, por meio da SAE.	18	Desejável/ Indispensável

Por sua vez, a distribuição das médias das competências e a respectiva classificação, também mostrou a maior média para a competência liderança, seguida por planejamento e organização, e a menor média para comunicação (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição das médias, desvio padrão, mínimo e máximo das competências gerenciais identificadas pelos enfermeiros. Paraná, 2018.

Competências	Med.	DP	Min.	Máx.	Classificação
Liderança	44,84	0,8	41	45	Desejável
Comunicação	14,52	1,32	9	15	Desejável
Planejamento e organização	17,24	1,56	13	18	Desejável
Tomada de Decisão	16,12	3,2	12	18	Desejável

## DISCUSSÃO

Entre as competências abordadas, a liderança foi apontada como a mais indispensável na visão dos enfermeiros. Tal dado aponta para o fato destes profissionais compreenderem a maior exigência do mercado de trabalho por enfermeiros com comportamento de líder que cause impactos nos resultados assistenciais<sup>(7)</sup>. Nesta perspectiva, volta-se à busca de uma liderança significativa para o alcance das metas organizacionais e coletivas do trabalho organizado. O enfermeiro, líder da equipe de enfermagem, deve trabalhar suas capacidades de forma a desenvolver as habilidades necessárias relacionadas com essa competência, notadamente, no desempenhar do processo de comunicação e no desenvolvimento de um clima de apoio propício ao exercício da liderança<sup>(1)</sup>.

A prática da liderança em enfermagem é peculiar à organização do trabalho em saúde, reflete na interação das equipes na busca de resultados advindos das ações e intervenções relacionadas ao cuidar num processo simultâneo de superação das somatórias dos esforços individuais por meio do trabalho coletivo construído e retroalimentado pelas interações do cotidiano do trabalho. No entanto, para que o processo de trabalho gerencial tenha resolutividade, o enfermeiro como gerente e líder têm um papel de articulador e condutor de motivação da equipe.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar a frequência das práticas de liderança executadas por enfermeiros gerentes de instituições hospitalares obteve que a implementação das práticas de liderança acontece com frequência moderada, com destaque à promoção do trabalho em equipe e a criação de clima de segurança. A frequência moderada indica a necessidade de melhoria e a incorporação de ferramentas e estratégias para uma liderança eficaz<sup>(1)</sup>.

Diante do exercício do profissional enfermeiro, percebe-

se e destaca-se o valor da liderança, uma vez que, através dela que este profissional pode garantir uma boa gerência e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Esse fato pode estar relacionado ao motivo dos enfermeiros pesquisados terem pontuado o primeiro item da competência liderança, como o mais indispensável, pois ele aponta para práticas de elevado padrão ético, a necessidade de inspirar confiança, respeito e credibilidade por parte dos gerentes, pares e colaboradores.

Para que o exercício da liderança seja possível, a comunicação se torna imprescindível, já que permite ao enfermeiro se aproximar de sua equipe e dos demais profissionais com o objetivo de compreender as atividades executadas, aperfeiçoar o processo de trabalho, compartilhar ideias e criar interdependências para o desenvolvimento do trabalho através da equipe<sup>(8)</sup>.

Neste contexto, a comunicação foi a segunda competência mais pontuada como indispensável, quando se trata de articulação e condutividade motivacional. Para o gerenciamento de qualquer organização, o processo comunicativo é fator essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficiente e eficaz. Para os profissionais participantes, a comunicação deve usar linguagem clara, convincente, objetiva, adequada e sem distorção, situação esta que fazia parte da avaliação do item três do questionário, considerado indispensável. Portanto, tal competência deve estar presente no dia-a-dia do profissional enfermeiro, a fim de proporcionar informação e compreensão necessárias à condução das tarefas, e acima de tudo, para que ocorra a motivação, cooperação e satisfação nos cargos<sup>(8)</sup>.

Destaca-se ainda que, mudanças positivas são provocadas no comportamento individual e podem ocorrer, contribuindo para uma satisfação profissional, quando a comunicação é eficiente. Isso porque a comunicação constitui elemento básico do relacionamento interpessoal, e possibilita ao profissional lidar com diversas situações do convívio com os pacientes. Entretanto, cabe destacar que os enfermeiros desempenham sua ação comunicativa em um conjunto de história e cultura que determinam características de uma força de trabalho, o que pode ser potencializado e estimulado. Desse modo, eles dão sentido às vicissitudes de seu trabalho enquanto líderes da equipe de enfermagem<sup>(9)</sup>.

O planejamento e organização também foram considerados indispensáveis para os enfermeiros participantes. Na enfermagem, mais especificamente na 'administração da assistência de enfermagem', o planejamento é uma competência, sobretudo importante para um processo adequado, que bem realizado resulta uma série de vantagens que recompensam o tempo e energia nele despendidos. Torna-se evidente que o processo de planejar é

quando definimos e decidimos o que fazer antes da execução. A atuação do enfermeiro quando dirigida pela improvisação e pela falta de sistematização não conseguirá condições de eficiência e eficácia<sup>(10)</sup>.

Sabe-se que na Enfermagem, para os enfermeiros realizarem a assistência, a gerência e a educação continuada, necessita-se do planejamento, um dos pontos de partida para o desenvolvimento de suas ações<sup>(10)</sup>. Baseando-se nesta afirmativa, os profissionais apontaram que é indispensável que promovam um ambiente de trabalho saudável e seguro com cumprimento estrito das normas de biossegurança.

Cumprir destacar que a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem atribui privativamente ao enfermeiro, entre outras atividades, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem<sup>11</sup>, o que reforça a importância do planejamento e, por consequência, todas as competências gerenciais, como necessárias ao trabalho na enfermagem.

O planejamento é um processo de racionalização de meios e recursos humanos e físicos, ou seja, atribuições que exigem o uso da racionalidade na previsão das condições para executar com eficiência o planejado, tomando decisões sobre como utilizar esses recursos e meios<sup>(10)</sup>. O que direciona para a última competência gerencial analisada, a tomada de decisão, ação intrínseca a todas as atividades de enfermagem.

Os enfermeiros que exercem o gerenciamento de serviços, inclusive os hospitalares, utilizam a maior parte do exercício laboral no processo de análise de situações e informações com intuito de permitir a tomada de decisão informada. Ser assertivo confere ao enfermeiro o título de profissional bem sucedido, e adota um modelo de tomada de decisão que diminui a chance de escolher soluções tendenciosas e ineficazes. Nessa perspectiva, a utilização de instrumentos e ferramentas como a auditoria em enfermagem, pode permitir a análise do problema de forma sistematizada<sup>12</sup>, o que pode reduzir a margem de erro e tornar o profissional mais seguro no enfrentamento de novas situações.

Não obstante, no âmbito hospitalar, é necessário que os enfermeiros estejam diretamente relacionados à utilização de ferramentas administrativas e gerenciais que estimulam e valorizam a interação e participação da equipe no processo de tomada de decisões<sup>13</sup>. Portanto, decidir significa ir além do momento de escolha, e sim, visa alcançar um resultado desejado, o que reforça a necessidade da utilização de ferramentas e instrumentos com o intuito de qualificar a assistência<sup>14</sup>.

Sabe-se que a graduação em enfermagem tem como objetivo formar profissionais generalistas, mas os avanços técnico-científicos enfrentados todos os dias na área da saúde, juntamente com as informações adquiridas pelo

usuário, exigem melhoria da qualidade assistencial recebida e consequentemente uma educação permanente deste profissional para responder às necessidades de saúde da população<sup>(15)</sup>. Identificou-se neste estudo que menos da metade dos enfermeiros fizeram uma especialização e apenas um exerce a função em sua área de atuação escolhida. Tal situação pode causar falhas no desenvolvimento de suas funções, pois o avanço tecnológico e dos serviços de saúde devem ser acompanhados por meio de um processo de educação permanente.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de políticas institucionais de incentivo à educação permanente destes profissionais, em especial que considerem as necessidades oriundas da prática e que possibilitem o desenvolvimento permanente das competências gerenciais.

Estudo realizado junto a enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica após a obtenção do título reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses revela que a certificação não resultou em mudança na carreira profissional e aponta para uma estagnação no percurso profissional de enfermagem<sup>(16)</sup>. Desta forma, conjectura-se que as mudanças no mercado de trabalho, que por vezes não reconhece os esforços de desenvolvimento pessoal, resultaram na pouca procura no aprimoramento na área de atuação atual, identificada no estudo.

### Limitações do estudo

O presente estudo apresenta como limitação ter sido realizado com enfermeiros de apenas um serviço hospitalar que recebe os profissionais geralmente egressos da mesma instituição. Nesse sentido, a formação pode influenciar na percepção destes profissionais. Assim, para pesquisas futuras, sugere-se ampliar o estudo para outras instituições e acrescentar questões subjetivas a fim de conhecer como estes profissionais reconhecem essas competências em sua atuação cotidiana.

### Contribuições para a prática

Os resultados reforçam a importância do desenvolvimento das competências gerenciais como habilidades facilitadoras ao processo articulador do enfermeiro supervisor no seu cotidiano laboral. Nessa perspectiva, contribui para direcionar e fundamentar processos de educação permanente em saúde para o desenvolvimento das habilidades necessárias à liderança, tomada de decisão, comunicação, planejamento e organização.

### CONCLUSÃO

Na perspectiva de enfermeiros que atuam no contexto hospitalar, as competências gerenciais liderança, tomada de

decisão, comunicação e planejamento e organização são indispensáveis à sua atuação. No entanto, apesar de não ser o objetivo direto deste estudo, foi possível observar que embora os profissionais reconheçam as competências gerenciais como indispensáveis, as mesmas não são necessariamente implementadas com efetividade no cotidiano de trabalho. Desse modo, programas institucionais de educação são indispensáveis para avaliar, promover momentos de capacitação e desenvolvimento dessas competências.

**Contribuição dos Autores:** Gabriela Varela - desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada; Maria Antonia

Ramos Costa - concepção do projeto, interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada; Rosana Rosseto de Oliveira - análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada; Verusca Soares de Souza - análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada; Elen Ferraz Teston - análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada; Patricia Louise Rodrigues Varela - análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

- Silva VLS, Camelo SHH, Soares MI, Resck ZMR, Chaves LDP, Santos FC et al. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 22];51:e03206. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100407](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100407)
- Ministério da Educação (BR). Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. [Internet] 2001 [cited 2018 May 18]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>
- Rosin J, Tres DP, Santos RP, Peres RR, Oliveira JLC. Skills management development in nursing: experience between residents. *Rev Gestão & Saúde* [Internet] 2016 [cited 2019 May 26];7(1):231-46. Available from: [file:///D:/Usuario/Downloads/DialnetDesenvolvimentoDeCompetenciasGerenciaisNaEnfermage-5555857%20\(2\).pdf](file:///D:/Usuario/Downloads/DialnetDesenvolvimentoDeCompetenciasGerenciaisNaEnfermage-5555857%20(2).pdf)
- Nascimento CROS, Torquato DS, Alves SS, Oliveira TS, Góis RMO. Gestão da qualidade nos serviços de enfermagem no ambiente hospitalar: Uma revisão integrativa de literatura. *Ciências Biológicas e de Saúde - UNIT*. [Internet] 2017 [cited 2019 Abr 21];4(2):11-24. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4199/2512>
- Aragão OC, Teófilo JKS, Netto JJM, Soares JSA, Goyanna NF, Cavalcante AES. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Rev Saúde Pública do Paraná*. [Internet] 2016 [cited 2019 May 28];17(2):66-74. Available from: <http://espacosparaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/286>
- Soares JMS. Perfil de Competências de Enfermeiros de uma Instituição Hospitalar da Rede Privada. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-20062011-155254/>
- Balsanelli AP. Liderança em enfermagem: Desafios e possibilidades. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2017 [cited 2019 May 02]; 30(1):III-IV. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307050739001.pdf>
- Treviso P, Peres SC, Silva AD, Santos AA. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Rev. Adm. Saúde* [Internet] 2017 [cited 2019 May 02]; 17(69). Available from: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/77>
- Faria CC, Santos MCM, Luz NC, Pereira LF, Lima RS, Haddad JGV. Como o enfermeiro líder se comunica no hospital: uma análise das práticas discursivas. *Rev Fund Care* Online. [Internet] 2017 [cited 2019 Jul 05];9(1):152-58. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5283/pdf>
- Braga DCD, Selow MLC. A relevância do dimensionamento de pessoal de enfermagem para a qualidade no cuidado do paciente: revisão bibliográfica. *Vitrine Prod. Acad.* [Internet] 2016 [cited 2019 Jul 05]; 4(2):89-103. Available from: <http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/viewFile/209/210>
- Ministério da Saúde (BR). Lei N 7.498/86, de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Cofen, Conselho Federal de Enfermagem. [Internet] 1986 [cited 2018 May 28]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em 15/10/2018.
- Furukawa MAS, Pitanga FSM, Miranda MKV, Souza AC. Auditoria de enfermagem e tomada de decisão no controle da qualidade da assistência. *Rev Interdisciplin Promoç Saúde - RIPS*. [Internet] 2018 [cited 2019 Nov 12];1(3):214-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.17058/rips.v1i3.12790>
- Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR, Terra FS. Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2016 [cited 2019 Oct 15];69(4):631-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000400676-8&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000400676-8&script=sci_arttext&tlng=en)
- Vasconcelos OR, Bohrer CD, Rigo DFH, Marques LGS, Oliveira JLC, Tonini NS et al. Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. *Enferm Foco*. [Internet] 2016 [cited 2019 Apr 23];7(3/4). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/944>
- Leal CBM, Porto AO, Barbosa CB, Fernandes TSS, Pereira ES, Viana TBP. Assistência de Enfermagem ao Público Adolescente na Atenção Primária. *Revista Enfermagem Atual*. [Internet] 2019 [cited 2019 Nov 13];86(24). Available from: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/123>
- Silva RMO, Luz MDA, Fernandes JD, Silva LS, Cordeiro LAO, Mota LSR. Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Rev. Enf. Ref* [Internet] 2018 [citeTBPd 2018 Jun 02];4(16):147-54. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832018000100015](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000100015)

# BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DESENVOLVENDO O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Marisa Gomes dos Santos<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4776-9928>

Tatiana Gaffuri da Silva<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6854-0319>

Alexsandra Martins da Silva<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9147-9990>

Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3806-2288>

Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0484-7458>

Katia Cilene Godinho Bertoncello<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2518-3136>

**Objetivo:** Analisar o significado da prática do histórico de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Estudo qualitativo, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva do sul do Brasil, com nove enfermeiros. A coleta de dados ocorreu por meio de grupo de discussão, tendo como questão disparadora: O que significa a prática do Histórico de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva? Os dados foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** O estudo deu origem a três discursos com as ideias centrais: O histórico de enfermagem representa a qualificação do cuidado e o empoderamento da enfermagem; A informação como ferramenta do cuidado; O instrumento utilizado para o histórico de enfermagem como construção coletiva. **Considerações Finais:** O histórico de enfermagem como boa prática confere à profissão, autonomia, empoderamento e visibilidade. Ademais, qualifica e assegura o cuidado oferecido respaldando o exercício profissional.

**Descritores:** Processo de enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem; Autonomia profissional.

## THE HISTORY OF NURSING AS GOOD PRACTICE IN THE INTENSIVE THERAPY UNIT

**Objective:** To analyze the meaning of nursing practice in an Intensive Care Unit. **Method:** Qualitative study, conducted in an Intensive Care Unit in the south of Brazil, with nine nurses. The data collection took place through a discussion group, having as a triggering question: What does the practice of Nursing History in the Intensive Care Unit? The data were analyzed through the Collective Subject Discourse. **Results:** The study gave rise to three discourses with the central ideas: Nursing history, nursing qualification and empowerment; Information as a care tool; The nursing history as a collective construction. **Final Considerations:** The nursing history as a good practice confers on the profession, autonomy, empowerment and visibility.

**Descriptors:** Nursing Process; Intensive Care Units; Nursing Care; Professional Autonomy.

## EL HISTÓRICO DE ENFERMERÍA COMO BUENA PRÁCTICA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

**Objetivo:** Analizar el significado de la práctica del historial de enfermería en una Unidad de Terapia Intensiva. **Método:** Estudio cualitativo, realizado en una Unidad de Terapia Intensiva del sur de Brasil, con nueve enfermeros. La recolección de datos ocurrió por medio de un grupo de discusión, teniendo como cuestión desencadenadora: Qué significa la práctica del Historial de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva? Los datos fueron analizados por medio del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** El estudio dio origen a tres discursos con las ideas centrales: El histórico de enfermería, la calificación del cuidado y el empoderamiento de la enfermería; La información como herramienta del cuidado; El histórico de enfermería como construcción colectiva. **Consideraciones finales:** El historial de enfermería como buena práctica confiere a la profesión, autonomía, empoderamiento y visibilidad.

**Descritores:** Proceso de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Atención de Enfermería; Autonomía Profesional.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Fronteira Sul

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina

Autor correspondente: Alexsandra Martins da Silva E-mail: alexsandrams.enf@gmail.com

Recebido: 19/05/2019

Aceito: 08/07/2019

## INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE), como instrumento metodológico, guia as ações profissionais da enfermagem e possibilita um cuidado coerente com as necessidades individuais e coletivas de saúde do ser humano. Permite, aos profissionais enfermeiros, avaliação clínica necessária para um cuidar permeado pelo conhecimento científico, ético e humanizado. Organiza e assegura a continuidade das informações acerca do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, favorecendo a evolução da assistência, de acordo com os resultados esperados para a recuperação do paciente<sup>(1-2)</sup>.

Como tecnologia do cuidado, o PE está organizado em cinco etapas inter-relacionadas: Histórico de Enfermagem (HE); Diagnóstico de Enfermagem (DE); Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem<sup>(3-4)</sup>. O HE, como primeira etapa do PE, oferece as informações para o julgamento, planejamento e delimitação das intervenções de enfermagem, subsidiando as etapas subsequentes, viabilizando a tomada de decisão e qualificando a assistência oferecida nos diversos contextos do sistema de saúde<sup>(5)</sup>.

O HE e demais etapas do PE, como boa prática em enfermagem, aprimoram os resultados encontrados, a qualidade e consistência dos cuidados oferecidos, remodelando o atendimento e a prática profissional. A ênfase do PE, apesar de existir há décadas, tem relação com sua subutilização no cotidiano dos serviços como ferramenta e método no desempenho das ações de enfermagem e, em especial, com o interesse crescente dos profissionais enfermeiros em adotarem ações coerentes com as necessidades individuais e coletivas de saúde dos seres humanos, através da criação, implantação e gestão de políticas públicas, organização e humanização do cuidado, redução e controle de riscos e qualificação da atenção prestada a fim de obter melhores resultados e reconhecimento profissional<sup>(6-7)</sup>.

As boas práticas em enfermagem constituem-se pela busca por ações que garantam que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem<sup>(8)</sup>. Neste sentido, o PE reforça o escopo da enfermagem, com resultados positivos no que se refere à redução de danos, menor permanência no ambiente hospitalar, cuidado seguro, prática clínica segura alicerçada no conhecimento científico e resultados que fortalecem a profissão e sua proposta de cuidado integrado, expandido e complexo.

Ao utilizá-lo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI),

ambiente destinado ao cuidado de pessoas em estado crítico de saúde com instabilidade clínica e risco de morte, o PE vai ao encontro do fortalecimento da ciência em enfermagem, com resultados imediatos favoráveis ao paciente e ao longo do tempo ao sistema de saúde<sup>(9)</sup>.

## OBJETIVO

Analisar o significado da prática do histórico de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Estudo descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. Estudos qualitativos têm como propósito compreender o fenômeno através de uma abordagem flexível e permissão da livre expressão das informações, experiências e vivências dos participantes<sup>(12)</sup>.

### Local do estudo

Realizado em uma UTI, situada no sul do Brasil, com 17 leitos e nove enfermeiros, sendo oito assistenciais e um coordenador geral. O HE foi implantado na UTI no ano de 2016, sustentado pelo referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta<sup>(11)</sup>.

### Referencial teórico-metodológico

O estudo utilizou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, baseada no modelo da motivação humana de Maslow e na classificação das necessidades, adotada por João Mohana (necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais), tendo como princípios o respeito à unicidade do sujeito e o cuidado centrado no ser humano. Contudo, para este estudo, enfocou-se a sequência das necessidades, identificando os problemas e respeitando as conclusões diagnósticas<sup>(11)</sup>.

### Coleta dos dados

Participaram do estudo enfermeiros da UTI que atenderam aos critérios de elegibilidade com atuação na UTI por mais de seis meses, e prática no HE por no mínimo noventa dias. Como critério de exclusão, considerou-se estar em licença ou afastamento no momento da coleta de dados. Dos nove enfermeiros, apenas um não atendeu aos critérios estabelecidos, sendo assim participaram do estudo oito profissionais.

A coleta de dados se deu no período entre março a maio de 2018, por meio de encontro do grupo de discussão, que ocorreu em sala de estudos do próprio hospital, com duração

de 120 minutos. Todos os nove enfermeiros do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A questão disparadora foi: O que significa a prática do HE na UTI para vocês? O encontro foi gravado, transcrito na íntegra e posteriormente validado pelos enfermeiros.

### Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Trata-se de uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, desenvolvida por Lefevre e Lefevre, utilizada em pesquisas da área da saúde. Possibilita conhecer os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema, tendo como proposta a reconstituição do ser coletivo e opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular<sup>(13)</sup>.

A técnica contempla quatro figuras metodológicas, as expressões chaves (ECHs), trechos do discurso original que representam o conteúdo da questão em análise, as ideias centrais (ICs) que compõem os sentidos das expressões chaves, a Ancoragem (AC), considerada como expressão teórica, ideologia ou crença e por último, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), definido como discurso síntese<sup>(13)</sup>.

A organização dos Discursos se deu por meio de repetidas leituras e grifo das partes relevantes dos depoimentos, consideradas as ECH. Na sequência, foram identificadas as ideias centrais e organizado os discursos síntese. A ancoragem não foi utilizada.

A análise dos dados deu origem a três discursos com as ideias centrais (IC) IC1: O Histórico de enfermagem representa a qualificação do cuidado e o empoderamento da enfermagem, IC2: A informação como ferramenta do cuidado, IC3: O instrumento utilizado para o histórico de enfermagem como construção coletiva. Após a descrição de cada discurso no item resultados, os participantes foram identificados com letra E, referente a entrevistado e a sequência numérica correspondente a ordem de transcrição dos registros do grupo focal.

### Procedimentos éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS), com parecer número 1.677.677. Após aprovação, o pesquisador apresentou aos participantes o desenho metodológico e objetivo, obtendo o voluntário consentimento, assegurando a confidencialidade e proteção dos dados, conforme propõe o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 466/2012<sup>(10)</sup>.

## RESULTADOS

Dos 8 (100%) enfermeiros que participaram do estudo, 7 (87,5%) são do sexo feminino e 1 (12,5%) do sexo masculino, com predomínio da faixa etária de 26 a 41 anos. A maioria dos profissionais tem especialização em terapia intensiva e o tempo de atuação nesta área variou de dois anos e seis meses a 18 anos.

O DSC1 foi organizado a partir dos depoimentos de sete participantes, e destaca o HE como representação de qualidade no cuidado e empoderamento profissional.

IC1: O Histórico de Enfermagem representa a qualificação do cuidado e o empoderamento da enfermagem.

*DSC 1- O paciente internado na UTI e a gente não sabia nada dos antecedentes dele, desde o histórico familiar, onde e com quem morava, se já havia feito cirurgia, se tomava medicação em casa, se não tomava. Agora, durante a entrevista, uma pergunta puxa outra, e vamos descobrindo dados e informações importantes sobre o paciente. Sabemos se o paciente é ou não tabagista, se usa álcool, as medicações que faz uso, se têm outras doenças, nossa, melhorou muito! Agora podemos dizer que com a implantação do roteiro do HE, conhecemos melhor o paciente, e com isso, melhorou o atendimento e o cuidado oferecido, ficamos fortalecidos. (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8)*

O DSC2 se constituiu dos depoimentos de cinco participantes e evidencia a importância do registro no cuidado dispensado ao paciente e família.

IC2: A informação como ferramenta do cuidado.

*DSC 2- Agora tem o registro, é uma ferramenta que todos os colegas têm acesso, antes só a gente sabia o que o paciente ou família falavam no momento da internação, porque muitas vezes esquecemos de passar no plantão, e a história do paciente era perdida, o colega ficava sem saber informações importantes, e muitas vezes precisava perguntar novamente para a família. Agora, o histórico serve de referência também para os outros profissionais de saúde, quando alguém precisa de informações, vai lá no histórico e tem acesso. Esse instrumento ficou muito bom, é nossa referência profissional. (E1, E2, E3, E7, E8)*

O DSC3 se constituiu dos depoimentos de seis participantes e retrata a importância da participação coletiva na construção do histórico, com o envolvimento

de profissionais de enfermagem da instituição hospitalar e das instituições de ensino, com sentimento de satisfação durante a construção e implementação.

Ideia central (IC): O instrumento utilizado para o histórico de enfermagem como construção coletiva.

*DSC 3- O HE foi pensado pelo coletivo, em um grupo grande, com professores, enfermeiros, estudantes, técnicos, então, não foi só uma pessoa, alguém que chegou com o HE, que pegou algo pronto, a gente fez ele por completo, o grupo construiu junto, foi debatido, discutido, pensado na nossa realidade, no que a gente vivenciava. E foi embasado nos domínios da NANDA e pensado na nossa prática, meu Deus, foi torcido o livro na nossa cabeça, e acho que isso tem feito toda a diferença. Foi muito trabalhoso, mas valeu! Fico muito feliz em fazer parte desta construção, está sendo uma referência para todo hospital, é nosso referencial de unidade, hoje ele já faz parte, é nosso, faz parte da nossa história! (E1, E2, E5, E6, E7, E8)*

## DISCUSSÃO

O discurso com a Ideia Central (IC) "O Histórico de Enfermagem (HE), a qualificação do cuidado e o empoderamento da enfermagem", evidencia a importância do HE no processo de cuidado, como prática científica que empodera o profissional frente à tomada de decisão e a relação estabelecida com a equipe de saúde e família, alinhado as concepções das boas práticas em saúde.

Ao implantar o HE, e posteriormente as demais etapas do PE, há avanços na autonomia e nas relações de poder da enfermagem. Sua prática possibilita ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos, sua expertise e sua responsabilidade profissional pela conquista de um cuidado qualificado que inclui e valoriza o modo de pensar e as decisões tomadas pelos pacientes nas situações que lhe dizem respeito. Associando assim, o trabalho desenvolvido a cientificidade e a expansão em saúde<sup>(14)</sup>.

Nesta perspectiva do registro do HE, o enfermeiro acessa a informação com mais facilidade, agiliza a tomada de decisão e melhora o desempenho de suas funções<sup>(15)</sup>. Implica também em parceria entre o profissional enfermeiro, a equipe de enfermagem, paciente e família, com definição conjunta de prioridades no cuidado e ampliação do foco de atuação, através do cuidado holístico, que vai além das exigências fisiopatológicas<sup>(16)</sup>.

Assim sendo, o exercício do HE vai ao encontro da restauração da saúde individual e coletiva e em especial do fortalecimento da enfermagem como ciência do cuidado

com a qualificação da assistência e o empoderamento da enfermagem. O HE também é percebido como uma ferramenta de boa prática no serviço em foco. Para tanto, destaca-se nas concepções das boas práticas, o uso de metodologias, que por meio da experiência e ou investigação, remetem a uma confiabilidade comprovada na obtenção de resultados assertivos<sup>(17)</sup>.

O segundo discurso, com a IC "A informação como ferramenta do cuidado", revela a importância do registro diário para a continuidade do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, seus pares e demais integrantes da equipe multiprofissional oportunizando visibilidade do trabalho do enfermeiro, bem como, a articulação interdisciplinar.

No contexto hospitalar, os dados contidos no prontuário do paciente representam importante fonte de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado, expõe as necessidades e situações de saúde dos pacientes, tal qual, as condutas clínicas que foram implementadas e a avaliação contínua do paciente e do cuidado, sendo percebido como responsabilidade profissional e social<sup>(18)</sup>.

Implica no processo de satisfação do paciente, família e equipe<sup>(19)</sup>, imprescindível para legitimar as ações profissionais junto ao usuário, a família e servir de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas e de educação<sup>(20-21)</sup>.

Ainda, no que tange a visibilidade expressa na IC 2, relacionada ao uso do HE, fortalece as evidências por explicitar a relação estabelecida entre o conhecimento, a prática e as escolhas feitas pelos pacientes e família<sup>(22)</sup>. Estudo desenvolvido sobre o trabalho da enfermagem e sua visibilidade, aponta que os enfermeiros reconhecem que o conhecimento clínico sustentado pelas etapas do PE, com base em seus Sistemas de Linguagem Padronizados (SLP), valoriza o trabalho desenvolvido, por expressar cientificidade, além de permitir aos outros profissionais, pacientes e usuários, entre outros, a compreensão que as intervenções de enfermagem são resolutivas e expressam cientificidade<sup>(23)</sup>. Com isso, todo este empenho, organização, aplicação de estratégias e ferramentas de cuidado como o HE, corroboram com as melhores práticas em saúde.

O discurso com a IC "O instrumento utilizado para o histórico de enfermagem como construção coletiva", destaca a inovação de implementar o HE no cuidado ao paciente crítico e o envolvimento do grupo para alinhamento de ideias e apropriação deste recurso no cotidiano de trabalho. A construção compartilhada entre os profissionais do serviço, os gestores e academia foi evidenciada, como potencialidade para a troca de experiências, sensação de pertencimento, motivação e valorização dos diferentes saberes<sup>(24)</sup>.

O trabalho em grupo fortalece as relações estabelecidas entre os participantes, aproximando e aprimorando a capacidade de respeitar as divergências e diferenças individuais, além de possibilitar o reconhecimento de lacunas, que podem ser de conhecimento ou de desenvolvimento de práticas, e mobilizar a busca de novas estratégias para a transformação da realidade<sup>(25)</sup>.

Ademais, em espaços formados por uma coletividade de pares, veiculam discussões sobre eventos que pertencem aos cotidianos de trabalho, que ao emergirem como ponto de debate são passíveis de redefinirem posturas e a forma de agir dos sujeitos enquanto profissionais, transformando práticas dominantes por outras mais resolutivas e eficazes no dia a dia do cuidado.

A proposta participativa, revela uma dinâmica de trabalho divergente das imposições verticais hegemônicas da maioria das instituições, propondo espaços de fortalecimento do coletivo com valorização do indivíduo no grupo<sup>(24)</sup>. No entanto, os desafios e a complexidade desta trajetória, foram evidenciados, como a exigência de conhecimento para além dos saberes pré-existentes, e que não se concluem com a construção e implantação do instrumento, mas sim, exige de todos, um *contínuum*, no que se refere a conhecimento e empenho.

Conquanto, outras condições foram impostas, como desapegar de velhas práticas da assistência de enfermagem, quebrar paradigmas e alterar o habitual processo de trabalho, difícil até mesmo para aqueles dispostos a mudança<sup>(26)</sup>. Na mesma perspectiva, é fato que a constante evolução tecnológica do cuidado, em especial no ambiente de UTI,

imprime nos profissionais destas unidades a necessidade de acompanhar tais mudanças, o que torna a implantação do PE importante ferramenta frente às vivências diárias da unidade<sup>(27)</sup>.

Nessa direção o PE se apresenta como boa prática, assegurando qualidade à assistência oferecida ao paciente e sua família, balizando a conquista da autonomia e buscando romper o paradigma do que é preconizado e o que é realizado no cotidiano da enfermagem, sobremaneira colaborando para o planejamento e organização da prática gerencial e assistencial<sup>(28)</sup>. Neste sentido, autores reforçam que a prática avançada na enfermagem tem se fortalecido em atividades educativas, no desenvolvimento da consulta de enfermagem, na coordenação do trabalho em equipe, desenvolvimento de rotinas administrativas, entre outras<sup>(29)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos dos profissionais revelaram o HE, como uma tecnologia do cuidado que orienta o raciocínio, melhora a qualidade do cuidado por meio da sistematização da avaliação clínica, com ênfase no fortalecimento da autonomia e empoderamento profissional. Sua utilização, bem como das demais etapas do PE, representam o avanço da enfermagem frente às demandas impostas no dia a dia dos serviços de saúde, bem como, uma das características de boas práticas em enfermagem.

O estudo revela a transformação no modo da Enfermagem cuidar na UTI, na perspectiva de um fazer embasado na ação/reflexão/ação, que visa atender as necessidades gerais e específicas do paciente em cuidados intensivos.

### REFERÊNCIAS

1. Dal Sasso GTM, Barra DCC, Paese F, Almeida SRW de, Rios GC, Marinho MM, Debétio M. Computerized nursing process: methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 [cited 2018 may 25]; 47(1):242-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100031>
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução cofen-358, 15 de outubro de 2009. [Internet]. [cited 2018 may 25]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html)
3. Alvim ALS. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. Enferm Foco [Internet]. 2013 [cited 2018 may 25]; 4(2):140-1. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/531/214>
4. Malucelli A, Otemaler KR, Bonnet M, Cubas MR, Garcia TR. Information system for supporting the nursing care systematization. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2018 may 25]; 63(4):629-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>
5. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 5 25]; 69(2): 285-93. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672016000200307&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672016000200307&lng=en&nrm=iso)
6. Amorim LKA, Souza NVDO, Pires AS, Ferreira ES, Souza MB, Vonk ACRP. O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [cited 2018 May 19]; 11(5):1918-25. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23341/18946>

7. Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 May 19]; 71 (Supl 1): 716-21. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0716.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0716.pdf)
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº. 63 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Available from: [file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/RDC\\_2011-63%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/RDC_2011-63%20(1).pdf)
9. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am.* [Internet]. 2015 [cited 2018 May 31]; 23(3):411-8 Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf)
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm)
11. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2019.
12. Polit DF, Beack CT. Prática de enfermagem baseada em evidências. In: *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
13. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2006 [citado 2017 Mar 15]; 10(20):517-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>
14. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2018 may 18]; 19(1):47-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>
15. Smith LM, Andrusyszyn MA, Laschinger HKS. Effects of workplace incivility and empowerment on newly graduated nurses organizational commitment. *Journal of Nursing Management*. [Internet]. 2010 [cited 2018 may 18]; 18(8): 1004-15. Available from: <https://sci-hub.tw/10.1111/j.1365-2834.2010.01165.x>
16. Kamille RS, Igho LNC, Antônio GAP. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem em clínica médico-cirúrgica: limites e possibilidades. *Suplemento - Artigos de revisão* [Internet]. 2016 [cited 2018 may 18]; 37-44. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15053>
17. Organização Mundial da Saúde - OMS. Guia para a documentação e Partilha das Melhores Práticas em Programas de Saúde. OMS - Escritório Regional Africano Brazzaville; [Internet]. 2008 [cited 2018 may 18]; Available from: <http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>
18. Diniz SOS, Silva PS, Figueiredo NMA, Tonini T. Qualidade dos registros de enfermagem: reflexões analíticas em suas formas e conteúdos. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2015 [cited 2018 may 18]; 9(10):9616-23. Available from: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/10908-23668-1-PB.pdf>
19. Barral LNM, Ramos LH, Vieira MA, Dias OV, Sousa LPS. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. *Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2018 may 25]; 16(2):188-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>
20. Barbosa SF, Tronchin DMR. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2018 may 25]; 68(2):253-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210>
21. Assunção RC, Dalri MCB. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2018 May 26]; 9(4):676-81. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13812/7184>
22. Frota LA, Camponogara S, Arboit EL, Tolfo F, Beck CLC, Freitas EO. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 [cited 2018 may 25]; 17(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31608>
23. Souza LD, Lunardi Filho WD, Thofehn MB. Visibility of nursing work in the context of the clinical model of health care *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 [cited 2018 may 25]; 23(3):407-12. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a19.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6100>
24. Miranda NMV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2018 June 01]; 71 (Suppl 1): 716-21. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700716&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700716&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>
25. Rocha EM, Vilela ABA, Oliveira DC, Silva DM, Alves MR, Meira SS. Family health strategy personnels representational structures regarding domestic violence against older adults. *Rev enferm UERJ*. [Internet]. 2015 [cited 2018 may 18]; 23(2):178-84. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a06.pdf>
26. Souza MFG de, Santos ADB dos, Monteiro A. The nursing process in the opinion of the nursing staff of a teaching hospital. *Rev bras enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2018 may 18]; 66(2): 167-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/03.pdf>
27. Marinelli NP, Silva ARA, Silva DNO. Sistematização da assistência de enfermagem -desafios para a implantação. *Revista enfermagem contemporânea* [Internet]. 2016 [cited 2018 may 23]; 4(2):254-63. Available from: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/523-3089-1-PB.pdf>
28. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2018 may 23]; 19(1):47-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>
29. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas do enfermeiro na atenção básica. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2014 [cited 2018 may 23]; 22(5):637-42. Available from: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/12338-54576-1-PB.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6100>

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE O CUIDADO AO FILHO COM CÂNCER

Eliane dos Santos Bomfim<sup>1</sup>

Bruno Gonçalves de Oliveira<sup>1</sup>

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3994-6384>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2884-9976>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7823-9498>

**Objetivo:** Aprender as representações sociais de mães sobre a condição de ter um filho com câncer. **Método:** Pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial Teórico das Representações Sociais. Realizada em uma Unidade de Tratamento Oncológico, com 19 mães de criança com diagnóstico de câncer, através da técnica projetiva desenho-estória com tema e a entrevista semiestruturada, em janeiro a março de 2016. **Resultados:** Após análise dos dados, emergiram as seguintes categorias temáticas: Impacto do câncer infantil; e processo de enfrentamentos de mães ao filho com câncer, sendo que esta última categoria se desdobrou em duas subcategorias: A espiritualidade no processo de enfrentamento da doença e Apoio familiar e social no processo da doença. **Conclusão:** O estudo evidenciou que os cuidados específicos das mães expressos através da proteção, afeto e amor visam atender as necessidades ao filho com câncer. Essa experiência de cuidar traz dificuldades ocasionadas pela adaptação à nova realidade social.

**Descritores:** Cuidado; Mãe; Criança; Câncer; Representação.

## MOTHER SOCIAL REPRESENTATIONS ON CANCER CHILD CARE

**Objective:** To understand the social representations of mothers about the care of their children with cancer. **Method:** Qualitative research, based on the Theory of Social Representations. We used the projective drawing-story projective technique and the semi-structured interview, whose data were studied through the Thematic Content Analysis Technique. **Results:** Two thematic categories emerged: Basic health care practices for children with cancer and Justifying function of care. **Conclusion:** The study showed that mothers' specific care expressed through protection, affection and love aims to meet the needs of their children with cancer. This experience of caring brings difficulties caused by the adaptation to the new social reality.

**Descriptors:** Caution; Mother; Child; Cancer; Representation.

## REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA MADRE SOBRE EL CUIDADO INFANTIL DEL CÁNCER

**Objetivo:** comprender las representaciones sociales de las madres sobre el cuidado de sus hijos con cáncer. **Método:** Investigación cualitativa, basada en la Teoría de las representaciones sociales. Utilizamos la técnica proyectiva de la historia de dibujo proyectiva y la entrevista semiestructurada, cuyos datos se estudiaron a través de la Técnica de análisis de contenido temático. **Resultados:** Surgieron dos categorías temáticas: prácticas básicas de atención médica para niños con cáncer y justificación de la función de atención. **Conclusión:** El estudio mostró que la atención específica de las madres expresada a través de la protección, el afecto y el amor tiene como objetivo satisfacer las necesidades de sus hijos con cáncer. Esta experiencia de cuidado trae dificultades causadas por la adaptación a la nueva realidad social.

**Descriptores:** Precaución; Madre; Niño; Cáncer Representación.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Autor Correspondente: Eliane dos Santos Bomfim E-mail: [elianebomfim17@gmail.com](mailto:elianebomfim17@gmail.com)

Recebido: 26/05/2019

Aceito: 20/11/2019

## INTRODUÇÃO

O câncer (CA) infantil corresponde a um grupo de doenças, tendo em comum a proliferação de células anormais de forma descontrolada, podendo ocorrer em qualquer local do organismo, mas, quando diagnosticado precocemente, pode representar uma perspectiva de cura de 80%<sup>(1,2)</sup>. Em consequência da complexidade da doença e tratamento, ocorrem diversas transformações na vida da criança e da família, levando-os à adaptação de uma nova rotina e exigências às demandas que passam a fazer parte do cotidiano familiar<sup>(2)</sup>.

O diagnóstico de CA modifica o sistema família,<sup>(3)</sup> que volta sua atenção para o cuidado ao filho acometido pela doença. A experiência de ter um filho com câncer pode vir acompanhada de diversos sentimentos,<sup>(4)</sup> além de envolver habilidades de cuidado da mãe e dos demais membros da família.

A debilidade ocasionada pelo câncer acarreta uma condição de dependência de cuidados<sup>(5)</sup>. As mães assumem o cuidado de maneira incondicional, responsabilidade social e cultural em virtude de sua função precípua de prestadora de cuidados<sup>(6)</sup>. O cuidado pode ser expresso por meio de comportamentos e ações que abrangem conhecimento, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de estimular as potencialidades das pessoas para manter e/ou melhorar as condições humanas no processo de viver e morrer<sup>(7)</sup>.

Diante da condição de um filho acometido por CA, as mães passam por um processo de significação em relação à doença e ao cuidado<sup>(4)</sup>. Assim, quando o filho é acometido pela doença, ocasiona um impacto no cotidiano familiar. A família exerce influências no desenvolvimento do indivíduo, abrangendo o cuidado materno e fazendo parte da constituição das representações que circulam nos universos conceituais<sup>(8)</sup>.

Na Teoria das Representações Sociais (TRS), o cuidado de mães ao filho com câncer suscita representações diversas, que intervêm na construção de uma dada realidade. Assim, a Representação Social (RS) é uma teoria sobre a produção dos saberes sociais<sup>(9)</sup>, que se produzem no cotidiano e que pertencem ao mundo vivido.

A TRS é uma modalidade de conhecimento elaborada socialmente e compartilhada, com objetivo prático que contribui para construção de uma realidade comum a um conjunto social<sup>(10,11)</sup>. Assim, o presente estudo tem como objetivo apreender as Representações Sociais de mães sobre o cuidado ao filho com câncer.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais<sup>(12)</sup>.

### Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 19 mães de criança com CA, tendo como critérios de inclusão: idade superior ou igual a 18 anos; ser mãe de crianças com idade entre 1 a 10 anos com diagnóstico de CA, em tratamento na instituição.

### Local do estudo

A coleta foi realizada no município de Itabuna, Bahia, no período compreendido entre os meses de janeiro a março de 2016, no Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC).

### Coleta dos dados

A coleta de informações ocorreu na Casa de Apoio do Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), no município de Itabuna-Bahia. Assim, para a obtenção dos dados, foi utilizada a Técnica Projetiva Desenho-Estória com Tema<sup>(13)</sup> (DET) e a entrevista semiestruturada – ambas implementadas junto às participantes e orientados por roteiro, contendo perguntas norteadoras para o alcance do objetivo. Na técnica DET, foram realizadas as três solicitações preconizadas na sua aplicação.<sup>(14)</sup> Desta forma, solicitou-se, sequencialmente: 1) Faça um desenho sobre o que representa o que é cuidar de uma criança com CA; 2) Agora, conte uma estória sobre seu desenho, com início, meio e fim; 3) Dê um título à sua estória. Salienta-se que foi dada à participante a escolha de escrever ou contar, oralmente, a estória. O roteiro da entrevista semiestruturada continha informações relacionadas a identificação social do grupo estudado (mãe e criança); e a seguinte questão disparadora do tema: o que representa para você, mãe, cuidar de seu filho com CA?

### Procedimentos de análise dos dados

Após a coleta, foi realizada a etapa de transcrição das entrevistas, estórias e a leitura exaustiva das mesmas. Procedeu-se a construção de categorias e subcategorias, através do desmembramento do texto, tanto dos conteúdos das estórias dos desenhos, como das entrevistas, de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática<sup>(15)</sup>.

Para análise da técnica de DET, foram utilizadas as seguintes etapas: 1. Observação sistemática dos desenhos; 2. Seleção dos desenhos por semelhança gráfica e/ou aproximação dos temas; 3. Leitura flutuante das unidades temáticas das histórias; 4. Recorte e categorização; 5. Análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias; 6. Análise e interpretação dos desenhos através do grafismo<sup>(14)</sup>. O grafismo foi também analisado, com a ajuda de profissional capacitado em tal técnica, com a finalidade de explorar na íntegra o material oriundo da técnica DET.

Em seguida, foi realizada a Triangulação<sup>(16)</sup> dos dados produzidos. As participantes foram identificadas com a

palavra mãe, prosseguido de um número segundo a ordem das entrevistas.

### Procedimentos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, através do parecer nº 1.356.685/2016, conforme Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Emergiram duas categorias e três subcategorias: Práticas de cuidados básicos de saúde ao filho com câncer, com as seguintes subcategorias (Cuidados alimentares; Cuidados de higiene corporal e do ambiente; Cuidados afetivos) e função justificadora do cuidado.

### Práticas de cuidados básicos de saúde ao filho com CA

Na primeira categoria, foi evidenciado que, a partir do diagnóstico de CA, as mães passam a vivenciar novas experiências, agregam um processo de formação sobre o cuidado ao filho com CA, demonstrado através de cuidados específicos relacionados à alimentação, higiene corporal e atenção oferecida à criança:

*“Porque os alimentos que tem que ser diferente, higienizados, não ficar no meio da sujeira, poeira. Tudo agora é diferente, tem que dá mais atenção, pois exige mais cuidado. Principalmente a ingesta de alimentos bem cozidos, não comer alimentos de rua, frituras, comer frutas, verduras cozidas, bem lavadas. Mantenho a casa sempre limpa”. (Mãe 1 - Entrevista).*

### Cuidados alimentares

Foi evidenciada, através da preocupação com alimentação saudável, como frutas e verduras, e exclusão de alimentos que possam agravar a saúde do filho, como constatado a seguir:

*“A alimentação mudou, o que ele comia antes, agora não come mais. A comida tem que ser sempre fresca e cozida, as besteiras (alimentos de rua) ele não come mais... somente frutas e verduras bem lavadas” (Mãe 7- Entrevista);*

*“Os alimentos vendidos na rua não são consumidos pelo meu filho e as frutas e legumes devem ser bem lavados” (Mãe 5- Entrevista).*

### Cuidados de higiene corporal e do ambiente

O grupo social representa os cuidados ao filho através da higiene corporal, higiene das mãos, limpeza da casa, com a finalidade de diminuir o risco a transmissão de contaminação da criança:

*“Tenho que ficar atenta com a higienização de meu filho, sempre lavar as mãos para não pegar uma bactéria” (Mãe 6- Entrevista);*

*“A minha casa sempre limpa representa o cuidado com meu filho” (Mãe 2- Fragmento da estória);*

*“Ele não pode ficar perto animais, pode piorar a saúde dele” (Mãe 3- Entrevista).*

Todas estas características apontam para o receio, medo que a mãe possui de uma infecção oportunista, fazendo com que esta reforce os cuidados de higiene com seu filho com CA.

### Cuidados afetivos

As dimensões representacionais do cuidado à criança com CA expressam os aspectos afetivos do cuidado ao filho:

*“Cuidar de meu filho com CA é passar bastante amor, carinho para ele se sentir amado” (Mãe 3- Entrevista);*

*“O que representa cuidar de uma criança com câncer é o amor. Para ela saber que é uma criança querida para toda família” (Mãe 7- Fragmento da estória).*

### Função justificadora do cuidado

Os significados atribuídos pelas mães ao cuidado prestado ao filho com CA estão impregnados de amor materno, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

*“Meu filho é tudo de melhor na minha vida, se preciso for eu dou a minha vida por ele”. (Mãe 3 - Fragmento da estória);*

*“A minha filha representa tudo para mim, mesmo ela com essa doença.” (Mãe 1- Fragmento da estória).*

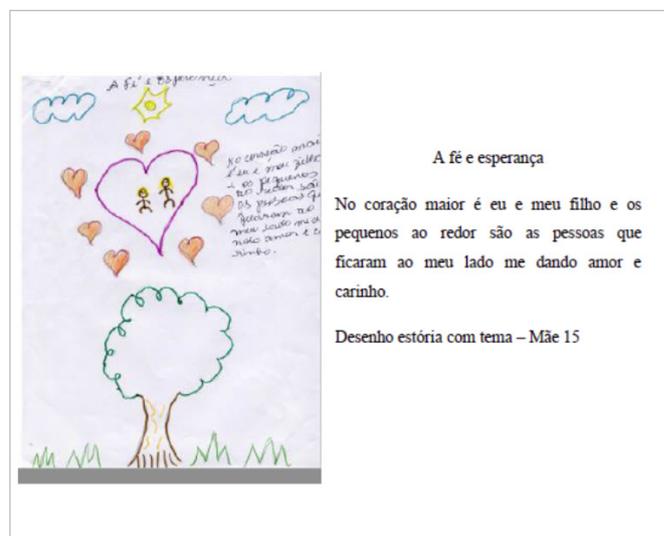


Figura 1: Desenho estória com tema - A fé e a esperança. Itabuna- BA, 2016.

## DISCUSSÃO

Nota-se, através dos fragmentos das entrevistas e das produções gráficas das participantes, que a representação do cuidado ao filho com CA passa por um processo de adaptação à realidade social. O diagnóstico de CA favorece a mudanças, com a incorporação de novos hábitos no cotidiano, ocasionando uma inesperada quebra da rotina familiar. As mães ainda revelam uma intensa preocupação com seus filhos, em constante vigilância com relação à saúde e demonstram o receio do agravo da saúde e da morte.<sup>(17)</sup>

As Representações são fenômenos complexos sempre ativos e agindo sobre a vida social. Em sua riqueza, se manifestam através dos elementos diversos, informativos, crenças, opiniões, imagem, dentre outros. Esses fenômenos são compartilhados com o objetivo prático para a construção de uma realidade comum a um conjunto social<sup>(18)</sup>. Na primeira categoria, intitulada como práticas de cuidados básicos de saúde ao filho, a participante I revela o processo de mudança no cotidiano após o diagnóstico e tratamento da doença. Para as mães, ter um filho com câncer significa reconhecer que a doença traz mudanças no seio familiar, principalmente a busca de um estilo e práticas saudáveis de vida.

Percebe-se as mudanças de práticas através da subcategoria “cuidados alimentares”, fundamental para auxiliar na recuperação adequada dos pacientes em tratamento oncológico revelados nos depoimentos. Por estarem vivenciando uma baixa resistência, pelo processo da doença, esses pacientes devem evitar a ingestão de alimentos com fácil poder de contaminação, como frutas e verduras cruas, além de alimentos manipulados por meios desconhecidos. As mães passam a se valer de conhecimentos, experiências adquiridas e partilhadas com o grupo social, orientando suas condutas, especialmente, as relacionadas ao cuidado com seus filhos.

A RS apresenta-se como forma de conhecimento socialmente elaborada, construída através das interações sociais com o mundo, com o cuidado e com os sujeitos, a partir do agrupamento de conjuntos de significados que permitem dar sentido aos fatos novos ou desconhecidos encontrados no cotidiano,<sup>(18)</sup> como o cuidado.

Através da subcategoria “cuidados com a higiene corporal e com o ambiente”, as representações do cuidado, nos depoimentos, expressam a finalidade da limpeza corporal, o ambiente sempre limpo, a fim de reduzir a colonização bacteriana através da remoção da sujeira. Nos pacientes em tratamento oncológico, existem algumas ações que são fundamentais para redução de microrganismos. Durante o tratamento, ocorre a diminuição da imunidade, necessitando de cuidados especiais com a higiene, preparo do alimento e ambiente, com o objetivo de reduzir a contaminação e o risco de infecções oportunistas, que podem debilitar e dificultar o tratamento<sup>(19)</sup>. Então, manter o cuidado com a higiene da criança e do ambiente, proporciona conforto e segurança ao

grupo social em estudo e seus filhos.

Na subcategoria, cuidados afetivos, evidenciou-se uma representação das mães nos cuidados aos seus filhos movidos pelo sentimento de dar carinho, conforme depoimentos das mães. O cuidado é expresso através do afeto que estas dispensam a seus filhos, postura cuidadora centrada na mãe. As RS dessas mães não são um simples reflexo da realidade, se expressam em uma organização de significados que funcionam como um sistema de interpretação da realidade, que conduz as relações dos indivíduos, determinando seus comportamentos e práticas. O cuidado é representado conforme a realidade social de cada uma.

Na segunda categoria, função justificadora do cuidado, as mães são responsáveis pelo cuidado de seu filho no cotidiano, condicionando os seus comportamentos em prol de seu sentimento materno e com a função de “preservar e justificar a posição social do grupo de referência”<sup>(20)</sup>: o ser mãe. As mães expressam que seus filhos representam tudo em suas vidas. Concomitante, essas participantes demonstram a dedicação ao filho como um ato de amor, ficando explícito, nos depoimentos e imagens representativas, que os cuidados fazem com que estas mães deem prioridade em tempo integral ao cuidado ao filho com câncer.

Corroborando com a necessidade do apoio familiar, na elaboração gráfica da figura 1, o desenho estória com tema, revela uma representação imagética romantizada através do coração, que pode sugerir as bases que sustentam esse vínculo mãe-filho, confirmado pela verbalização do depoimento da mãe 15. O desenho da árvore representa as relações com o mundo e a pessoa; a presença da raiz na árvore expressa que esta mãe possui apoio (evidenciado na própria estória, principalmente quando ocorrem agradecimentos às pessoas pela ajuda), confirmado através da presença de pequenos corações ao redor do coração no qual a mesma está inserida.

A presença de um sol centralizado representa o próprio indivíduo, expressando a sua independência e certa responsabilidade quanto ao cuidado; a presença das nuvens denota sensibilidade ao ambiente social, tem consciência de que a vida possui momentos agradáveis e outros mais difíceis, principalmente, ao se tratar de cuidar de seu filho doente. A presença dos corações representa sentimentos e o cuidado assume uma responsabilidade de proteção; por isso, as figuras do filho e da mãe estão dentro do coração. Observou-se que o fenômeno do cuidado para este grupo social foi representado pela relação de proteção materna.

Dessa forma, o cotidiano deste grupo social estudado revela uma experiência complexa e dolorosa em busca da superação da doença, exigindo uma reorganização da vida cotidiana em torno da criança doente, implicando em mudanças na vida e nas práticas de cuidados das mães e da família. As práticas das participantes são assim justificadas por suas condutas em função de seus filhos estarem acometidos pela doença.

### Limitações do estudo

Aponta-se, como limitação da pesquisa, o fato do estudo realizar-se apenas em uma instituição com um número limitado de mães de crianças com câncer. Outra limitação encontra-se no desafio constituído pela realização dessa pesquisa, pelas dificuldades de entrevistar uma mãe de criança acometida com a doença, a qual se encontra num momento bastante delicado da vida.

### Contribuição para a prática

Encontra-se no fortalecimento de políticas públicas voltadas a um olhar direcionado às mães cuidadoras de crianças com CA, a fim de compreender modificações provocadas pelo diagnóstico, para poder intervir e minimizar danos e consequências indesejáveis ocasionadas pelo impacto da doença.

### CONCLUSÃO

Evidenciou-se que o cuidado prestado pelo grupo social visa atender as necessidades dos filhos, através da absorção de conhecimentos sobre cuidados específicos que podem ser

expressos na proteção, no afeto e no amor que a estes são dedicados.

A experiência de cuidar de um filho com CA traz consigo dificuldades, ocasionadas pelo processo de adaptação à realidade social estabelecida, transpondo a barreira do dever e da responsabilidade materna. Assim, expõe o valor do exercício do amor incondicional, característico das mães, com o propósito do alcance do bem estar da criança e a cura da doença.

Percebe-se que o diagnóstico do filho surge de maneira inesperada, gerando uma mudança brusca em seu cotidiano. Pode-se compreender que as RS das mães sobre cuidado ao filho com câncer consistem na interpretação coletiva da realidade compartilhada entre o grupo social, para direcionar suas percepções e condutas.

**Contribuição dos autores:** Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Eliane dos Santos Bomfim, Bruno Gonçalves de Oliveira, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.

### REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 3. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2017 [cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-abc-3ed-8a-prova.pdf>.
- Costa MADJ, Agra G, Santos NCCB et al. Experiências de mães de crianças com câncer em cuidados paliativos. *Rev enferm UFPE on line*, Recife [Internet] 2018 [cited 2018 Jun 23]; 12(5):1355-64. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235877/28885>.
- Ferrazza A, Muniz RM, Pinto BK, Viegas AC, Matos MR. A sobrevivência ao câncer na perspectiva da família. *Rev enferm UFPE on line*, Recife [Internet] 2016 [cited 2018 Jun 23]; 10(3):1022-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11054/12469>.
- Alves Karine de Melo Cezar, Comassetto Isabel, Almeida Thayse Gomes de, Trezza Maria Cristina Soares Figueiredo, Silva Jovânia Marques de Oliveira e, Magalhães Ana Paula Nogueira de. A vivência dos pais da criança com câncer na condição de impossibilidade terapêutica. *Texto contexto - enferm*, Florianópolis [Internet] 2016 [cited 2018 Jun 23]; 25 (2): e2120014. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07022016000200322&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07022016000200322&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Nascimento CAD, Cartaxo CMB, Lopes KAM, Bushatsky M, Batista AF. Leucemia Mieloide Aguda (LMA): As condições psicológicas do paciente adulto. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte* [Internet] 2016 [cited 2016 Jul 03]; 22(2):336-355. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2016V22N2P336>.
- Mendes EC. Cuidados paliativos e câncer: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. [Tese de Doutorado em Ciências], Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: Rio de Janeiro; 2017.
- Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998. 204p.
- Moscovici S. Representações sociais: Investigações em Psicologia Social. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
- Jovchelovitch S. Representações sociais: Para uma fenomenologia dos saberes sociais. *Psicologia e sociedade*. 1998.
- Jodelet D. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: UFRJ; 2001.
- Sá CP. A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj; 1998.
- Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Representações Sociais. Investigações em psicologia social. Petropolis: Vozes; 2003.
- Trinca W. Investigação clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo de a percepção temática. 3ª ed. São Paulo (SP): EPU, 2003.
- Coutinho MPL, Serefim RCNS. Aplicabilidade do desenho-estória com tema no campo da pesquisa. In: Coutinho MPL. Métodos de pesquisa em Psicologia social perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: Editora Universitária; 2011.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
- Silva PLN, Xavier GC, Oliveira VV, Figueiredo ML, Prado PF, Aguiar Filho W. Câncer infantil: vivências de crianças em tratamento oncológico. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 16]; 7 (3/4): 51-55. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/916>.
- Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): EDUERJ; 2001.
- Moreira DA, Freire EFM, Oliviera VGR, Silva PLN, Fonseca JR. Meu filho está com câncer: mudanças vivenciadas pelas crianças segundo as mães. *Rev Enferm UFSM* [Internet] 2014 [cited 2016 Jul 16]; 4(3):584-593. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10435>.
- Abriç JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 2000.

# USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS EM RECÉM-NASCIDOS: PERCEÇÃO DOS PAIS

Gabriela Ribes Couto<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1149-6956>

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6075-8516>

Jéssica Cardoso Vaz<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2581-1091>

Taniely da Costa Bório<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7094-1514>

Daniela Dutra Farias<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8043-7672>

Viviane Marten Milbrath<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5523-3803>

**Objetivo:** conhecer a percepção dos pais dos recém-nascidos frente aos dispositivos invasivos utilizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

**Método:** estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com dez pais de recém-nascidos. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada e analisadas através da análise de conteúdo convencional. **Resultados:** a percepção dos pais sobre os dispositivos invasivos apresentou-se ambivalente, pois ao mesmo tempo em que alguns se demonstraram inseguros, angustiados, tristes, outros se sentem esperançosos e felizes, pois compreendem a necessidade desses para sobrevivência dos filhos. **Conclusão:** o estudo aponta para a necessidade de oferecer suporte para empoderar os pais, minimizando o impacto negativo causado pelo uso de dispositivos invasivos nos recém-nascidos, a partir da comunicação efetiva e da participação nos cuidados.

**Descritores:** Recém-nascido; pais; unidades de terapia intensiva neonatal; pesquisa qualitativa.

## USE OF INVASIVE DEVICES IN NEWBORNS: PARENTS' PERCEPTION

**Objective:** to know the perception of the parents of the newborns in front of the invasive devices used in the Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** descriptive study with a qualitative approach carried out with ten parents of newborns. The information was collected through a semistructured interview, and analyzed through conventional content analysis. **Results:** parents' perception of invasive devices was ambivalent, because while some were insecure, distressed, sad, others feel hopeful and happy because they understand their need for survival. **Conclusion:** the study points to the need to provide support to empower parents by minimizing the negative impact caused by the use of invasive devices in newborns, from effective communication and participation in care.

**Descriptors:** Infant, Newborn; parents; intensive care units, neonatal; qualitative research.

## USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS EN RECIÉN NACIDOS: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES

**Objetivo:** Objetivo: conocer la percepción de los padres de los recién nacidos frente a los dispositivos invasivos utilizados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudio descriptivo con abordaje cualitativo realizado con diez padres de recién nacidos. Las informaciones fueran recolectadas por medio de entrevista semiestruturada, y analizadas a través del análisis de contenido convencional. **Resultados:** la percepción de los padres sobre los dispositivos invasivos se presentó ambivalente, pues al mismo tiempo en que algunos se mostraron inseguros, angustiados, tristes, otros se sienten esperanzados y felices, pues comprenden la necesidad de esos para la supervivencia de los hijos. **Conclusión:** el estudio apunta a la necesidad de ofrecer apoyo para empoderar a los padres, minimizando el impacto negativo causado por el uso de dispositivos invasivos en los recién nacidos, a partir de la comunicación efectiva y de la participación en los cuidados.

**Descriptores:** Recién Nacido; padres; unidades de cuidado intensivo neonatal; investigación cualitativa.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas

Autor Correspondente: Jéssica Cardoso Vaz E-mail: [jessica.cardosovaz@gmail.com](mailto:jessica.cardosovaz@gmail.com)

Recebido: 17/06/2019

Aceito: 21/11/2019

## INTRODUÇÃO

Quando a criança nasce prematuramente apresenta características específicas e vulnerabilidade clínica, precisando ser internada na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Para a operacionalização do cuidado nessa unidade, são necessárias medidas abrangentes, envolvendo cuidados com os pais. Portanto, os profissionais envolvidos no processo precisam de saberes e fazeres específicos, em que sejam salientadas habilidades técnicas, experiência clínica, sensibilidade, competência e responsabilidade com o cuidar<sup>(1)</sup>.

A internação do Recém Nascido (RN) na UTIN exige cuidados especializados, bem como a compreensão dos pais, que são surpreendidos com o risco eminente à vida do filho, surgindo sentimentos de angústia, desespero, insegurança, incapacidade, culpa, medo associados a um ambiente desconhecido, com sons, procedimentos e equipamentos incomuns<sup>(2)</sup>. Além disso, o ambiente da UTIN é bem diferente do intrauterino<sup>(3)</sup>, com excesso de luminosidade, de ruídos, além de procedimentos invasivos e manuseio constante da criança. Esses fatores podem acarretar prejuízos físicos e neurológicos ao RN, elevando o risco de desenvolvimento de distúrbios comportamentais relacionados ao estresse, à dor e ao desconforto<sup>(4)</sup>.

Ademais, a construção do vínculo entre pais e RN também pode ser afetada, pois o afastamento pode fragilizar os laços. Portanto, é importante que os laços de amor, carinho e cuidados aconteçam, sendo que, muitas vezes, esses se fortalecem diante da maior dificuldade com as necessidades impostas pela situação adversa vivida pelo RN<sup>(1)</sup>.

Assim, observa-se que a internação do RN na UTIN afeta pais e filhos, pois em meio aos cuidados são necessários procedimentos invasivos, associados a inúmeras técnicas, como punções venosas, sondagens orogástricas e vesicais, curativos, aspiração de vias aéreas e intubação orotraqueal. Tais procedimentos podem gerar alterações comportamentais e fisiológicas como taquipneia, taquicardia, diminuição na saturação de oxigênio, aumento da pressão arterial e da pressão intracraniana, além das mudanças de comportamento, como movimentos corporais, expressão facial de dor, padrão de sono, vigília e choro<sup>(4)</sup>. Nessa conjuntura, objetivou-se conhecer a percepção dos pais de recém-nascidos frente aos dispositivos invasivos utilizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada em setembro de 2016, em uma UTIN de um Hospital Escola situado ao sul do Brasil.

### Participantes da pesquisa

Participaram do estudo 10 pais que atenderam aos critérios de inclusão: ser pai ou mãe de RN hospitalizado em UTIN; ter acompanhado o filho utilizando dispositivos invasivos. Excluíram-se os pais menores de 18 anos. O número de participantes foi delimitado pela saturação das informações, quando a coleta de novos elementos e a codificação das informações não mais forneciam dados para aprofundar a teorização<sup>(5)</sup>.

### Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras (caracterização dos participantes e perguntas sobre o uso de dispositivos invasivos pelo RN). As entrevistas foram gravadas em aparelho MP4, em uma sala privativa nas dependências do hospital, tendo duração média de 20 minutos.

### Procedimentos de análise de dados

Para organização das informações, utilizou-se o WEBQDA - Qualitative Data Analysis, software de apoio à análise de dados qualitativos, direcionado aos investigadores que necessitem analisar informações, individual ou colaborativamente, de forma síncrona ou assíncrona, seguindo o desenho estrutural e teórico<sup>(7)</sup>. Assim, foi possível identificar os temas mais recorrentes. Então, os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Convencional, em que as categorias resultam diretamente dos dados textuais, de forma que o conhecimento gerado é baseado nas perspectivas dos participantes<sup>(8)</sup>.

### Procedimentos éticos

Respeitou-se os preceitos da Resolução nº 466/12<sup>(6)</sup>, coletando-se os dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer número 1.699.159. Para tanto, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha o objetivo da pesquisa, seus riscos e benefícios. Além disso, o anonimato dos entrevistados foi mantido, utilizando a consoante "M" (Mãe)

e “P” (Pai), seguida por um numeral sequencial (P1, M2...) para denominá-los.

## RESULTADOS

Participaram do estudo sete mães e três pais de RN internados na UTIN. Esses possuíam idades entre 18 e 42 anos, e residiam no município do estudo e em outras três cidades próximas, sendo cinco oriundos da zona urbana e cinco da zona rural. Referente ao grau de instrução, cinco dos participantes possuíam ensino médio incompleto; dois ensino fundamental incompleto; um ensino fundamental completo; e dois ensino superior incompleto. Quanto a renda mensal, a maioria recebia de um a três salários mínimos (R\$ 937,00 a R\$ 2800,00).

Quanto às consultas de pré-natal, a maioria das mães fizeram de cinco a oito consultas, entretanto, uma delas realizou apenas uma consulta de pré-natal. Referente aos fatores de risco, duas mães apresentaram comorbidades (tabagismo e pré-eclâmpsia), sendo as causas mais frequentes de internação dos RN as malformações (gastrosquise, onfalocele, tetralogia de Fallot) e a prematuridade.

Os resultados foram organizados em três categorias: Impacto causado nos pais frente à visualização dos dispositivos invasivos no recém-nascido; Conhecimento dos pais acerca dos dispositivos invasivos utilizados pelo recém-nascido; Cuidados realizados pelos pais nos recém-nascido em uso de dispositivos invasivos.

### Impacto causado nos pais frente à visualização dos dispositivos invasivos no recém-nascido

A imagem do filho usando dispositivos invasivos é, para os pais, impactante e negativa, sendo a UTI um ambiente desconhecido e inesperado o que gera tristeza e insegurança:

*“[...] dobrando a esquina já vai dando uma insegurança de saber o que acontece desse outro lado da porta. [...] parece que não melhora nunca e a gente não sabe o que fazer [...]. Dá uma tristeza. [...] é bem apavorante, dá vontade de pegar, roubar de lá e levar para casa [...]” (M3).*

*“[...] o primeiro impacto é ruim demais, ver ele todo furado, cheio de fios” (M8).*

A insegurança frente aos dispositivos faz com que os pais tenham receio até de tocar neles:

*“Me dá um medo tudo isso. Tenho medo até de tocar em algumas coisas” (M5).*

Complementarmente, por perceberem que os dispositivos geram desconforto ao filho, os pais, muitas vezes, não querem visitá-los nos primeiros dias:

*“Fiquei muito assustado. [...] ver ele com a sonda é muito apavorante, porque deve incomodar muito, porque ele puxa quando está acordado [...]” (P4).*

*“Difícil [...] nos primeiros dias eu não queria nem vir, eu entrava e já saía de volta. Aí as enfermeiras diziam para eu vir com mais tempo, só que eu tinha tempo, mas não conseguia ficar [...]” (M6).*

A tristeza e a insegurança afetam os pais que, muitas vezes, não sabem como agir frente à situação. Nesse contexto, eles gostariam de poder trocar de lugar com seus filhos:

*“É triste, ‘tá louco’ queria eu estar no lugar dela ali” (M5).*

Além da tristeza, observou-se também o receio do desconhecido:

*“Olha, desde que eu cheguei, no primeiro dia, a enfermeira tentou me preparar, por que nenhuma mãe espera ver o filho daquele jeito [...]” (M2).*

Outros pais, passado o primeiro impacto, conseguiram extrair momentos positivos dessa vivência:

*“Agora como ela já está fora de risco, eu gosto de vir e ficar mais tempo, isso me deixa alegre. Não tenho mais medo de tocar, já posso pegar no colo [...]” (M6).*

*“[...] agora que minha esposa já pode pegar ele no colo, isso me deixou feliz” (P7).*

*“É horrível ver ele com aquilo inicialmente, mas agora estou só por ele pegar o peito, [...] pegar no colo e dar carinho é o mais importante [...] o que eu mais quero” (M9).*

De um modo geral, observou-se que o termo UTIN está relacionado à tristeza e a vários outros sentimentos, pois além de evidenciar condições de fragilidade, afasta e prejudica o estabelecimento de vínculo entre pais e filhos.

Contudo, passado o impacto inicial, os pais compreendem a necessidade do uso dos dispositivos invasivos, iniciando um processo de aceitação.

### Conhecimento dos pais acerca dos dispositivos utilizados pelo recém-nascido

O termo dispositivo invasivo não é reconhecido pela maioria dos pais, como se vê nos relatos:

*“Não sei, nossa pelo nome assim, dispositivo invasivo, não faço ideia mesmo [...]” (P1).*

Os pais não conseguem associar esse termo a forma coloquial que utilizam (tubos, fios e aparelhos), entretanto, compreendem que são os aparelhos que permitem à sobrevivência do filho:

*“É tudo que ele está precisando para se manter vivo [...]” (M2).*

Em contrapartida, quando perguntados acerca dos equipamentos utilizados pelos seus filhos, todos os participantes responderam, inclusive nominando termos técnicos:

*“[...] o tubo que é para oxigênio [...]. A sonda para urinar, [...] mais esse dreno que é para sair ar, mas está saindo outra coisa” (M3).*

*“Sim, conheço! Gastrostomia para alimentação, traqueostomia para respirar, e o acesso para fazer as medicações [...]” (M5).*

Nesse contexto, a maioria dos pais relataram ter recebido orientações sobre os dispositivos utilizados:

*“Sim, eu recebi. Desde quando eu cheguei, veio todo mundo me dar atenção. Cada um que vem sempre me diz uma coisa [...]” (M2).*

*“Sim, recebi tudo no primeiro dia, mas no susto, eu já esqueci tudo [...]” (P4).*

Entretanto, alguns pais relataram que não receberam informações:

*“Não recebi nenhuma explicação, só mostraram que era para o oxigênio [...]” (P1).*

*“Não, eu não recebi, tive que perguntar tudo depois que já estava nele” (M3).*

Observou-se que embora os pais não reconheçam o termo dispositivo invasivo, conhecem aqueles utilizados pelos filhos, sabendo nomeá-los. Nesse contexto, a comunicação e a explicitação de dúvidas são primordiais para a inclusão dos pais, o alívio de seus medos e o fortalecimento do vínculo entre pais, filhos e membros da equipe.

### Cuidados realizados pelos pais nos recém-nascido em uso de dispositivos invasivos

Os RN recebem diversos cuidados na UTIN, a maioria dos pais relataram que não participou em nenhum momento:

*“Não, não participei em nenhum momento” (M2).*

*“Não, sempre pedem para eu sair” (P4).*

Em contrapartida, M9 refere que nunca participou, mas gostaria de participar:

*“Não, não deixaram eu ver. Só que eu gostaria de participar” (M9).*

Por outro lado, M3 e M10 referem que mesmo se tivessem a oportunidade, não gostariam de participar dos cuidados:

*“Eles perguntaram se eu queria participar de ver passarem uma sonda nele, mas eu não quis ver. Em outros momentos mais tensos me mandam sair” (M3).*

*“Não participei em nenhum momento. Não me deixaram ver, mas não sei se eu gostaria se tivesse a oportunidade” (M10).*

Outros participantes afirmam que realizaram cuidados dos seus filhos:

*“[...] participei da troca de fraldas, da pesagem” (M8).*

*“[...] já troquei as fraldas e pude pegar ele no colo. [...] agora estou sendo treinada para poder aspirar ela quando estiver fora do respirador [...]” (M5).*

Observou-se que os pais participam em alguns cuidados do filho, contudo nem todos são inseridos, sendo que alguns deles não se sentem confortáveis para isso. É importante que os pais sejam inseridos no cuidado para que possam se sentir mais empoderados e ampliem o vínculo com seus filhos, sendo a equipe de enfermagem fundamental nesse contexto.

## DISCUSSÃO

Os resultados apontam que os pais se sentem inseguros quando visitam os filhos na UTIN, pois recebem o que irão encontrar. Além disso, muitas vezes nesse momento, a equipe de saúde está em procedimento, retardando a entrada dos pais, o que aumenta sua angústia e estresse. Os sentimentos dos pais como medo, estresse, ansiedade, impotência em virtude da hospitalização, insegurança relacionada à proximidade com a morte são comuns e, muitas vezes, no cotidiano da UTI existe a inflexibilidade da equipe de saúde diante destas situações e a ausência de diálogo com os familiares<sup>(9)</sup>.

Evidenciou-se uma forte relação entre pais e filhos, aparecendo relatos de desejo de trocar de lugar com o RN para preservá-lo. Transparece ainda a dificuldade de enfrentar a situação de ver um filho em condições extremas, diferente do que foi planejado, portanto alguns pais não querem e nem conseguem se aproximar. O medo está presente nos pais, justamente por saberem dos riscos inerentes em tal ambiente, além disso, fundem-se os sentimentos de frustração e incapacidade, por não estarem, geralmente, preparados para esta situação<sup>(10)</sup>.

A UTI é um ambiente destinado a pacientes graves, com quadro clínico recuperável, constituindo-se em um recinto de profissionais qualificados, com alta tecnologia e assistência contínua<sup>(11)</sup>. Dessa forma, nesse cenário transparece a complexidade dos cuidados dispensados à gravidade, à invasividade e ao risco de morte, aparentando ser hostil, negativo e distante da produção de saúde<sup>(12-13)</sup>. Portanto, é importante inserir os pais no ambiente hospitalar, não só para criação de vínculos afetivos, mas também para a aquisição de conhecimento, sendo necessário dispor de uma equipe multiprofissional que contribua para o empoderamento dos pais frente à situação dos filhos.

Observou-se que o uso de dispositivos invasivos pelos RN propicia que os pais conheçam sua função, principalmente, daqueles utilizados para alimentação, oxigenação, eliminação urinária e medicação. Assim, é imprescindível que a equipe de saúde esclareça aos pais, por meio de uma comunicação efetiva, a indicação e a necessidade de todos os dispositivos utilizados na UTIN. A comunicação efetiva entre os familiares e a equipe assistencial é importante para a aproximação, bem como para resolução e minimização de conflitos, podendo ser determinante para que os pais se sintam seguros, considerando sua fragilidade e seus sentimentos frente à internação do RN<sup>(14)</sup>. Em contrapartida a ausência/insuficiência ou atraso de informação, pode gerar nos pais a percepção de que os profissionais de saúde não são comunicativos e que a informação fornecida não é suficiente<sup>(15)</sup>.

Quanto à participação no cuidado ao RN, identificou-se que, enquanto alguns pais não participaram em nenhum momento, outros realizaram alguns cuidados com o filho. Nesse sentido, é necessário refletir acerca de como os cuidados aos RN são planejados e implementados, visando inserir os pais nas atividades mais simples, tais como a higiene corporal. Além disso, a participação dos pais no cuidado do RN é imprescindível para prepará-los para a alta dos filhos. Assim, minimiza-se o sentimento de despreparo dos pais para os cuidados em casa<sup>(16)</sup>.

Diante disso, os profissionais de saúde podem amenizar o dano emocional causado aos familiares das crianças, por meio de cuidados humanizados, que não visam somente a criança, mas também aos pais.<sup>(17)</sup>

## Limitações do estudo

As limitações do estudo relacionam-se a avaliação de uma realidade específica, contudo acredita-se que os resultados possam ser estendidos para outros serviços desse tipo, pois tratam das angústias dos pais frente à internação de seus filhos RN.

## Contribuições do estudo para a prática

O estudo aponta para a necessidade de direcionar o olhar dos profissionais da saúde aos pais, elaborando estratégias como o reforço de orientações, a fim de esclarecer dúvidas e empoderar os pais, o que pode ser alcançado com a criação de grupos, oferecendo espaços de escuta e apoio aos pais.

## CONCLUSÃO

Identificou-se que os pais não conhecem o significado do termo dispositivo invasivo, contudo referem-se a eles corretamente, sabendo quais os dispositivos utilizados pelos seus filhos, para que servem e os cuidados realizados com estes.

Constatou-se que a enfermagem está presente no que se refere ao fornecimento de informações, sobre os dispositivos e procedimentos realizados com o RN, sendo preciso refletir acerca da qualidade e da efetividade das orientações fornecidas.

**Contribuições dos autores:** Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Gabriela Ribes Couto, Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz. Redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Jéssica Cardoso Vaz, Taniely da Costa Bório, Daniela Dutra Farias, Viviane Marten Milbrath.

## REFERÊNCIAS

1. Sousa MSM, Vieira LN, Carvalho SB, Monte NL. Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI. *Rev. Saúde em Foco*. [Internet] 2016 [cited 2019 Jun 14]; 3(1): 94-106. Available from: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/923/1004>
2. Naidon AM, Neves ET, Silveira A, Ribeiro CF. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2018 [cited 2019 Jun 14]; 27(2): e5750016. doi:10.1590/0104-070720180005750016
3. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2007 [cited 2019 Jun 14];9(1): 200-13. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.html>
4. Cruz CT, Gomes JS, Kirchner RM, Stumm EMF. Evaluation of pain of neonates during invasive procedures in intensive care. *Rev Dor*. [Internet] 2016 [cited 2019 Jun 14]; 17(3): 197-200. doi: 10.5935/1806-0013.20160070
5. Hennink MM, Kaiser BK, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qual Health Res*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Dez 08];27(4):591-608. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049732316665344?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049732316665344?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)
6. Ministério da Saúde (BR). Resolução n  466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário oficial da União* 12 dez 2012; Seção I. [Internet]. 2012 [cited 2018 Oct 08]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/%20res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/%20res0466_12_12_2012.html)
7. Webqda. Software Qualitative Data Analysis. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 08]. Available from: <https://www.webqda.net/acerca/o-webqda/>
8. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*. [Internet] 2005 [cited 2018 Jan 08]; 15(9), 1277-88. doi:10.1177/1049732305276687
9. Schimidt AFC, Salbego C, Gomes IEM, Oliveski CC, Nietzsche EA, Favero NB. Intervenções desenvolvidas pela enfermagem com familiares de paciente crítico: revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde*. [Internet] 2018 [cited 2019 Jun 14]; 25(1): 18-23. doi:10.17696/2318-3691.25.1.2018.897
10. Soares RLSF, Christoffel MM, Rodrigues EC, Machado MED, Cunha AL. O significado de cuidar do filho pré-termo na visão paterna. [Internet] 2016 [cited 2019 Jun 14]; 25(4): 1-9. doi:10.1590/0104-07072016001680015
11. Hassegawa LCU, Escobar AL, Silva LRG, Katsuragawa TH. Perfil da formação médica em Terapia Intensiva no Estado de Rondônia. *Rev. bras. educ. méd.* [Internet] 2017 [cited 2019 Jun 14]; 41(1): 38-43. doi:10.1590/1981-52712015v41n1rb20160011.
12. Camponagara S, Santos TM, Rodrigues IL, Frota L, Amaro D, Turra M. Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit. *J Res Fundam Care*. [Internet] 2013 [cited 2019 Jun 14];5(4): 622-34. doi:10.9789/2175-5361.2013v5n4p622
13. Spohr VM, Freitas HMB, Ilha S, Nicola GDO, Zamberlam C, Gehlen MH. Sentimentos despertados em familiares de pessoas internadas na unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2013 [cited 2019 Jun 14];18(4): 736-42. doi:10.5380/ce.v18i4.34930
14. Ramos DZ, Lima CA, Leal ALR, Prado PF, Oliveira VV, Souza AAM, et al. A participação da família no cuidado as crianç as internadas em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Promoc o Saúde*. [Internet] 2016 [cited 2019 Jun 14]; 29(2): 189-196. doi:10.5020/18061230.2016.p189
15. Saldanha MD, B rio TC, Gabatz RIB, Milbrath VM, Vaz JC. Informações sobre a alta hospitalar na unidade de terapia intensiva neonatal: perspectiva dos pais. *Rev Enferm UFPI*. [Internet] 2018 [cited 2019 Jun 14];7(4): 22-8. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7369/pdf>
16. Ribeiro JF, Botelho SM, Brito IS. Concepções dos enfermeiros sobre educação em saúde na alta do recém-nascido. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. [Internet] 2015 [cited 2019 Jun 14]; 8(1): 206-217. Available from: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/366/229>
17. Rocha DKL, Ferreira HC. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Foco* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jul 07]; 4(1): 24-28. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/497/187>

# FATORES INTERVENIENTES NO CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA SOB A ÓTICA DE FAMILIARES

Saionara Leal Ferreira<sup>1</sup>

Islene Victor Barbosa<sup>1</sup>

Cecília Freitas de Araújo Mota<sup>1</sup>

Solange Gurgel Alexandre<sup>2</sup>

Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu<sup>1</sup>

Rita Mônica Borges Studart<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4131-7077>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3523-7238>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9508-5312>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6742-1043>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5130-0703>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5862-5244>

**Objetivo:** Identificar os saberes e as dificuldades encontradas por familiares no cuidado à pessoa com úlcera venosa no âmbito domiciliar.

**Método:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em Fortaleza/CE, Brasil, em 2019, com oito familiares de pessoas com úlcera venosa, acompanhadas em ambulatório especializado de hospital público de ensino. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, cujas falas foram submetidas à análise de conteúdo temática proposta por Bardin. **Resultados:** A partir da análise das falas, surgiram três categorias temáticas: Saberes dos familiares no cuidado à úlcera venosa; Necessidade da orientação para manutenção do cuidado no domicílio; e Influência da úlcera venosa na dinâmica familiar. **Conclusão:** A identificação das lacunas no conhecimento dos entrevistados foi de grande relevância para o planejamento de tecnologia educativa voltada às necessidades encontradas, de maneira a oferecer suporte e alento a esse público.

**Descritores:** Úlcera Varicosa; Cuidados de Enfermagem; Família; Processo de Enfermagem.

## INTERVENING FACTORS IN CARE OF PEOPLE WITH VENOUS ULCERA, UNDER THE FAMILY OPTICS

**Objective:** To identify the knowledge and difficulties encountered by family members in caring for people with venous ulcers at home. **Method:** Descriptive, qualitative study, conducted in Fortaleza / CE, Brazil, in 2019, with eight relatives of people with venous ulcers, followed in a specialized outpatient clinic of a public teaching hospital. Semi-structured interviews were conducted, whose speeches were submitted to the thematic content analysis proposed by Bardin. **Results:** From the analysis of the speeches, three thematic categories emerged: Knowledge of family members in care for venous ulcer; Need for guidance to maintain care at home; and Influence of venous ulcer on family dynamics. **Conclusion:** The identification of gaps in the interviewees' knowledge was of great relevance for the planning of educational technology focused on the needs encountered, in order to provide support and encouragement to this audience.

**Descriptors:** Varicose Ulcer; Nursing Care; Family; Nursing Process.

## FACTORES INTERVENTIVOS EN CUIDADO DE PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA, BAJO LA ÓPTICA FAMILIAR

**Objetivos:** Identificar el conocimiento y las dificultades que enfrentan los miembros de la familia en el cuidado de las personas con úlceras venosas en el hogar. **Método:** Este es un estudio descriptivo y cualitativo realizado en Fortaleza / CE, Brasil, en 2019, con ocho familiares de personas con úlceras venosas, seguido en una clínica ambulatoria especializada de un hospital público de enseñanza. Se realizaron entrevistas semiestruturadas, cuyos discursos fueron sometidos al análisis de contenido temático propuesto por Bardin. **Resultados:** Del análisis de los discursos, surgieron tres categorías temáticas: conocimiento de los miembros de la familia en el cuidado de la úlcera venosa; Necesidad de orientación para mantener la atención en el hogar; e Influencia de la úlcera venosa en la dinámica familiar. **Conclusión:** La identificación de lagunas en el conocimiento de los entrevistados fue de gran relevancia para la planificación de la tecnología educativa centrada en las necesidades encontradas, con el fin de proporcionar apoyo y aliento a esta audiencia.

**Descriptorios:** Úlcera varicosa; Atención de enfermería; Familia; Proceso de enfermería.

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza - UNIFOR

<sup>2</sup>Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC

Autor correspondente: Saionara Leal Ferreira E-mail: [enferrara@yahoo.com.br](mailto:enferrara@yahoo.com.br)

Recebido: 21/06/2019

Aceito: 11/02/2020

## INTRODUÇÃO

A úlcera venosa tem como principal fator etiológico a insuficiência venosa crônica, constituindo ferida de difícil cicatrização e alta taxa de recidivas, necessitando de cuidados tópicos, uso da terapia compressiva para controle da hipertensão venosa e mudança no estilo de vida. O tratamento é longo e dispendioso, e as limitações que a ferida impõe contribuem para distanciar a pessoa acometida das atividades laborais e sociais, ainda em idade produtiva (1-2).

Os fatores que envolvem esse tipo de ferida, como o odor desagradável, o alto grau de exsudação, a dor, a mobilidade limitada e o isolamento social, afetam de forma negativa a qualidade de vida da pessoa, necessitando de cuidados no domicílio e acompanhamento em serviços de enfermagem especializados (3).

Apesar da relevância do desenvolvimento da autonomia da pessoa com úlcera venosa para o cuidado de si (4), a participação familiar nas ações inerentes ao cuidado pode repercutir na redução das recidivas. A assistência integral a essas pessoas ultrapassa o cuidado tópico, devendo o enfermeiro realizar ações de educação em saúde que integrem os familiares no processo terapêutico (5).

Destarte, o enfermeiro deve pautar a atuação na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), elaborando e implementando intervenções, no intuito de identificar problemas, determinar metas, planejar intervenções e avaliar o cuidado. Tais ações elevam a qualidade da assistência e permitem a identificação precisa das necessidades do paciente e respectiva família(6), sendo os Diagnósticos de Enfermagem (DE) considerados imprescindíveis para direcionar a assistência de enfermagem (7).

Dentre os DE relacionados às pessoas com úlceras venosas, é importante destacar o "Controle ineficaz da saúde", que pode sinalizar a dificuldade na adesão ao tratamento prescrito, tendo como consequência o retardo na cicatrização e as recidivas da ferida. Este diagnóstico tem como fatores relacionados: apoio social insuficiente, conhecimento insuficiente do regime terapêutico e conflito familiar, e traz como intervenção a proposta do sistema de apoio familiar, capaz de melhorar as ações de cuidado e mobilizar essas pessoas (8).

Assim, conhecer a realidade de familiares de pessoas em tratamento da úlcera venosa pode propiciar melhor condução no planejamento da assistência de enfermagem, de forma a integrá-los no processo terapêutico. Neste sentido, objetivou-se identificar os saberes e os fatores intervenientes encontrados por familiares no cuidado a pessoas com úlceras venosas no domicílio.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

### Participantes da pesquisa

A seleção da amostra deu-se por conveniência, sendo composta pelos familiares das pessoas com úlceras venosas de ambos os sexos. No primeiro atendimento a estas pessoas no serviço ambulatorial de estomaterapia, é realizada a Consulta de Enfermagem e deliberados os DE. A amostra do estudo foi composta pelos familiares de pacientes com o DE "Controle ineficaz da saúde".

Para sistematização da amostra, realizou-se análise prévia do agendamento do serviço para identificar as pessoas com o respectivo DE. Ao chegar ao serviço, o familiar era abordado pela pesquisadora que explicava os objetivos da pesquisa e o convidava a participar voluntariamente. No total, entrevistaram-se oito familiares, durante o mês de abril de 2019, sendo estabelecido o critério de saturação das informações para estimativa do número de participantes.

Os critérios de inclusão definidos foram: pessoas com 18 anos ou mais que moravam ou conviviam com a pessoa com a ferida, em pleno domínio de consciência. E os critérios de exclusão foram: pessoas que apresentassem estado de saúde físico ou mental comprometido, de modo a inviabilizar as respostas às perguntas da entrevista.

### Local de estudo

O estudo foi realizado em ambulatório de atendimento especializado no cuidado a pessoas com feridas, em hospital Escola da Rede Pública, situado em Fortaleza, Ceará, Brasil.

### Coleta de dados

Desenvolveu-se para o presente estudo instrumento com roteiro de entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas, que abrangia a caracterização sociodemográfica dos participantes, conhecimentos sobre a úlcera venosa e as dificuldades e mudanças no planejamento de vida após o surgimento desta no familiar. A coleta das informações foi efetuada pela própria pesquisadora, a partir de entrevista individual, com a gravação de voz, após autorização dos sujeitos do estudo. Os participantes foram identificados pela letra F (Familiar), seguida do número indicativo da ordem da entrevista.

### Procedimentos de Análise de Dados

Os dados coletados foram transcritos e analisadas qualitativamente, utilizando-se da técnica de Análise de Conteúdo que ocorre por meio da sistematização da descrição da mensagem recebida, buscando a sua compreensão(9),

sendo agrupado em três categorias temáticas: Saberes dos familiares no cuidado à úlcera venosa; Necessidade da orientação para manutenção do cuidado no domicílio; e Influência da úlcera venosa na dinâmica familiar.

### Procedimentos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer nº 3.006.436 e nº 3.263.789. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), antes da entrevista.

### RESULTADOS

Dos sujeitos do estudo, cinco eram do sexo feminino e três do masculino, estavam na faixa etária de 26 a 65 anos, com média de 39 anos, cinco eram casadas ou conviviam com companheiro (a), em regime de união estável, sendo dois solteiros e uma divorciada.

O tempo que o familiar auxiliava a pessoa no cuidado com a úlcera venosa variou de dois a 20 anos, coincidindo, na maioria dos casos, com o tempo em que a pessoa desenvolveu a ferida. O menor tempo de cuidado foi de nove anos e o maior de 20 anos, evidenciando a cronicidade da ferida.

Na análise dos dados obtidos na entrevista, destacaram-se três categorias temáticas:

#### Categoria 1: Saberes dos familiares no cuidado à úlcera venosa

Evidenciou-se, pela fala dos entrevistados, fragilidade de compreensão acerca do que é a úlcera venosa, no entanto, a maioria relacionou a ocorrência da ferida a algum distúrbio do sistema venoso.

*Tenho pouco conhecimento, é um problema que dá na veia e, às vezes, abre a úlcera que é essas feridas que meu irmão tem (F3).*

*No caso da minha mãe, é uma úlcera devido ao excesso de peso dela e uma ferida demora a cicatrizar e dolorosa também e requer muito cuidado (F4).*

*Tenho nem ideia, acho que o motivo é a circulação dele (F8).*

Na prática, enquanto enfermeira que atua no atendimento à pessoa acometida pela úlcera venosa, percebeu-se que o caráter crônico, devido ao tempo de convivência com o agravo, deveria contribuir para maior entendimento por parte dos familiares. Contudo, não se reconhece essa conotação, visto que estas pessoas podem se sentir desmotivadas pelo longo tempo dedicado ao cuidado à pessoa com a ferida.

Quando questionados sobre o motivo do retardo da

cicatrização da ferida, alguns dos entrevistados afirmaram não saber o motivo, os demais citaram ausência de repouso, má circulação sanguínea, excesso de peso e ausência de bons hábitos alimentares.

*A falta de entendimento do paciente em não ter repouso (F2).*

*Acho que é porque não circula direito o sangue (F3).*

*É o excesso do peso dela e a alimentação que não é tão saudável (F4).*

*Sei que demora, mas não sei o porquê (F7).*

Para auxiliar uma pessoa com ferida crônica, é necessário que o familiar compreenda o processo que envolve o cuidado a ser dispensado fora do serviço de saúde, sendo importante a apropriação de informações básicas sobre a doença, a prevenção de condições crônicas e os cuidados com a ferida, além de buscar, observar e interagir com a equipe de saúde, durante o atendimento. Desta forma, o profissional de saúde que faz o acompanhamento, amplia o vínculo com o paciente e a família, o que poderá potencializar a continuidade do tratamento em âmbito domiciliar e, sobretudo, a melhoria da ferida.

Quanto ao cuidado com a úlcera, questionou-se aos familiares sobre as dificuldades encontradas no espaço domiciliar, sendo citadas a não adesão ao repouso, questões de ordem econômica e conhecimento insuficiente acerca do tratamento.

*Ele aceitar que para ela cicatrizar, precisa ter repouso absoluto (F2).*

*A questão financeira, nem sempre a gente tem o dinheiro para ela ter uma boa alimentação e para comprar os medicamentos e curativos (F5).*

*A demora que tem para cicatrizar, a úlcera dele fecha e depois abre novamente e ele fica impaciente (F8).*

Nessa perspectiva, ao serem questionados sobre os cuidados que a pessoa deve ter, pontuaram-se o cuidado tópico com a ferida, o acompanhamento com o médico, a prática de atividade física, o repouso, a elevação do membro e o controle alimentar.

*Repouso, faixa para melhorar a circulação e levantar as pernas. Ele passa o dia com as pernas levantadas (F3).*

*Não sei muito bem, sei que tem que ter o repouso (F5).*

*Higiene, lavar sempre o local, estar coberto com o curativo, evitar vários tipos de alimento para não estar inflamando (F6).*

Os entrevistados demonstraram conhecer os cuidados mais importantes para o processo cicatricial da úlcera venosa, necessitando, contudo, de melhor direcionamento e maiores estímulos para que tais ações façam parte da rotina diária da pessoa acometida.

### **Categoria 2: Necessidade da orientação para manutenção do cuidado no domicílio**

Os familiares foram unânimes ao serem questionados sobre a necessidade de ter acesso ao material educativo que forneça informações sobre a úlcera venosa, expressando a importância deste no cotidiano de cuidados e o benefício esperado.

*Ajudaria bastante, pois seria uma forma de ter conhecimento (...) quanto maior o conhecimento eu tiver para ajudar em casa, melhor será (F1).*

*É sim, toda a informação é boa, eu gostaria que tivesse uma cartilha para me orientar melhor (F3).*

*Bastante, porque têm coisas que eu nem sei e nem tudo é explicado, tem hora que a ferida está boa e tem hora que piora e eu que fico próxima a ela, observo bastante (F4).*

Após avaliar as respostas, perceberam-se a angústia causada pelas dúvidas relacionadas ao tratamento e o sentimento de impotência e ansiedade, que podem ser minimizados pelo acesso a material educativo permanente que pode ser consultado em momento oportuno.

### **Categoria 3: Influência da úlcera venosa na dinâmica familiar**

No momento da entrevista, ao serem questionados sobre as mudanças pessoais nos projetos de vida, após o surgimento da úlcera venosa no familiar, os participantes relataram, sobretudo, a necessidade de abandonar emprego ou manter-se desempregado, assim como as mudanças nas atividades de lazer, devido à necessidade de dedicar-se à pessoa no auxílio aos cuidados diários, em especial com a ferida.

*Já precisei sair de um emprego, pois minhas irmãs eram casadas e não podiam largar as famílias para ajudar no cuidado dela (F1).*

*Mudou, porque eu queria trabalhar, mas sou obrigada a fazer o curativo dele todos os dias, porque ninguém quer fazer (F3).*

*Mudou bastante porque eu tive que abrir mão de muita coisa por ela, porque ela não pode ficar sem uma pessoa para auxiliá-la (F4).*

Na fala dos familiares, identificou-se a repercussão econômica que a ferida pode trazer, considerando que a

pessoa acometida dificilmente manterá as atividades laborais. Ainda sobre as alterações na vida daqueles que cuidam, questionou-se se havia ou houve variações nas condições fisiológicas e sociais, a exemplo do sono, descanso, lazer e participação social.

*Atrapalha. Tanto eu como minha irmã, nós não podemos deixá-lo sozinho, não posso arranjar um emprego fixo (F2).*

*Quando a ferida está mais extensa, aumenta a preocupação (F3).*

*Não, eu o ajudo com maior satisfação, minha família é tudo que eu tenho (F7).*

Os familiares envolvidos no processo terapêutico, também, sentirão o efeito de algumas das limitações impostas pelo adoecimento, já que, por questões afetivas ou solidárias, não mantêm as atividades que antes faziam parte da rotina.

## **DISCUSSÃO**

Na assistência às pessoas com feridas crônicas, identificar os pontos que podem influenciar nos saberes e nas práticas dos familiares no domicílio, pode ser vista como ação colaborativa.

Entende-se que a incompreensão para realizar as práticas comunitárias de cuidado a serem desenvolvidos pela família poderá influenciar na adesão ao tratamento. Pois, conhecer as características das pessoas, para que as intervenções sejam planejadas e direcionadas a cada caso, pode ser vista como condição relevante na continuidade do tratamento<sup>(10)</sup> e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Conforme os achados do estudo, a presença maior da figura feminina no cuidado é corroborada pela literatura, quando se afirma que, no ambiente domiciliar, esta ação é, geralmente, exercida por cônjuges e filhos, em especial por mulheres. A satisfação do cuidar pode estar relacionada ao prazer e à valorização da pessoa cuidada, na medida em que essas pessoas se sentem retribuindo algo que receberam<sup>(11)</sup>.

Em relação ao conhecimento sobre a doença, estudo realizado com pessoas com úlcera venosa encontrou resultados semelhantes quanto à fragilidade do conhecimento das causas e dos cuidados que permeiam esta ferida<sup>(12)</sup>, sendo o manejo desta desafiador, tanto para as pessoas que convivem com ela, quanto para o enfermeiro que implementa o tratamento tópico, essencialmente pelo caráter crônico e recorrente. Estudo de coorte acompanhou 50 pacientes adultos após cicatrização da úlcera venosa, durante 10 anos, mostrando que 62% apresentaram recidivas das feridas<sup>(2,13)</sup>.

A atenção a essas pessoas deve se concentrar em medidas que estimulem o retorno venoso, o controle da hipertensão venosa e o cuidado tópico com a ferida, de forma a promover

ambiente adequado para que ocorra a cicatrização. A adesão a novos comportamentos deve fazer parte da rotina diária da pessoa com uso contínuo de terapia compressiva, a alternância dos momentos de repouso com práticas de caminhadas leves e o controle do peso corporal<sup>(13)</sup>.

Ao ponderar a complexidade e a importância da adesão ao tratamento da úlcera venosa, a família é vista como fundamental suporte para o enfrentamento desta condição, na medida em que se configura como alicerce à pessoa doente, contribuindo para construção de um caminho de cuidados menos dolorosos. Os familiares são importantes atores a serem integrados ao cuidado terapêutico, especialmente por manter convívio diário e conhecer de perto as angústias e dificuldades que a pessoa com a ferida crônica possui<sup>(14)</sup>.

Para tal, o olhar diferenciado do profissional que assiste, por se tratar de cuidado contínuo, que deve ser adotado ao longo da vida e que traz em si alterações e adaptações para planejamentos futuros. Essas ações compartilhadas demandam o diálogo frequente e aberto, sendo condutos para se construir e implementar o plano terapêutico<sup>(15-16)</sup>.

Conforme identificado nas falas dos familiares, a questão econômica é considerada fator agravante, pois a pessoa doente necessita de cuidados diários e contínuos, o que demanda recursos de diversas ordens e o orçamento familiar. Em situação econômica limitada, a presença da ferida e a atenção demandada são elementos capazes de desequilibrar o controle financeiro e emocional da família, afetando, assim, a qualidade de vida dos envolvidos<sup>(6)</sup>.

Estudo realizado em Petrópolis sinalizou o grau de limitações que a úlcera traz em relação à capacidade funcional, com a execução das atividades referentes ao equilíbrio e à marcha, sendo consideradas com dependência parcial e o risco de quedas aumentado, o que demanda cuidados contínuos, sobretudo dos familiares<sup>(17)</sup>.

Com base nos achados deste estudo, sugere-se que a Enfermagem faça uso de diversas estratégias para promoção da saúde, de forma a estimular o autocuidado, inserir os familiares no projeto terapêutico instituído, buscando prevenir as complicações da úlcera venosa e contribuir na recuperação e reabilitação da pessoa, para que seja mantido maior grau de independência no autocuidado, partindo da premissa de que a negligência destes fatores acarretará maior necessidade do cuidado assistido por familiares<sup>(17)</sup>.

Diante disso, na busca da efetivação do cuidado integral, o enfermeiro deve estabelecer relacionamento interpessoal e terapêutico com o público que deseja atingir, em busca da promoção de intervenções eficazes e resolutivas, considerando que, ao expandir o foco do cuidado clínico de enfermagem, consegue-se alcançar, em totalidade, a pessoa

com a doença<sup>(18)</sup>, sendo importante pontuar que o uso das tecnologias educativas em saúde são importantes aliadas a este processo, na medida em que facilita o acesso da informação em tempo oportuno<sup>(19)</sup>.

### Limitações do estudo

Apointa-se como limitação deste estudo o fato de ter sido desenvolvido em ambulatório especializado, refletindo realidade local, sendo relevante a execução de estudos em outros serviços, abrangendo esferas maiores.

### Contribuição do estudo para a prática

Ofertar subsídios teóricos baseados em evidência para prática do cuidado de enfermagem em feridas, dando ênfase a importância da integração familiar no processo de cuidar e conviver com a úlcera venosa.

### CONCLUSÃO

Constatou-se que os entrevistados tinham visão geral de que a úlcera venosa decorre de problemas relacionados ao sistema circulatório, percebiam as necessidades de cuidados importantes no tratamento, sendo estes, no entanto, práticas negligenciadas, fato que pode estar relacionado à ausência de compreensão sobre a sua importância.

Dentre as dificuldades encontradas, percebeu-se a influência de algumas das limitações impostas pela úlcera venosa, uma vez que, por questões afetivas ou solidárias, os familiares não mantêm as atividades que antes faziam parte da rotina, afetando a qualidade de vida destes. Assim, observaram-se lacunas quanto ao conhecimento dos entrevistados e fatores que intervêm no cuidado à pessoa com ferida.

Desta forma, assevera-se a atuação de enfermeiros na disseminação de informações e no processo de educação em saúde para alcançar pessoas acometidas pela úlcera venosa, assim como familiares que fazem parte do convívio diário, considerando-os potenciais aliados na prática do cuidado que deve ser mantido no domicílio.

**Agradecimentos:** Ao Cofen e à CAPES, pela parceria firmada na fomentação de bolsas em mestrados profissionais voltadas aos enfermeiros.

**Contribuições dos autores:** Concepção, desenho, análise, interpretação dos dados e redação do artigo: Saionara Leal Ferreira, Islene Victor Barbosa, Cecília Freitas de Araújo Mota, Solange Gurgel Alexandre, Rita Mônica Borges Studart. Revisão crítica e revisão final: Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu.

## REFERÊNCIAS

- Harding K, Dowsett C, Fias L, Jelnes R, Mosti G, Öien R, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations [Internet]. London: Wounds International; 2015 [acesso em 20 fev 2019]. Disponível em: [www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com)
- Borges EL, Ferraz AF, Carvalho DV, Matos SS, Lima VLAN. Prevenção de recidiva de úlcera varicosa: um estudo de coorte. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 29 nov 2019]; 29(1):9-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002016000100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002016000100009&lng=en).
- Franks PJ, Barker J, Collier M, Gethin G, Haesler E, Jawien A, et al. Management of Patients With Venous Leg Ulcers: Challenges and Current Best Practice. *J Wound Care* [Internet]. 2016 [acesso em 20 fev 2019]; 25(Sup6): S1-S67. Disponível em: <http://www.magonlineibrary.com/pb-assets/JOWC/EWMAvenous-leg-ulcers.pdf>.
- Finlayson K, Wu ML, Edwards HE. Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [acesso em 20 fev 2019]; 52(6):1042-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25801312>.
- Brito DT, Xavier VMA, Santos JP, Agra G. Dor em úlcera crônica: perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes do município de Cuité – PB. *Academus Rev Científica Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 20 fev 2019]; 2(2). Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/317>.
- Sousa HF, Araújo AM, Rosso ICASN, Freitas e Silva KR. O enfermeiro no manejo clínico de pacientes com úlcera venosa: revisão integrativa de literatura. *Rev Humano Ser – UNIFACEX*. 2015 [acesso em 20 fev 2019]; 1(1):32-51. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/623>.
- Channes M. SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem Descomplicada. São Paulo: Guanabara Koogan; 2018.
- Herdman TH, Kamitsuru S, NANDA International Inc. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Robaina ML, Budó MLD, Silva DC, Schimith MD, Durgante VL, Simon BS. Saberes e práticas de pessoas com úlcera venosa em tratamento com bota de Unna. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2016 [acesso em 20 fev 2019]; 6(3): 371-81. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21985>.
- Aires M, Pizzol FLFD, Mocellin D, Rosset I, Morais EP, Paskulin LMG. Cross-cultural adaptation of the Filial Responsibility protocol for use in Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017. [acesso em 20 fev 2019]; 70(6): 1268-76. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672017000601268&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000601268&lng=en).
- Silva AS, Rodrigues TS, Meneses SM, Vera SO, Silva LM, Oliveira MCL et al. O cotidiano de pacientes com úlcera venosa: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Acervo Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 20 fev 2019]; 9:871-82. 10. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS111.pdf>
- Fletcher F, Atkin L, Dowsett C, Hopkins A, Tickle J, Worboys F, et al. Best practice statement: holistic management of venous leg ulceration [Internet]. London: Wounds UK; 2016 [acesso em 20 fev 2019]. Disponível em: [www.wounds-uk.com](http://www.wounds-uk.com).
- Silva A, Santos E, Oliveira I, Viegas L, Santos M, Silva V, Costa C, Bisagni C, Jorge K. As úlceras vasculogênicas na perspectiva do cuidado de enfermagem. *Rev Presença* [Internet]. 2017 [acesso em 20 fev 2019]; 3(9):71-85. Disponível em: <http://revisitapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/numerohum/article/view/115>.
- Ribeiro G, Cavalcante TB, Santos KCB, Feitosa AHC, Silva BRS, Santos GLS. Pacientes internados com feridas crônicas: um enfoque na qualidade de vida. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [acesso em 27 nov 2019]; 10(2). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1740>.
- Santos RSS, Sardinha AHL. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [acesso em 6 jul 2019]; 2(9):61-6. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1078>.
- Santos LSF. Capacidade funcional de pacientes com úlceras venosas no município de Petrópolis/RJ [dissertação]. Fluminense (RJ): Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Universidade Federal Fluminense; 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/2430>.
- Teixeira AK. Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa: fundamentação na Teoria de Imogene King [dissertação]. Fortaleza (CE): Mestrado acadêmico, Universidade Estadual do Ceará; 2016. Disponível em: <http://www.uece.br/cmacclicis/dmdocuments/anne.pdf>.
- Benevides JL, Coutinho JFV, Pascoal LC, Joventino ES, Martins MC, Gubert FA, et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016. [acesso em 27 nov 2019]; 50(2):309-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342016000200309&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000200309&lng=en).

# CONHECIMENTO DAS MULHERES E DOS HOMENS REFERENTE AO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

Laiany Lais de Alcântara<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6557-2910>

Leila Cristine do Nascimento<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4744-4576>

Vânia Aparecida da Costa Oliveira<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7082-5997>

**Objetivo:** conhecer o que as mulheres e os homens com vínculo trabalhista ou estudantil da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste, sabem sobre o climatério e menopausa. **Método:** estudo de caso único, com abordagem qualitativa e fundamentada na técnica de Análise Crítica do Discurso. A pesquisa contou com 43 participantes, sendo 15 mulheres e 28 homens. **Resultados:** a distinção entre climatério e menopausa nem sempre é clara para os participantes, sendo desconhecidas, especialmente, pelos participantes do sexo masculino. Além disso, o climatério é um período em que as mulheres queixam-se de vários sintomas, tanto biológicos quanto psicológicos. **Considerações finais:** há uma defasagem no conhecimento das mulheres referente ao climatério e à menopausa. Nota-se o desconhecimento total dos homens referente ao climatério, e poucos sabem o que é a menopausa. Em face ao exposto, evidencia-se a necessidade de mais estudos que busquem explorar a temática menopausa/climatério.

**Descritores:** mulher; homem; conhecimento; climatério; menopausa.

## WOMEN AND MEN'S KNOWLEDGE REGARDING THE CLIMATE AND MENOPAUSE

**Objective:** to know the that women and men with a labor or student bond of the Federal University of São João del-Rei, Campus Central-West, know about the climacteric and menopause. **Method:** a unique case study, with a qualitative approach and based on the technique of Critical Discourse Analysis. The survey counted on 43 participants, being 15 women and 28 men. **Results:** the distinction between the phases of female life understood by the climacteric and the menopause is not always clear to the participants, being unknown, especially, by the male participants. In addition, it is a time when women complain of various symptoms, both biological and psychological. **Conclusion:** there is a lag in women's knowledge regarding such periods. Men's total ignorance of the climacteric is noted, and few know what menopause is. In view of the above, it is evident the need for further studies that seek to explore the menopausal / climacteric theme.

**Descriptors:** woman; man; knowledge; climacteric; menopause.

## CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES Y DE LOS HOMBRES REFERENTEAL CLIMATERAL Y MENOPAUSA

**Objetivo:** conocer el desarrollo que las mujeres y los hombres con vínculo laboral o estudiantil de la Universidad Federal de San Juan del Rey, Campus Centro-Oeste, saben sobre el climaterio y la menopausia. **Metodo:** estudio de caso único, con abordaje cualitativo y fundamentado en la técnica de Análisis Crítico del Discurso. La encuesta contó con 43 participantes, siendo 15 mujeres y 28 hombres. **Resultados:** la distinción entre las fases de la vida femenina comprendidas por el climaterio y la menopausia no siempre es clara para los participantes, siendo desconocidas, especialmente, por los participantes del sexo masculino. Además, es un período en que las mujeres se quejan de varios síntomas, tanto biológicos y psicológicos. **Conclusión:** hay un desfase en el conocimiento de las mujeres referente a tales períodos. Se nota el desconocimiento total de los hombres referente al climaterio y pocos saben lo que es la menopausia. En vista de lo expuesto se evidencia la necesidad de más estudios que busquen explorar la temática menopausia / climaterio

**Descritores:** mujer; hombre; conocimiento; climaterio; menopausia.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São João Del-Rei, MG.

Autor Correspondente: Laiany Alcântara E-mail: [laiany.alcantara@hotmail.com](mailto:laiany.alcantara@hotmail.com)

Recebido: 24/06/2019

Aceito: 14/08/2019

## INTRODUÇÃO

A população feminina representa 51,6% da população brasileira<sup>(1)</sup>, tal fato reforça a necessidade de políticas públicas que contemplem as especificidades inerentes à saúde feminina e que tenham como foco a integralidade da assistência. Dessa forma, a Política Nacional de Assistência Integral à Mulher (PNAIM) foi instituída pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o foco da assistência à saúde da mulher que, até então, era limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto e, assim, ratificar uma visão restrita da mulher<sup>(2)</sup>.

Considerando-se a ampliação da assistência à saúde da mulher e as diversas especificidades dessa população, sobretudo, o impacto que o aumento da expectativa de vida tem sobre a sua saúde, o climatério e a menopausa despontam como fases importantes e que necessitam de maiores cuidados, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida durante e após essas fases.

O climatério corresponde à transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher, a faixa etária de acontecimento compreende mulheres de 35 a 65 anos. Já a menopausa é reconhecida após 12 meses consecutivos de amenorreia, assim é considerada um evento dentro do climatério. Este, passa, então, a ser delimitado por duas fases assim definidas: pré-menopausa ou perimenopausa e a pós-menopausa.<sup>(4-3)</sup>

Na fase de pré-menopausa sintomas comuns são: a irregularidade dos ciclos menstruais, menorragia ou hipermenorreia. Os fogachos e alterações de humor também podem iniciar. Na fase pós-menopausa algumas mudanças podem ser notadas como o ressecamento vaginal, dispareunia, urgência urinária, disúria, perda da libido, dentre outras. É de grande relevância citar também os aspectos psicológicos dessas mulheres, pois, o fato de estar no climatério, especialmente na pós-menopausa, pode representar um período de perda da feminilidade, produtividade e de grande desconforto. Esses sintomas variam de mulher para mulher e serão vivenciados de acordo com a história de vida de cada uma, levando em conta as condições sociais, econômicas, fatores hereditários e culturais.<sup>(4-3)</sup>

Nesse contexto, diante das modificações endócrinas, físicas e emocionais que ocorrem durante essas fases, faz-se necessário descobrir o que as mulheres sabem a respeito do assunto e outras questões relacionadas. Além disso, é de extrema importância identificar quais os conhecimentos que os homens possuem a respeito desses períodos, pois, seja no papel de companheiro, seja no papel de filhos ou demais familiares, o não conhecimento desse período por parte dos homens pode levar ao julgamento e repressão da mulher que passa por essa fase, causando ou piorando um quadro de um sofrimento emocional.

Diante disso, a criação de estratégias para melhorar o conhecimento de homens e mulheres acerca do climatério e da menopausa pode contribuir para que essas fases sejam vivenciadas com mais segurança, apoio, companheirismo e solidariedade. Considerando-se a complexidade inerente a essas, torna-se necessário que elas façam parte do rol de capacitações dos profissionais de saúde e dos currículos dos cursos dessa área, pois, só assim, pode-se garantir uma assistência mais humanizada e integral às mulheres e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida.

Assim sendo, este estudo tem como objetivo conhecer o que as mulheres e os homens com vínculo trabalhista ou estudantil da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste (UFSJ/CCO), sabem sobre o climatério e menopausa.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Estudo de caso único, com abordagem qualitativa e utilização da técnica de Análise Crítica do Discurso (ACD), proposta pelo linguista britânico Norman Fairclough. A ACD propõe analisar o papel da linguagem como reprodução de prática social e ideologias, além do seu papel essencial na transformação social. Para Fairclough, por um lado o discurso é moldado pela estrutura social e, por outro lado, constitutivo de uma estrutura social<sup>(6)</sup>. Por sua vez, o estudo de caso único permite realizar entrevistas com as pessoas envolvidas num determinado evento, permitindo assim, investigar em profundidade e no contexto de vida real<sup>(6)</sup>.

### Participantes da pesquisa

A pesquisa contou com 43 participantes, sendo 15 mulheres e 28 homens. Obedeceu-se aos critérios de inclusão: a) ter vínculo estudantil ou trabalhista com a UFSJ/CCO; b) ter idade entre 35 e 65 anos (mulheres); ter mais de 18 anos de idade (homens).

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Campus da UFSJ/CCO, Dona Lindu.

### Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de roteiro semiestruturado, composto por onze perguntas abertas para as mulheres e cinco para os homens. E em ambos, apresentavam perguntas fechadas com o objetivo de conhecer o perfil sociodemográfico.

Antes da aplicação do questionário foi realizado um teste piloto, com oito pessoas, estes não foram considerados nos resultados. As entrevistas ocorreram de agosto a novembro de 2018, o tempo médio das entrevistas foi de quatro minutos.

A captação dos participantes foi por meio de busca ativa e agendamento por meio de endereço eletrônico. A aplicação do questionário foi feita após a explicação do projeto de pesquisa, leitura e assentimento do participante formalizado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O local utilizado foram salas de aula desocupadas, garantindo a privacidade e conforto aos participantes.

Não houve um número determinado de respondentes. A coleta de dados se encerrou quando ocorreu saturação dos dados que, neste estudo, foi por replicação literal<sup>(6)</sup>. A saturação foi percebida na entrevista 37. Foram realizadas mais seis entrevistas que confirmaram a saturação, encerrando a coleta de dados na entrevista 43. Estas foram identificadas por código numérico, garantindo o anonimato dos participantes. Dessa forma, foi padronizada a utilização da primeira letra corresponde ao curso do entrevistado ou vínculo trabalhista. Exemplo: B (bioquímica); T (trabalhador); P (professor); seguido pelas letras F (feminino) ou M (masculino), e por último o número correspondente à entrevista, como por exemplo: BF01 (bioquímica, feminino, entrevista 01).

### Procedimento de análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra. Para Fairclough<sup>(5)</sup>, a transcrição determina, necessariamente, a interpretação da fala, desse modo, a transcrição é vista como uma teoria. Após isso, foram lidas e analisadas de forma compreensiva, buscando identificar discursos semanticamente semelhantes, que possam ser relacionados entre si, dando origem às categorias.

### Procedimentos éticos

Seguiu-se as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas que envolvem seres humanos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSJ/CCO, por meio do parecer consubstanciado número: 2.616.035, CAAE: 3250418.9.0000.55458.

## RESULTADOS

A análise dos dados acerca do conhecimento de mulheres e homens em relação ao climatério e menopausa possibilitou a construção de cinco categorias empíricas:

### Climatério e Menopausa: Dois períodos distintos reconhecidos como o mesmo

É central nos discursos dos participantes que nem sempre é clara a distinção entre o climatério e a menopausa, sendo ressaltado a cessação da menstruação como o marco de tais períodos, como pode-se observar nos discursos abaixo:

*“O término do ciclo menstrual da mulher” FM006*

*“É a menopausa. É um momento em que a mulher passa por várias alterações.[...] É a cessação da menstruação [...]” PF040*

*“Uai, eu acho que é o mesmo, menopausa e climatério [...] Essa mudança também, eu não vejo muita diferença na colocação das duas não”BF002*

A expressão “Eu acho”, presente no discurso de BF002, revela uma incerteza do que significa e o que marca as fases. Essa incerteza é ratificada na expressão “eu não vejo muita diferença”. Evidencia-se assim que, para BF002, o climatério e a menopausa são sinônimos.

### Climatério e menopausa: uma fase que transcende os aspectos biológicos

Nesta categoria, os participantes expressam sintomas de frustração causados pelo fim da fase reprodutiva, há uma sensação de perda da essência feminina. Os discursos abaixo ilustram essa assertiva:

*“Elas se sentem impotentes por não poder mais ter filhos, acham que a fase sexual diminuem, elas se sentem com a auto estima baixa, por que a mulher não vai menstruar mais então ela vai se sentir diminuída perante as outras mulheres” EM011*

*“[...] é uma fase de conflito mesmo, porque como você está deixando de reproduzir, você perde a capacidade de gestação de engravidar [...]” PF037*

*“[...] Eu queria ter outro filho aí a gente fica meio triste desse período chegar e eu não ter tido[...]” DE040*

Nota-se também nos discursos das participantes o impacto do climatério e menopausa na vida conjugal:

*“Vejo muito elas reclamando da questão de intimidade com o marido[...], que muita das vezes o marido não tem essa noção que para ela a coisa não está confortável[...]” BM024*

*“[...]Muitas relatam que perdem o desejo de ter relação sexual e muitas ficam triste por isso. Porque pode ocorrer alguma infidelidade no casamento e elas se sentem culpadas por isso [...] E elas ficam depressivas por causa disso” EM040*

A crença da perda da feminilidade e a associação do climatério e da menopausa ao envelhecimento é presente nas falas:

*“Todas as mulheres que eu conheço que entram nessa fase, elas têm um pouco de frustração, é como se elas tivessem perdendo um pouco “do que é ser mulher”. Porque existe uma relação entre a ovulação a menstruação e “o que é ser mulher”, elas pensam “agora eu estou envelhecendo”, existe ainda no nosso país a relação que a terceira idade não tem uma boa relação com sexualidade, com ser mulher, com beleza. Então eu não vejo as mulheres enfrentando o climatério positivo, fala-se muito dos transtornos físicos que ele traz, mas acho que além disso o significado desse final de ciclo reprodutivo e talvez esteja relacionado sim com o desejo, envelhecimento”PF043*

*“[...]É como se fosse uma sensação de envelhecimento, para todas. Então eu acho que ela precisa estar preparada e isso precisa ser tranquilo porque é fisiológico, mas eu acho que uma grande parte delas tem essa sensação de envelhecimento, [...] deixar de ter essa característica feminina que é reprodução”PF037*

É frequente nas falas das participantes a expressão “todas”. O uso desse termo evidencia que, de forma geral, as mulheres se sentem frustradas ao entrar no período do climatério ou da menopausa, como relatado na fala da PF043. Já na fala da PF037, o uso da palavra “todas” vem relacionado ao que ela acha que acontece quando as mulheres entram no climatério ou na menopausa, e ela generaliza afirmando que todas as mulheres vão vivenciar uma sensação de envelhecimento.

### **Climatério e Menopausa: Principais sinais e sintomas vivenciados pelas mulheres**

Percebe-se que os principais sintomas relatados foram: fogaço, a labilidade de humor, perda da libido, dor em membros inferiores, irregularidade do ciclo menstrual e enxaqueca:

*“Só mesmo a variação de humor [...]” PF042*

*“No início por volta dos 52 anos eu tive essa instabilidade do humor mais acentuada, o ganho de peso mais abdominal, o ressecamento vaginal com a dispareunia e a enxaqueca. E as ondas de calor foram bem exacerbadas no início e com o passar do tempo elas foram diminuindo[...]”PF041*

*“[...]foi tranquilo, eu tive essas ondas de calor, tive também uma diminuição da libido[...]”PF032*

Pode-se notar que PF041 usa no seu discurso o advérbio de intensidade “bem”, que permite inferir o quão intenso são esses sintomas. Já PF032, revela no seu discurso que tem vivenciado esse momento de forma “tranquila”. Portanto, os diferentes discursos mostram que há uma singularidade na

forma como cada mulher vivencia e sente esses sintomas. Essa assertiva é reiterada pelo discurso de TF004:

*“Eu posso te falar de experiência própria, né? Então como sente: por um lado muito bem, por que a gente tá nessa idade, mas quando dá mudança hormonal assim, muita coisa muda [...]”TF004*

### **Climatério: Um mundo desconhecido pelos homens**

Os discursos a seguir evidenciam que a maioria dos homens não sabem o que é climatério:

*“Desculpe, mas eu nunca ouvi o termo”BM019 “Não faço a menor ideia” BM034*

*“Não sei”EM027*

O uso dos advérbios de negação “não” e “nunca” descreve a realidade sobre o desconhecimento dos homens sobre o climatério, e esse desconhecimento os impede de auxiliar as mulheres que vivenciam essa fase, como mostram os discursos abaixo:

*“Ah, muita pouca coisa porque é um ciclo natural, né? Então a gente não sabe o que fazer”FM006*

*“Não sei. Eu não sei o que fazer” TM033*

### **Climatério: O que as mulheres fazem para melhorar a qualidade de vida?**

A partir dos discursos fica evidente que as mulheres desconhecem medidas alternativas que podem minimizar os sintomas e melhorar a qualidade de vida:

*“Eu lavava o rosto na água fria”TFE043*

*“Me ensinaram que levantar os braços para cima fala que o sangue corre e que passa. Ai eu faço é isso[...]”TF004*

Outros discursos permitem inferir que o profissional médico, sobretudo o ginecologista, é ainda o mais requisitado pelas mulheres para esclarecer dúvidas a respeito do climatério e da menopausa.

*“Ginecologista, somente ele” TF004 “*

*[...]Tem a minha ginecologista” PFE042*

### **DISCUSSÃO**

Como apresentado nos resultados, menopausa e climatério são, comumente, confundidos ou simplesmente identificados como um mesmo período. E, embora sejam fases que acometem todo o público feminino em uma determinada

etapa de sua vida, tais fases não podem ser apresentadas de forma padronizada, pois, o mesmo período pode ter diversos significados e alterações diferentes em cada mulher<sup>(4)</sup>.

A ausência de conhecimento sobre esses períodos impacta diretamente no autocuidado da mulher. Um estudo,<sup>(7)</sup> realizado no ano de 2015, com mulheres que se encontravam na pós menopausa, mostrou que apenas 33,3% delas haviam sido preparadas para a vivência desta etapa da vida, a maioria por orientação médica. 26,6% afirmaram que gostariam de terem sido preparadas com antecedência, pois consideram que não se cuidaram como deveriam. Esses dados corroboram com a pesquisa, uma vez que a maior parte das entrevistadas afirmaram não procurar nenhum tipo de ajuda profissional, a fim de esclarecer dúvidas ou buscar informações sobre climatério e menopausa.

Dessa forma, o climatério para muitas mulheres é um período que possui uma imagem negativa preponderante em relação às demais fases da vida. Pois, "representa a chegada da etapa mais experiente da mulher, com a perda dos caracteres da juventude, diminuição da fecundidade e o aparecimento de sintomas que podem comprometer a autoestima e interferir na qualidade de vida"<sup>(8,69)</sup>.

Além dos aspectos físicos, o climatério e a menopausa também impactam na vida social da mulher. Um estudo,<sup>(9)</sup> realizado em 2017, mostrou que 81,2% das mulheres referiram algum sintoma vasomotor, sendo o mais prevalente o fogacho. Quando se trata de sintomas urogenitais, 56,2% das mulheres referiram a diminuição da libido, o que pode afetar profundamente a interação com seus companheiros. No que diz respeito aos sintomas psicológicos, 31 (96,9%) mulheres apresentaram pelo menos um dos sintomas, sendo os mais prevalentes a diminuição da memória e concentração, seguidos da ansiedade e fadiga.

Outra pesquisa, realizada com 50 mulheres na faixa etária entre 40 a 65 anos apontou que mulheres com idade entre 56 a 65 anos, (40%) dizem ter nenhuma ou muito pouca informação sobre a menopausa e tratamentos. Dentre todas as participantes, 99% manifestaram três ou mais sintomas do climatério/menopausa, 50% sentem depressão, 66,6% fogachos, 23,3% dores musculares ou articulares, 20% diminuição da libido e 13,3% tiveram alterações físicas. Ademais, apontou que as mulheres entrevistadas se mostraram desejosas em conhecer melhor sobre essa fase<sup>(10)</sup>.

Assim sendo, durante o climatério e a menopausa, sintomas psicológicos podem causar um impacto significativo na qualidade de vida. Como a ansiedade, que está ligada a sentimentos de medo, de tensão, e pode ser causada por contato com algo novo, em situações inusitadas ou desconhecidas, como é o caso do climatério, que para muitas

mulheres é uma fase desconhecida. Além disso, tem-se encontrado relação entre sintomas psicológicos e as doenças, isto é, as emoções podem contribuir para o aparecimento de doenças específicas ou também podem ser consequência de doenças, desse modo podem acabar influenciando no seu prognóstico<sup>(11)</sup>.

Outro ponto que merece destaque é o desconhecimento dos homens referente ao climatério e menopausa. Tal fato é demonstrado em um estudo<sup>(12)</sup> de 2013, com homens. Neste estudo, pode-se identificar que eles possuem dificuldades para falar sobre o tema e que quando questionados são bem pontuais nas respostas. Outro aspecto importante é que eles reconhecem que a esposa necessita de apoio, mas que não sabem o que fazer para ajudá-las. Ressalta-se que o suporte familiar, sobretudo, do companheiro, é fundamental, pois, este, normalmente está mais próximo da mulher.

Diante do exposto, é essencial que os profissionais de saúde compreendam a subjetividade de cada mulher, reconheçam suas necessidades que algumas vezes não são verbalizadas, buscando o companheiro ou familiar, para que participe das consultas e também das mudanças de hábitos quando necessário. Desse modo, a equipe de saúde assegura que o diagnóstico e o acompanhamento sejam adequados<sup>(3)</sup>.

#### Limitações do estudo

Ressalta-se a dificuldade de encontrar estudantes acima de 35 anos, visto que o público da Universidade em geral é jovem.

#### Contribuição do estudo para a prática

Os resultados encontrados servem como subsídios para o planejamento de novas ações para esse público que poderão contribuir para melhoria do cuidado.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo revelam que a maior parte das mulheres não sabem ao certo do que se trata o climatério e a menopausa. Ademais, predominantemente, não buscam ajuda de profissionais de saúde, e quando buscam, procuram, apenas, o ginecologista. Além disso, não oportunizam o momento da consulta para falarem de forma mais profunda sobre esses períodos. Pode-se verificar, também, que grande parte das mulheres não realizam atividades alternativas como forma de aliviar os sintomas próprios da fase.

Verificou-se que os homens pouco sabem a respeito da menopausa, e que o período do climatério é predominantemente desconhecido, o que inviabiliza o apoio à mulher. É importante ressaltar que não se evidenciou que a escolaridade interfere no conhecimento de climatério e menopausa.

Em face ao exposto, evidencia-se a necessidade de mais estudos que busquem explorar a temática menopausa/climatério. Nesse sentido, o presente estudo apresenta relevância não apenas para a saúde da mulher, mas também

para a saúde coletiva. Além disso, o estudo avança ao incluir a visão masculina, pois esta pode contribuir para que a mulher vivencie as referidas fases com mais segurança, apoio, companheirismo e solidariedade.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Quantidade de homens e mulheres: Porcentagem da população, por sexo [acesso em 14 dez 2018]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-emulheres.html>.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-Princípios e Diretrizes [Internet]. 2004. [acesso em 19 mar 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa [Internet]. 2008 [acesso em 27 dez 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)
4. Souza NLSA.de, Araújo CL de O. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. Revista Kairós Gerontologia [Internet]. 2015 [acesso em 21 nov 2018] 18(2):149-165. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/26430/18952>
5. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2001.
6. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Bookman editora, 2015. 290p.
7. Lomônacoa C, Tomaza RAF, Ramosa MT de O. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. Reprodução & Climatério [Internet]. 2015 [acesso em 21 nov 2018] 30(2): 58-66. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000412>
8. Moreira MA, Brait LL. As alterações biopsicossociais no climatério e a inter-relação com a qualidade de vida: um estudo de revisão integrativa. Memorialidades [Internet]. 2014 [acesso em 19 nov 2018] 11(21): 57-83. Disponível em: <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/628>
9. Silva MA, Franceschi RJ, Paganotto M, Passoni CRMS. Perfil nutricional e sintomatológico de mulheres no climatério e menopausa. Caderno da Escola de Saúde [Internet]. 2017 [acesso em 15 nov 2018] 8:96-113. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/viewFile/2360/1932>
10. Ferreira ICC, Silva SS, Almeida RS de. Menopausa, Sinais e Sintomas e seus Aspectos Psicológicos em Mulheres sem Uso de Reposição Hormonal. Ensaios e Ciência: Ciência Biológicas, Agrárias e da Saúde [Internet]. 2015 [acesso em 10 nov 2018] 19(2). Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26042168003>
11. Nogueira JS, Oliveira BS, Mamede MV, Silva LDC. Sintomas psicológicos em mulheres climatéricas cardiopatas. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2018 [acesso em 21 nov 2018] (23)2. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2018/05/54075-233987-1-PB.pdf>
12. Leite MT, Taschetto A, Hildebrandt LM, Sand ICPVO. homem também fala: o climatério feminino na ótica masculina. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2013 [acesso em 21 nov 2018] 15(2):344-51. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15424/14785>

# OCORRÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SÍNDROME DE TERMINALIDADE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Antonia Rios Almeida<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1615-5042>

Rosimere Ferreira Santana<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4593-3715>

Dayana Medeiros do Amaral<sup>2</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6726-7138>

Daniel Espírito Santo da Silva<sup>3</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9011-9571>

**Objetivo:** identificar o diagnóstico de enfermagem Síndrome de Terminalidade em pacientes em cuidados paliativos oncológicos. **Método:** estudo clínico transversal desenvolvido no Instituto Nacional do Câncer - INCA, com 217 pacientes. **Resultados:** maioria do sexo feminino (57,1%), idade 61 a 70 (33,6%), câncer de orofaringe (23,6%) e mama (23,4%). Os principais diagnósticos encontrados como componentes da síndrome foram: Dor crônica (83,9%); Náusea (76%) e Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (76%); Fadiga (75,5%); Ansiedade (72,0%); Padrão respiratório ineficaz (44,0%); Conforto prejudicado (53,4%); Sofrimento espiritual (42,0%); Constipação (49,0%); Distúrbio do padrão do sono (28,5%). Como fatores relacionados: Cuidados paliativos (100%) e Doença em estágio avançado (100%) **Conclusões:** estudo demonstrou a ocorrência da Síndrome de terminalidade de modo simultâneo e em conjunto. Com isso, o enfermeiro tem em seu processo de enfermagem um diagnóstico sindrômico que proporciona julgamento clínico acurado em cuidados paliativos.

**Descritores:** Cuidados paliativos; Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem.

## OCURRENCE OF NURSING DIAGNOSIS TERMINALITY SYNDROME IN ONCOLOGICAL PATIENTS

**Objective:** to identify the nursing diagnosis Terminality Syndrome in patients in oncologic palliative care. **Methods:** cross-sectional study developed at the National Cancer Institute - INCA with 217 patients. **Results:** female (57.1%), age 61-70 (33.6%) oropharynx cancer (23.6%) breast (23.4%). The main diagnoses found as syndrome components were: Chronic pain (83.9%); Nausea (76%) and Unbalanced Nutrition: lower than body needs (76%); Fatigue (75.5%), Anxiety (72.0%), Ineffective respiratory pattern (44.0%); Impaired comfort (53.4%), Spiritual distress (42.0%), Constipation (49.0%); Sleep pattern disturbance (28.5%). As related factors: Palliative care (100%) and advanced disease (100%). **Conclusion:** study demonstrated the occurrence of terminality syndrome simultaneously and in conjunction.

**Descriptors:** Palliative Care; Nursing Diagnosis; Nursing.

## OCURRENCIA DEL SÍNDROME DE TERMINALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

**Objetivo:** identificar el diagnóstico de enfermería Síndrome de Terminalidad en pacientes en cuidados paliativos oncológicos. **Método:** estudio clínico transversal desarrollado en el Instituto Nacional del Cáncer - INCA con 217 pacientes. **Resultados:** (99,5%) estaba en etapa avanzada de la enfermedad, sexo femenino (57,1%), edad 61 a 70 (33,6%), cáncer de orofaringe (23,6%) mama (23,6%). Los principales diagnósticos encontrados como componentes del síndrome fueron: náuseas (76%) y nutrición desequilibrada: menor que las necesidades corporales (76%), dolor crónico (83,9%), fatiga (75,5%), ansiedad (72,0%), patrón respiratorio ineficaz (44,0%), confort perjudicado (53,4%), sufrimiento espiritual (42,0%), constipación (49,0%), trastorno del patrón en sueño (28,5%), como factores relacionados: Cuidados paliativos (100%) y Enfermedad en etapa avanzada (100%). **Conclusiones:** estudio demostró la ocurrencia del Síndrome de terminalidad de modo simultáneo y en conjunto. Así el enfermero tiene en su proceso de enfermería un diagnóstico sindrómico que proporcionará juicio clínico acurado en cuidados paliativos.

**Descriptor:** Cuidados paliativos; Diagnóstico de enfermeira; Enfermería.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense, RJ

<sup>2</sup>Hospital Placi Cuidados Extensivos, Rio de Janeiro, RJ.

<sup>3</sup>Hospital do Câncer, Rio de Janeiro, RJ.

Autor Correspondente: Antonia Rios Almeida Email: antonia.rios.prof@gmail.com

Recebido: 25/06/2019

Aceito: 29/01/2020

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico de enfermagem pode ser conceituado como julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde.<sup>1</sup> O diagnóstico de síndrome é conceituado como julgamento clínico relativo a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem, sendo mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares.<sup>(1)</sup> A abordagem sindrômica busca a integração de diagnósticos de enfermagem que quando abordados concomitantes podem oferecer excelência na assistência de enfermagem.

O Cuidado Paliativo é o processo de cuidado voltado para o indivíduo que tem o diagnóstico de uma doença incurável que ameace a vida, que deve ser visto na sua totalidade, e visa melhorar sua qualidade de vida perante o sofrimento da doença avançada. Essa assistência é prestada ao paciente e seus familiares, por meio da prevenção, alívio da dor e de outros sintomas, e devem abranger seu estado físico, psicossocial e espiritual.<sup>(2-3)</sup>

A terminalidade são supostamente designados aos pacientes com tempo de vida de meses. O processo de fim de vida ou processo ativo da morte tem como prognóstico de semanas a dias. Ainda não se tem uma literatura que possa, de fato, definir com clareza os termos de terminalidade e fim de vida.<sup>(2)</sup>

Segundo o Manual de Oncologia Clínica (2017),<sup>(2)</sup> os indivíduos com doença em fim de vida normalmente desenvolvem sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais como: emagrecimento súbito, dor, fadiga, dispnéia, delírio, depressão, entre outros. E, nas últimas 72 horas, o indivíduo pode apresentar indicadores clínicos clássicos como inapetência, confusão mental, acúmulo de secreção de vias aéreas superiores, cianose, olhos ressecados, falta de ar e xerostomia.<sup>(4,5)</sup>

Logo, a importância da avaliação dos sinais e sintomas, a mensuração conta com a aplicação de algumas escalas como: Performance Scale (PS), Escala de Zumbrod (ECOG) que avalia cinco critérios de desempenho do paciente os resultados. A Escala de Karnofsky avalia o estado clínico do paciente em relação as atividades por ele realizadas, onde 100% está com atividades normais e 10% moribundo e morte iminente; Escala de Edmonton avalia: dor, cansaço, padrão de sono, náusea, inapetência, dispnéia, tristeza, ansiedade e bem estar, numa escala de 0 a 10, a escolha do 10 é a pior sensação possível. Aplicadas juntas para avaliar a capacidade funcional do paciente para indicação de terapia e curso da doença.<sup>(5-7)</sup> No entanto, na fase seguinte de determinação diagnóstica há uma lacuna de uma proposta diagnóstica que auxilie na determinação conjunta desses vários problemas investigados e presentes conjuntamente.

Esclarecer e comunicar o desenvolvimento do processo da terminalidade/deterioração da doença é de suma importância, pois a priorização é fazer com que o indivíduo consiga viver profundamente cada dia com a melhor qualidade possível, e que seus familiares possam enfrentar melhor o luto após a sua morte. A demanda do cuidar deve estar ligada a equipe multidisciplinar. Normalmente, o enfermeiro é a frente do cuidado terapêutico.<sup>(4,8)</sup>

O diagnóstico de enfermagem Síndrome de terminalidade definido como "Estado de deterioração de um conjunto de sinais e sintomas físicos, psicológico, social e espiritual do indivíduo decorrente do agravo da doença. Apresenta como características definidoras: Dor crônica (00133), Distúrbio no padrão de sono prejudicado (00198), Náusea (00134), Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (00002), Ansiedade (00146), Fadiga (00093), Padrão respiratório ineficaz (00032), Conforto prejudicado (00214), Sofrimento espiritual (00066), Termorregulação ineficaz (00008), Constipação (00011), Diarreia (00013), Confusão aguda (00128), retenção urinária (00023), pesar (00136).<sup>(1)</sup> E outros fatores relacionados: cuidados paliativos, cuidados ao fim de vida, doenças crônicas em estágio avançado e incapacidade física crônica; A população de risco foi: idosos; e Condições associadas: doenças crônicas que ameaçam a vida, agravamento da doença, mobilidade prejudicada, prejuízo músculo esquelético e circulação prejudicada.

Para tanto, elaborou-se como **Pergunta de pesquisa:** Qual a ocorrência do diagnóstico da Síndrome de terminalidade em pacientes de cuidados paliativos oncológicos? **Objetivo:** Identificar na população amostral a prevalência do diagnóstico de enfermagem de Síndrome de terminalidade.

## MÉTODO

### Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo clínico transversal.

### Amostra

Para o cálculo amostral, levou-se em conta o número de pacientes atendidos na instituição, no período de seis meses. Considerando-se uma seleção por amostragem aleatória simples e margem de erro de no máximo 5%, o tamanho total da amostra estimado pelo tamanho da população foi dado pela fórmula:

Figura 1 - Fluxograma dos pacientes elegíveis

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} \div \left( 1 + \frac{z^2 pq}{Nd^2} \right)$$

No presente caso, determinou-se um intervalo de confiança de 95%, cujo valor correspondente a esta área na curva normal é de 1,96, devido à insuficiência preliminar de estimativa para as proporções desejadas, o produto foi substituído pelo seu valor máximo: 0,25 e d refere-se à margem de erro (no caso, 0,05). Assim, o tamanho da amostra de estudo estimada para este trabalho é de 257 pacientes.

### Seleção

Critérios de inclusão: indivíduos com idade maior ou igual de 18 anos; com abordagem em cuidado paliativo oncológico descrito em prontuário; com ou sem tratamento curativo prévio. Exclusão: Pacientes com impossibilidade terapêutica de completar a entrevista e ausência de familiares ou cuidadores na presença da entrevista.

### Local de estudo

O estudo foi realizado em duas unidades do Hospital Federal do Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer José Alencar Silva - INCA (Unidade HC-I). O HC I é a principal unidade hospitalar do INCA e a de maior complexidade tecnológica, estruturado para atender doentes de todas as modalidades de câncer. Dispõe atualmente de 168 leitos, com uma área de 33.000 m<sup>2</sup>.

O segundo local de estudo é uma unidade de posto avançado do Instituto Nacional do Câncer (unidade HC IV) - referência em cuidados paliativos, responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes encaminhados de outras unidades do Instituto com câncer avançado, sem possibilidades de tratamento modificador da doença. O HC IV trabalha com equipes multiprofissionais e conta com estrutura para a prestação de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, internação e serviço de pronto atendimento. Possui 52 leitos para internação.

### Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados trata-se de um formulário com a descrição dos itens de avaliação para cada característica definidora do Diagnóstico de enfermagem síndrome de terminalidade proposto, ele contempla as escalas de avaliação clínica do paciente que já são utilizadas na unidade e na prática clínica de oncologia.

A sua elaboração foi realizada após duas revisões integrativas: uma para busca dos principais diagnósticos de enfermagem<sup>(1)</sup> e a outra sobre as definições conceituais e operacionais de cada item componente do diagnóstico, que operacionalizou a construção do instrumento com reuniões do grupo de pesquisa e pelo teste piloto realizado.

O instrumento foi composto por 20 diagnósticos de enfermagem, e suas características definidoras relacionados as problemáticas físicas, psíquicas, sociais e espirituais do

paciente e familiares em cuidados paliativos oncológicos. Estruturado para respostas de sim e não. Aplicado em forma de entrevista com duração de 1 uma hora e meia.

### Análise dos Dados

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do software 2016, disponibilizado gratuitamente e eletronicamente pelo google drive, composta por 20 diagnósticos de enfermagem e 462 características definidoras. Seguiu-se a etapa de painel de avaliadores para fazer a inferência diagnóstica dos 20 diagnósticos de enfermagem aplicados pelo instrumento, foi feito por três experts: uma da área de sistematização da assistência de enfermagem e duas especialistas em cuidados paliativos oncológicos. Depois de consenso de inferência da presença dos diagnósticos, os resultados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0, e pelo software R, versão 3.2.1.

### Aspectos Éticos

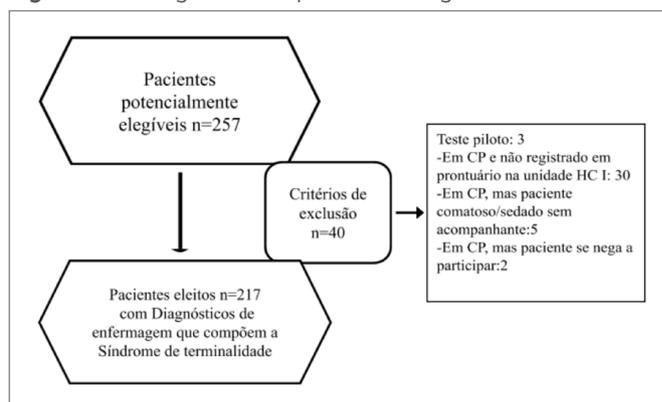
O estudo atende a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do: Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP-RJ e do Instituto Nacional do Câncer- INCA unidade HC I e HC IV. Número CAAE: 85415618.0.3001.5274. Com três pareceres, seguindo respectivamente as numerações na ordem 2.847.972, 2.877.336, 2.990.007.

## RESULTADOS

### Participantes

A Figura 1 apresenta o fluxograma dos 257 pacientes abordados no estudo e os motivos de exclusão para obtenção de 217 pacientes elegíveis.

Figura 1 - Fluxograma dos pacientes elegíveis



### Perfil sociodemográfico e clínico

A Tabela 1: perfil da população de estudo de cuidados paliativos oncológicos das unidades do Instituto Nacional do Câncer HC I e HC IV.

**Tabela 1** - Variáveis sociodemográficas e clínicas das Unidades HC I e HC IV- Rio de Janeiro, 2019.

Variáveis	HC - I n (%)	HC- IV n (%)	Total n (%)
Participantes	39 (18,0)	178 (82,0)	217 (100)
<b>Sexo</b>			
Feminino	23(10,6)	101(46,5)	124(57,1)
Masculino	16(7,4)	77(35,5)	93(42,9)
<b>Idade</b>			
20-30	4 (0,9)		
31-40	13 (0,6)		
41-50	25(11,5)		
51-60	53(24,4)		
61-70	73(33,6)		
71-80	31(14,2)		
81-93	18(0,8)		
<b>Diagnóstico Médico</b>			
Orofaringe*	4(10,2)	24(13,4)	
Mama*	5(12,8)	19(10,6)	
Colo de útero*		12(0,7)	
Útero *	6(15,3)	11(0,6)	
Estômago estágio IV*		9(0,5)	
Cólon*		7(0,4)	
Ovário*		6(0,3)	
<b>Local de metástase</b>			
Localmente avançado*	9(23,0)	57(32,0)	
<b>Sistema Nervoso</b>			
Central (SNC)*		16(0,9)	
Pulmonar*	2 (0,5)	13(0,7)	
Óssea*	4(10,2)	12 (0,7)	
<b>Tratamento prévio</b>			193(89,0)
Quimioterapia**	17(8,8)	48(24,9)	
Radioterapia**	12(6,2)	124(64,2)	
Cirurgia**	21(10,9)	104(58,4)	

\*Principais diagnósticos médicos e locais de metástases;  
 \*\*participantes que realizaram itens concomitantes.

A maioria dos participantes foram do sexo feminino em ambas as unidades hospitalares HC I (10,6%), HC IV (46,5,0%) e idade com maior percentual foi 61-70 (33,6%). Outro dado importante, foi fator de risco do uso de tabaco com (18%). Importante destacar outras características clínicas relevantes presentes nos pacientes em CP: sudorese presente em 26,7%; secreção de vias aéreas superiores 36,4%; 12,4% de presença de sibilos. Entre as comorbidades mais presentes, foram hipertensão com (85%) e diabetes com (32,1%).

**Tabela 2** - Uso de dispositivos invasivos pelos participantes do estudo. Rio de Janeiro, 2019.

Variáveis	HC I n (%)	HC IV n (%)	Total (%)
<b>Dispositivos invasivos</b>			
Cateter Vesical de Demora	19 (25,3)	56(74,7)	75 (34,5)
<b>Via de acesso para medicamentos</b>			
Periférico	35(16,1)	154(71)	189 (87,1)
Central	4 (1,8)	9(4,1)	13 (0,6)
hipodermoclise		15(6,9)	15(6,9)
<b>Medicamentos para analgesia</b>			
Morfina de horário*	19 (9,3)	138(67,6)	
Dripping de morfina*	8(3,9)	13 (6,4)	
Tramal*	7(3,4)	9(4,4)	
Dripping de morfina/midazolam*		10(4,9)	

\*medicamentos utilizados em ambas as unidades hospitalares.

Demais medicações prescritas com menor grau de ocorrência foram: oxicodona, pregabalina, gabapentina, metadona, escopolamina, paracetamol, escopolamina e fentanil.

**Tabela 3** - Variáveis das escalas de ECOG (escala de Zubrod) e Karnofsky (KPS), avaliação clínica utilizadas na assistência de oncologia. Rio de Janeiro-2019

Variáveis	HC I (n%)	HC IV (n%)	Total
<b>PS</b>			
4	14(6,5)	44(20,5)	58(27,0)
2	13(6,0)	60(27,9)	73(33,9)
3	11(5,1)	73(34,0)	84(39,1)
1	1(0,2)	1(0,2)	2 (0,4)
<b>KPS</b>			
40	9(4,2)	42(19,5)	51 (23,7)
50	7(3,3)	30(14,0)	37(17,3)
20	6(2,8)	29(13,5)	35(16,3)
10	6(2,8)	13(6,0)	19(8,8)
60	6(2,8)	29(13,5)	35(16,3)
30	4(1,9)	34(15,8)	38(17,7)
70	1(0,2)	1(0,0)	2(0,2)

As escalas já utilizadas na prática clínica de oncologia para avaliação de sinais e sintomas e sobrevida dos pacientes.

### Componentes da Síndrome de Terminalidade

Nas Tabelas seguintes apresentam-se os componentes estruturais da Síndrome da Terminalidade.

**Tabela 4** - Características definidoras da Síndrome de Terminalidade. Rio de Janeiro, 2019

Características definidoras	HC I n (%)	HC IV n (%)	Total
Dor crônica	35 (19,2)	147 (80,8)	182(89,9)
Náusea	34 (20,6)	131(79,4)	165(76)
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais	34 (20,6)	131(79,4)	165(76)
Fadiga	32 (19,5)	132(80,5)	164(75,5)
Ansiedade	24 (15,4)	132(84,6)	156(72,0)
Mobilidade física prejudicada	30 (19,6)	123(80,4)	153(48,3)
Conforto prejudicado	24 (20,7)	92(79,3)	116(42,0)
Constipação	15 (14,2)	91(85,8)	106(49,0)
Integridade tissular prejudicada	23 (21,9)	82(78,1)	105(49,0)
Padrão respiratório ineficaz	25 (26,3)	70(73,7)	95(44,0)
Sofrimento espiritual	16 (17,6)	75(82,4)	91(42,0)
Integridade da membrana da mucosa oral prejudicada	21 (26,6)	58(73,4)	79(36,4)
Confusão aguda	16 (23,9)	51(76,1)	67(31,0)
Distúrbio do padrão de sono	16 (25,8)	46(74,2)	62(28,5)
Termorregulação ineficaz	8 (15,1)	45(84,9)	53(24,4)
Volume de líquido excessivo	12 (23,1)	40(76,9)	52(24,0)
Pesar	7 (14,9)	40(85,1)	47(22,0)
Retenção urinária	11 (45,8)	13(54,2)	24(11,0)
Enfrentamento familiar comprometido	5 (22,7)	17(77,3)	22(10,1)
Diarreia	9 (56,3)	7(43,8)	16(0,7)

Portanto, observa-se a gama de diagnósticos que ocorrem em conjunto nos pacientes em cuidados paliativos no fim da vida, que se abordados em síndrome, podem melhor expressar o cuidado de enfermagem do que isoladamente.

**Tabela 5** - Fatores relacionados, população de risco, condições associadas do diagnóstico de enfermagem Síndrome de Terminalidade. Rio de Janeiro, 2019

Variáveis	HC I n (%)	HC IV n (%)	Total
<b>Fatores relacionados</b>			
Cuidados paliativos	39(18,0)	178(82,0)	217(100,0)
Doenças crônicas em estágio avançado	39(18)	178(82)	217(100,0)
Incapacidade física crônica	34(16,1)	177(83,9)	211(97,2)
<b>População de Risco</b>			
Idosos	29 (18,5)	128(81,5)	157(72,3)
<b>Condições associadas</b>			
Cuidados ao fim da vida	35 (19,0)	149(81,0)	184(85,0)

A população amostral tem 100% do fator relacionado: cuidados paliativos nas duas unidades hospitalares.

### DISCUSSÃO

O diagnóstico de Síndrome de terminalidade foi evidenciado na população com alta ocorrência, portanto, seu uso na prática pode favorecer o raciocínio clínico do enfermeiro. Perante a detecção de variados sinais e sintomas do paciente oncológico, em fim de vida, detectados pelas escalas amplamente utilizadas, mas que, no entanto, não se articulavam com a linguagem padronizada de enfermagem.

O manejo e controle de sintomas pautado em intervenções que direcionam a resolutividade do diagnóstico sindrômico proporcionam um raciocínio holístico, abrangente e integral, assim como preconizado no cuidado paliativo. Apesar de existir na literatura a descrição do agrupamento de sinais e sintomas em cuidados paliativos, chamado de "cluster",<sup>(12)</sup> um método de análise fatorial para ver a ocorrência simultânea dos sinais e sintomas em várias fases do câncer, sua organização em um Diagnóstico de enfermagem ainda não havia sido proposta. Por isso, a proposta de um Diagnóstico de Síndrome que abarque o raciocínio clínico de modo mais preciso e acurado a deterioração física, psíquica, social que o paciente está sujeito a desenvolver.

Como a Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais impactam no desenvolvimento de uma série de outros problemas físicos, como aumento da fadiga, problemas sociais e psicológicos. O paciente quando

está na fase de inapetência sente-se psicologicamente demovido por não conseguir fazer ao menos uma refeição ou terminar o que foi ofertado. Os familiares também se mostram apreensivos quando o ente querido não está conseguindo fazer suas refeições principais.<sup>(13-14)</sup>

Esse um momento em que se fazem muitas perguntas sobre a alimentação artificial por cateter nasoenteral. Estudos vêm reproduzindo que nos últimos dias de vida não há benefício de qualidade de vida. Porém, existem alguns que demonstram controvérsias. Mas de fato, a maioria corrobora para a não alimentação artificial.<sup>(14)</sup>

Outro diagnóstico presente foi o Padrão respiratório ineficaz caracterizado pela presença de falta de ar, tosse, secreção de vias áreas superiores, fadiga, ansiedade, alteração do humor, presença de ronco, sibilos, estertores a ausculta pulmonar. Cerca de 70% da população com diagnóstico de câncer avançado apresenta dispneia, como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, mesmo aqueles que inicialmente não tiveram dispneia poderão apresentar ela nos seus 4 últimos dias de vida.<sup>(15)</sup>

Os participantes tiveram a ansiedade caracterizada por uma sensação de mal-estar, seguida de sentimento de apreensão causada pela antecipação de um perigo. Sofreram com a ansiedade causada pelo medo de sentir dor, proximidade da morte e de ver o seu familiar sofrer. Em um estudo, que abordou o controle da dor sob aspectos psicológicos, o estresse emocional, a ansiedade, sofrimento e a fadiga estiveram presentes em 59%.<sup>(16)</sup>

A população brasileira e muitos países em desenvolvimento não são frequentemente educados para discussão de qualidade de morte e CP. O cenário de CP já evolui em alguns anos, o Brasil está em 42º do rank que trata de qualidade de morte no mundo. Esse fato se deve ao não reconhecimento por parte também dos próprios profissionais de saúde, por não conseguirem lidar com o fato de que a morte faz parte do processo de vida e busca-se excessivos esforços para manter o paciente vivo, isso pode ser um fator contribuinte para baixo índice do diagnóstico de Sofrimento espiritual e Enfrentamento familiar prejudicado.<sup>(17)</sup>

Como vimos, a literatura corrobora que o sintoma de dor está significativamente associado ao desencadeamento da ansiedade, assim como da fadiga. Logo, a dor é um sintoma importante para o desenvolvimento da Síndrome de terminalidade, pois o mal controle desencadeia os demais sintomas.<sup>16</sup> Isso reitera a importância do raciocínio do enfermeiro em cuidados paliativos oncológico de modo sindrômico.<sup>(18,219)</sup>

Na amostra, a unidade do HC I em uso de dripping de morfina foi de 20,5%, enquanto que com morfina de

horário foi de 49,0%, demonstrando que os pacientes estão em condições clínicas complexas. Para a realização das medicações, foram utilizadas as vias de acesso periférica, central e por hipodermóclise. O HC I com 90,0% dos acessos periféricos e 10,2% sendo centrais, demonstrando o perfil da unidade que conta com alta tecnologias para a complexidade de tratamentos modificadores da doença. No entanto, observou-se que no HC IV, referência em CP oncológico, também houve um percentual considerável de 86,5% na utilização da via periférica e de 0,5% de acesso central. Esse último valor se explica pelo fluxograma da própria instituição, que recebe pacientes das suas outras unidades, como do HC I. A via mais indicada para os pacientes em cuidados paliativos oncológicos é a via hipodermóclise, quando a via oral não pode ser mais utilizada.<sup>(8)</sup>

Dentre os fatores relacionado para a determinação do diagnóstico de síndrome de terminalidade, destaca-se Cuidados Paliativos e doença avançada, que pode ser sustentado pelos valores das escalas de ECOG (escala de Zubrod- PS) e Karnofsky (KPS), na qual o PS de 4 com (36,0%) e KPS de 40 com (23,0%), caracterizando cenários de cuidados paliativos em fim de vida.<sup>(20)</sup>

Como limitação do estudo tem-se a própria dos estudos transversais que determina o retrato do paciente naquele momento, e sabe-se que o paciente em cuidados paliativos oncológicos pode sofrer variações ao longo do processo de fim de vida, com manifestação dos sinais e sintomas.

## CONCLUSÃO

Os dados da amostra demonstram alta ocorrência do diagnóstico de enfermagem que compõem a Síndrome de terminalidade, que junto com a literatura fortalece a discussão da presença em forma de cascata, simultânea e, contudo, sindrômica. Como por exemplo, quando se trata da dor, as medicações prescritas podem ocasionar constipação, ao tratar a constipação pode desencadear diarreia, que ocasionará aumento da dor, da ansiedade e de outros sinais e sintomas. Contudo, ao abordar a terminalidade sob a perspectiva de uma Síndrome, pode contribuir para o enfermeiro declarar suas intervenções de modo holístico, ampliando junto com a equipe multidisciplinar, a promoção do conforto e qualidade de vida para o paciente.

**Financiamento e Agradecimentos:** A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), edital 27/2016. Não existe conflitos de interesse por parte dos autores e instituição.

## REFERÊNCIAS

1. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020/ NANDA internacional; Organizadoras: T. Healthier Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et. al.] Porto Alegre: Artmed, 2015. xx, 468p. il. 23 cm. p. 16.
2. Manual de residência de cuidados paliativos. Abordagem multidisciplinar. Vários editores. Barueri-SP. Ed. Manole, 2018.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). 2017. <http://www.who.int/eportuguese/partners/pt/>. Acesso em 21/05/2017.
4. Manual de Oncologia Clínica do Brasil (MOC): Cuidados paliativos. 2017. Editores: Ferriani AM, Prado BL. Editores da série MOC: Buzaid AC, Maluf FC.
5. Campbell ML. Nurse to nurse: Cuidados paliativos em enfermagem. Tradução: Ritomy M. Revisão técnica: Ambrosini L, Vieira RW. Porto Alegre: AMGH Ltda; 2011.
6. ECOG-Acrin- Cancer Research Group: Reshaping the future of patient care. 2017. cited 2018 march 10; Available from: <http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>.
7. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2013 June [cited 2018 Mar 10]; 34(2): 163-171. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000200021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200021&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>.
8. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2019.
9. Field AP. Discovering Statistics Using SPSS (Introducing Statistical Methods series). London, England: SAGE, 2009.
10. Triola MF. Introdução à Estatística. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.
11. Medronho RA et al. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009
12. Ward Sullivan C, Leutwyler H, Dunn LB, Miaskowski C. A review of the literature on symptom clusters in studies that included oncology patients receiving primary or adjuvant chemotherapy. J Clin Nurs. 2018 Feb;27(3-4):516-545. doi: 10.1111/jocn.14057. Epub 2017 Oct 10. PubMed PMID: 28859255; PubMed Central PMCID: PMC5823712. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5823712/>
13. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. Curr Opin Support Palliat Care. 2015 Dec;9(4):346-54. doi: 10.1097/SPC.0000000000000171. PubMed PMID: 26509860; PubMed Central PMCID: PMC4792116. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792116/>
14. Cooper C, Burden ST, Cheng H, Molassiotis A. Understanding and managing cancer-related weight loss and anorexia: insights from a systematic review of qualitative research. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2015 Mar;6(1):99-111. doi: 10.1002/jcsm.12010. Epub 2015 Mar 31. PubMed PMID: 26136417; PubMed Central PMCID: PMC4435102. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4435102/>
15. Bausewein C, Simon ST. Shortness of breath and cough in patients in palliative care. Dtsch Arztebl Int. 2013 Aug;110(33-34):563-71; quiz 572. doi: 10.3238/arztebl.2013.0563. Epub 2013 Aug 19. PubMed PMID: 24069091; PubMed Central PMCID: PMC3782037. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782037/>.
16. Syrjala KL et. al. Psychological and Behavioral approaches to cancer pain management. Journal of Clinical Oncology 32, no. 16 (June 1 2014) 1703-1711. DOI: 10.1200/JCO.2013.54.4825. Web 2019 may 26. Available from: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2013.54.4825>
17. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Divulgando índice de qualidade de morte 2015, da economist intelligence unit. São Paulo. Acesso em 10 de junho de 2019. Disponível: <http://www.sbgg-sp.com.br/pro/divulgado-indice-de-qualidade-de-morte-2015-da-economist-intelligence-unit/>
18. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2001. [citado 2014 Jan 20]. Disponível em: < [http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_dor.pdf](http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf). [ Links ]
19. Menezes PA, Lima CP. Sedação paliativa em fim de vida: debates em torno das prescrições médicas. REVISTA M. Rio de Janeiro, v. 3, n. 6 p. 405-420, jul./dez. 2018. Acesso em junho de 2019; Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9047/7777>.
20. Castro E K, Barreto SM. Critérios de Médicos Oncologistas para Signi Encaminhamento Psicológico em Cuidados Paliativos. Psicologia: Ciência e Profissão, 2015 35(1), 69-82. Acesso em 10 de março de 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000100069&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000100069&script=sci_arttext).

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ESQUECIMENTO E DEPRESSÃO POR PESSOAS IDASAS: ABORDAGEM PROCESSUAL

Cristina Arreguy-Sena<sup>1</sup> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5928-0495>  
Amanda Maísa Gava Marangon<sup>1</sup> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5120-2994>  
Antônio Marcos Tosoli Gomes<sup>2</sup> ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4235-9647>  
Laércio Deleon de Melo<sup>1</sup> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8470-7040>  
Renata Martins<sup>1</sup> ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0962-1885>  
Fabiola Lisboa da Silveira Fontes<sup>1</sup> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0425-2980>

**Objetivo:** compreender os conteúdos representacionais e suas origens a partir do esquecimento e da depressão em pessoas com idade  $\geq 65$  anos, identificando-se as aproximações e as diferenciações atribuídas ao declínio cognitivo. **Método:** estudo qualitativo delineado na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais, realizado numa Unidade de Atenção Primária à Saúde, numa cidade de Minas Gerais, Brasil. Entrevistas individuais em profundidade com gravação de áudio a partir de questões norteadoras. Conteúdos discursivos transcritos na íntegra e tratados em Programa NVivo ProII, análise de conteúdo. Atendidos todos os aspectos ético-legais de pesquisa. **Resultados:** foram 49 participantes, cujos fragmentos de discurso permitiram identificar dimensões: comportamental, atitudinal, cognitivo, informativo, valorativo e objetiva. A perda cognitiva foi percebida como algo peculiar ao envelhecimento e vinculada à presença da depressão. **Conclusão:** as representações sociais do esquecimento e depressão foram associadas ao isolamento social com origens vinculadas a problemas (pessoais, sociais ou familiares), identificadas a partir da observação do cotidiano.

**Descritores:** Enfermagem; Envelhecimento; Idoso; Memória; Depressão.

## SOCIAL REPRESENTATIONS OF FORGETTING AND DEPRESSION BY OLDER PEOPLE: PROCESS APPROACH

**Objective:** to understand the representational contents and their origins from forgetfulness and depression in people aged  $\geq 65$  years, identifying the approaches and differentiations attributed to cognitive decline. **Method:** qualitative study outlined in the procedural approach of the Theory of Social Representations, conducted in a Primary Care Unit. to Health in a city of Minas Gerais, Brazil. Individual in-depth interviews with audio recording from guiding questions. Discursive content transcribed in full and treated in NVivo ProII Program, content analysis. Met all ethical and legal aspects of research. **Results:** 49 participants, whose speech fragments allowed us to identify dimensions: behavioral, attitudinal, cognitive, informative, evaluative and objective. Cognitive loss was perceived as peculiar to aging and linked to the presence of depression. **Conclusion:** the social representations of forgetfulness and depression were associated with social isolation with origins linked to problems (personal, social or family) identified from the observation of daily life.

**Descriptors:** Nursing; Aging; Aged; Memory; Depression.

## REPRESENTACIONES SOCIALES DEL OLVIDO Y LA DEPRESIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES: ENFOQUE DEL PROCESO

**Objetivo:** comprender los contenidos de representación y sus orígenes del olvido y la depresión en personas de  $\geq 65$  años, identificando los enfoques y las diferencias atribuidas al deterioro cognitivo. **Método:** estudio cualitativo descrito en el enfoque procesal de la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado en una Unidad de Atención Primaria. a la salud en una ciudad de Minas Gerais, Brasil. Entrevistas individuales en profundidad con grabación de audio de preguntas orientadoras. Contenido discursivo transcrito en su totalidad y tratado en el programa NVivo ProII, análisis de contenido. Cumplió con todos los aspectos éticos y legales de la investigación. **Resultados:** 49 participantes, cuyos fragmentos de habla nos permitieron identificar dimensiones: conductuales, actitudinales, cognitivas, informativas, evaluativas y objetivas. La pérdida cognitiva se percibió como peculiar al envejecimiento y vinculada a la presencia de depresión. **Conclusión:** las representaciones sociales del olvido y la depresión se asociaron con el aislamiento social con orígenes vinculados a problemas (personales, sociales o familiares) identificados a partir de la observación de la vida cotidiana.

**Descritores:** Enfermería; Envejecimiento; Anciano; Memoria; Depresión.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora, MG

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ.

Autor correspondente: Amanda Maísa Gava Marangon E-mail: [amandamaisa@hotmail.com](mailto:amandamaisa@hotmail.com)

Recebido: 02/07/2019

Aceito: 01/11/2019

## INTRODUÇÃO

Estima-se que o crescimento da população idosa mundial até 2050 aumente em 1,1 bilhão, tendo o número de idosos, na realidade brasileira, superado a 30 milhões em 2017. Entre as causas do envelhecimento populacional, destacam-se as influências do aumento da expectativa de vida, redução da taxa de fecundidade e das diferentes condições de vulnerabilidades e agravos à saúde<sup>(1,2)</sup>.

O envelhecimento é concebido além do critério cronológico, sendo um fenômeno natural, progressivo e irreversível, que converge com modificações passíveis de serem explicadas por diferentes teorias<sup>(3)</sup>. Elas baseiam-se em manifestações clínicas conhecidas como síndromes geriátricas, ou seja, transformações que impactam a autonomia, independência e qualidade de vida do indivíduo, modificando o estado de cognição, humor, mobilidade e comunicação<sup>(4)</sup>.

O humor, assim como a cognição, está ligado à perda da autonomia, podendo ser definido como a disposição, o ânimo para o desenvolvimento das funções e para a participação social. A cognição caracteriza-se pela capacidade mental de perceber e solucionar problemas do cotidiano. Ela envolve funções como: 1) o processo de memorização executado pelo córtex cerebral é responsável pelo armazenamento de informações; e 2) a conexão com outras áreas cerebrais capazes de assegurar a realização de ações complexas como o planejamento, monitoramento e o desempenho de atividades diárias, instrumentais e avançadas da vida que lhe favorecem a compreensão e engajamento no contexto social<sup>(2,3,5)</sup>.

A possibilidade de ocorrência do declínio cognitivo pode resultar em alterações incapacitantes de memória, raciocínio, fluência fonética e semântica. Sua ocorrência pode ser caracterizada como: quedas ou ausências da identidade, expressas por perdas do raciocínio<sup>(4,5)</sup>.

Com o declínio cognitivo, surge ainda a progressiva perda da capacidade funcional, instalando-se a dependência; esta por sua vez pode gerar ou agravar quadros depressivos, que justificam a demanda de atenção e cuidados na composição e disponibilidade da rede de apoio familiar e do sistema de saúde pública<sup>(6)</sup>.

Seu impacto sobre a autonomia, a independência e a qualidade de vida, mediante a aproximação do processo de envelhecimento com os riscos do acometimento pelo esquecimento ou pela depressão<sup>(6)</sup>, fazem com que um grupo de pessoas com idade  $\geq 65$  anos possuam diferentes concepções, conhecimentos, informações, comportamentos, atitudes, imagens, valores e crenças a respeito do referido objeto<sup>(7)</sup>.

Partindo-se do pressuposto de que o grupo investigado convive em seu cotidiano de maneira (in)direta, com situações de esquecimento ou depressão em seu meio social, justifica-se a caracterização do mesmo como socialmente constituído<sup>(7)</sup>. Eles justificam a idealização das representações do esquecimento e

da depressão de pessoas com idade  $\geq 65$  anos, como objeto de investigação. Para isso, optou-se pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais (TRS), como referencial teórico-metodológico<sup>(8)</sup>.

Diante do exposto, objetivou-se compreender os conteúdos representacionais e suas origens a partir do esquecimento e da depressão em pessoas com idade  $\geq 65$  anos, identificando-se as aproximações e as diferenciações atribuídas ao declínio cognitivo.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Investigação qualitativa delineada na abordagem processual da TRS, segundo proposta de Moscovici<sup>(9)</sup>.

### Participantes da pesquisa

Amostra de conveniência com 49 moradores (idade  $\geq 65$  anos) de uma região geográfica estimada em 200 idosos, cujo delineamento amostral envolveu: 1) amostra censitária de área física de moradores adstritos a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), coincidente com região censitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que compõem uma lista de pessoas integrantes das atividades de extensão universitária (2016-2019); e 2) subgrupo da amostra anterior definida por tipicidade.

Foram critérios de inclusão: pessoas com idade  $\geq 65$  anos, adstritas a uma UBS, com nível de orientação e capacidade comunicativa compatível com abordagem de entrevista e exclusão: pessoas não encontradas ou que adiaram a entrevista por  $\geq 3$  agendamentos. Não houve perdas.

### Local do estudo

O cenário da investigação foram os domicílios de idosos adstritos a uma UBS de uma cidade referência para ensino e serviços de saúde em uma macrorregião de Minas Gerais.

### Coleta de dados

Instrumento de coleta de dados estruturado em: 1) determinantes sociodemográficos (gênero, idade, ano de escolaridade, ocupação, estado civil, cor da pele, nº filhos); 2) entrevista individual para captação de conteúdos discursivos e; 3) diário de campo.

O processo de coleta de dados ocorreu individualmente nos domicílios após agendamento prévio em horário compatível para a participante/pesquisadora. Houve treinamento prévio da pesquisadora para realizar entrevista em profundidade e captar as representações sociais. Coleta realizada entre novembro/2018 e janeiro/2019 (10-30 min). Assegurado anonimato dos participantes, com uso de códigos numéricos contendo cinco dígitos e privacidade da conversa durante a entrevista no ambiente familiar.

As variáveis de caracterização foram captadas no programa

Open data Kit (ODK), visando reduzir o tempo de coleta de dados e evitar vieses na digitação. Os conteúdos discursivos gravados em áudio foram desencadeados pelas questões norteadoras: 1) “Conte-me um caso que tenha ocorrido com você ou que conheça a respeito da perda de memória” e 2) “Quais as características de uma pessoa com perda de memória e depressão?”

**Procedimentos de análise dos dados**

Os dados de caracterização dos participantes (variáveis qualitativas e quantitativas) foram tratados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24, por estatística descritiva, segundo análise de centralidade e dispersão (mediana, desvio-padrão, variabilidade).

Os conteúdos discursivos obtidos pela entrevista foram transcritos na íntegra, passando por leitura flutuante e aprofundada de todo o *corpus* com vistas à apropriação dos conteúdos e desencadeamento do processo de análise qualitativa de conteúdo que foi operacionalizado nas etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) resultados, inferência e interpretação(9). Utilizou-se como apoio o software *NVivo Pro 11*®, com categorias construídas a priori baseadas em dimensões e origens representacionais (adensamento teórico confirmado - correlação de Pearson  $\geq 0,7$ , representado em dendograma e gráfico de círculo).

**Procedimentos éticos**

Esta pesquisa integrou um estudo matriz (incapacidades cognitivas e atividades de vida diária em pessoas idosas: diagnóstico situacional), atendeu a todos os requisitos ético-legais de pesquisa em seres humanos (parecer consubstanciado nº2.569.508 de 28/03/2018) com aquiescência dos participantes externada pela assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós informado.

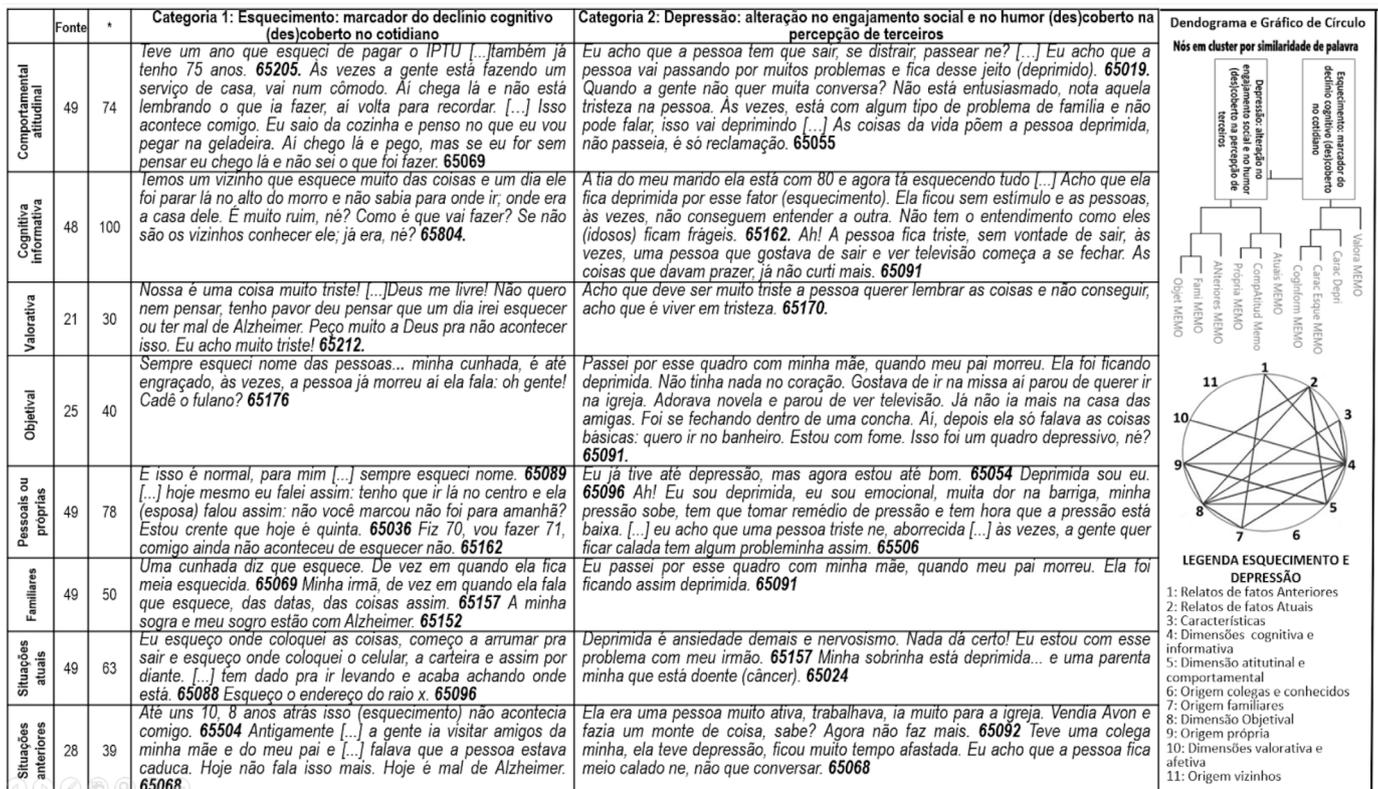
**RESULTADOS**

Participaram 49 pessoas com idade compreendida entre 65 a 99 anos (Md76,50 ± 58,057), predomínio de mulheres (71,4%); cor de pele autodeclarada branca (73,5%), tempo de estudo em anos compreendido entre 0-21 (Md4,00 ± 4,237), casadas (51%), com 0-12 filhos (Md3,00 ± 2,624) e aposentadas (63,3%).

A partir das dimensões representacionais e dos fragmentos que remetem à origem de tais representações, foi possível identificar as categorias. 1) Esquecimento: marcador do declínio cognitivo (des)coberto no cotidiano; exemplificado pelo participante **65069 (Figura 1)**; e 2) Depressão: alteração no engajamento social e no humor, (des)coberto na percepção de terceiros, conforme fala do participante **65055 (Figura 1)**.

Na **Figura 1**, constam fragmentos de discursos exemplificando as origens e dimensões representacionais, conforme cada uma das categorias.

**Figura 1** - Fragmentos de discursos sobre as dimensões, origens representacionais, dendograma e gráfico de círculo dos participantes conforme as categorias. Juiz de Fora, MG. Junho/2019.



Fonte: NVivo Pro11. \*: nº fragmentos de discursos.

A partir da análise do dendograma e do gráfico de círculo (**Figura 1**), compreende-se que o comportamento social do grupo está vinculado às memórias de suas experiências próprias ou com o cuidado de algum familiar idoso; as alterações cognitivas apresentadas descrevem as características habituais do esquecimento, que envolvem atividades cotidianas ou remotas ligadas ao esquecimento. Em contrapartida, a depressão está ancorada nas características sobre as doenças compartilhadas pelo grupo, de modo a descreverem o desengajamento e o isolamento social.

## DISCUSSÃO

O perfil dos participantes, com predominância do sexo feminino (71,4%), pode ser justificado pelo processo natural de feminilização do envelhecimento, visto que a expectativa de vida atual é de 79,8 anos para as mulheres, sendo 7,1 anos a mais do que para os homens<sup>(1)</sup>. A cor de pele declarada (73,5% autodeclararam-se brancas) difere da equivalência de 46,7% caracterizados como parda, segundo estimativa brasileira. Porém, é necessário levar em consideração as variações regionais, justificadas pela miscigenação oriunda dos diferentes povos colonizadores, como os europeus<sup>(1,10)</sup>.

O número de filhos dos participantes e a identificação de 51% destes como casados corrobora a projeção de um núcleo familiar amplo como fator de proteção para as adaptações ao processo de envelhecimento e as limitações decorrentes das síndromes geriátricas, a exemplo do esquecimento e da depressão<sup>(11)</sup>. A predominância de menos de cinco anos de escolaridade foi similar aos resultados de uma investigação com 180 pessoas, com idade  $\geq 60$  anos, realizada em uma UBS do Paraná (86,1%)<sup>(12)</sup>.

As reflexões a respeito das representações sociais do grupo foram discutidas na perspectiva das categorias elencadas, sendo a categoria **“Esquecimento: marcador do declínio cognitivo (des)coberto no cotidiano”**, que elucida comportamentos e atitudes sobre esquecimento, que se apresentaram relacionados/ligados intimamente às atividades cotidianas.

O esquecimento, mesmo em pequenas proporções, esteve vinculado a não lembrança de nomes, pagamento de contas, localização de objetos e equipamentos assistivos. Para eles, o esquecimento é passível de prevenção, mediante a estimulação da mente ou o engajamento em atividades como trabalhos manuais e ouvir música. Medidas de estimulação à cognição, apesar de estatisticamente, não demonstraram resultados significativos, com efeitos sobre a integração social, troca de experiências e empoderamento pessoal<sup>(13)</sup>.

Os conteúdos cognitivos/informativos, como dimensões do esquecimento, foram retratados a partir da convivência social com vizinhos, amigos ou familiares e aproximadas com os sintomas do Alzheimer, mesmo quando algumas pessoas apresentam manifestações distintas para a mesma doença. Os próprios participantes compreendem que as pessoas, por vezes, tratam mal ou sentem-se incomodadas com o esquecimento alheio e, com isso, a perda de memória os coloca à margem da sociedade. O isolamento decorrente dessa forma de apreensão do esquecimento esteve vinculado ao declínio cognitivo e à perda da juventude, os quais estavam ancorados em expressões de tristeza.

Entre os participantes, o valor negativo atribuído ao esquecimento foi justificado pela idade, porém, alguns se manifestaram conformados com essa perda de memória. Acreditavam tratar-se de algo inerente ao processo de envelhecimento, associando o esquecimento, a tristeza e o medo de que venham a ter esquecimento ou ser acometidos pelo Alzheimer. Os idosos vivem em constante processo de aceitação das alterações causadas pelo processo de envelhecimento, que precisam ser aceitas e subjetivas<sup>(14)</sup>.

Para exemplificar a dimensão objetiva, foram identificados substantivos próprios como o nome de familiares do núcleo cotidiano principal (ex. marido, filha). O esquecimento foi substanciado por meio do nome de pessoas e de atividades como compras, pelo fato de não lembrarem depois onde guardaram os objetos ou se os colocaram em lugares impróprios. O esquecimento foi considerado um evento cotidiano, marcador do declínio cognitivo, apesar de que sua ocorrência surgir ainda em pessoas jovens, mesmo que em menor proporção.

O declínio cognitivo tornou-se uma preocupação crescente para a população devido às suas implicações na diminuição da qualidade de vida, principalmente no que tange à independência, cuja perda é tão temida pelos idosos. Vale ressaltar que o envelhecimento cognitivo normal nada mais é do que mudanças no funcionamento do cérebro e não resulta necessariamente na demência; todavia, esses declínios na cognição podem afetar as habilidades funcionais e a independência<sup>(15)</sup>.

Um estudo seccional verificou a associação entre capacidade cognitiva, condições socioeconômicas e estado nutricional, realizado com 180 idosos do Paraná, utilizando a escala de Mini-exame do Estado mental, um formulário para aferir as condições socioeconômicas e o índice de massa corporal. Identificou associação estatística entre capacidade cognitiva, sexo feminino (p-valor: 0,0442), capacidade cognitiva e escolaridade, compreendida entre

1 a 4 anos (p-valor: 0,0164), concluindo que o atendimento especializado aos idosos requer a identificação precoce dos problemas cognitivos e nutricionais<sup>(12)</sup>.

Na categoria: **“Depressão: alteração no engajamento social e no humor (des)coberto na percepção de terceiros”**, a perda cognitiva como dimensão comportamental/atitudinal esteve vinculada à depressão, à quantidade ou ao impacto dos problemas pessoais, sendo reconhecida sua presença por traços de tristeza, decorrentes da perda de pessoas significativas e contemporâneas. Os participantes reconheceram a necessidade de passear e se distrair como forma de prevenir a depressão.

Os conteúdos cognitivos e informativos acerca da depressão foram acessados a partir da perda de memória, justificada pela falta de estímulo e de entendimento da fragilidade, por aqueles com quem convivem. Os participantes caracterizaram as pessoas com depressão como alguém triste e que não tem mais prazer na realização de suas atividades de lazer. O lazer contribui para um melhor estado de espírito e, no caso dos mais idosos, diminui os sintomas depressivos e corrobora com a minimização dos sinais do processo de envelhecimento<sup>(16)</sup>.

Os valores negativos atribuídos à depressão foram vinculados à perda de memória, uma vez que as pessoas se sentem envergonhadas por apresentarem algum episódio de esquecimento e se entristecem por não conseguirem acessar suas lembranças. Na concepção deles, a depressão favorece a marginalização e se manifesta através do isolamento social, alterações no humor e redução da capacidade de engajamento nas atividades grupais.

A depressão foi objetivada pelo grupo de modo a exemplificar características próprias da doença, a exemplo do desengajamento decorrente do isolamento social e do abandono de atividades antes consideradas prazerosas. Salienta-se que a depressão no idoso, frequentemente, surge num contexto de perda da qualidade de vida, associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças graves<sup>(17)</sup>.

Cabe acrescentar evidências de seis grupos de fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional, comportamento, cognição e medicamentos<sup>(16)</sup>, as quais podem ser analisadas e pensadas para um grupo de idosos não institucionalizados.

A partir da análise das representações do grupo, corroborada pelas informações do diário de campo, identificou-se que: a ancoragem ocorreu a partir das características próprias do esquecimento e da depressão,

sendo consideradas possibilidades de ocorrência natural e próprias do agrisalramento; a objetivação esteve circunscrita em acontecimentos e situações de vida atuais, ou anteriores, com informações compartilhadas pelo grupo, expressando o conhecimento social a respeito dos objetos investigados.

O grupo social considera o esquecimento e a depressão como passíveis de ocorrerem conforme vão envelhecendo e os identifica no seu cotidiano e convivência interpessoal por características de comprometimento cognitivo ou da depressão. Nesta perspectiva, evidências científicas recomendam que, em caso de coexistência de comprometimento cognitivo e/ou depressão identificada entre pessoas idosas, se deve analisar os biomarcadores de depressão tardia (LLD) e a doença de Alzheimer (DA) para diferenciá-los e direcionar adequadamente a pessoa para o tratamento e prognóstico<sup>(17)</sup>.

**Limitações do estudo:** considerando que o esquecimento e a depressão nem sempre são auto percebidos pela pessoa idosa, sugere-se a realização de investigações em outros grupos sociais, visando a captação de representações utilizando diferentes abordagens da TRS.

**Contribuições do estudo:** foram acessadas as representações sociais sobre o esquecimento e depressão, associadas ao processo de envelhecimento em um grupo de idosos que contribuem para subsidiar o cuidado de enfermagem, a partir da compreensão das respostas e necessidades identificadas no grupo em um contexto interdisciplinar e de visão ampliada de saúde.

## CONCLUSÃO

As representações sociais sobre esquecimento e depressão foram objetivadas pelo isolamento social, com suas origens e dimensões ancoradas em situações pessoais, sociais ou familiares identificados no cotidiano. Por sua vez, a perda cognitiva é percebida como algo peculiar ao envelhecimento e ligada ao esquecimento, com possibilidade de ser vinculada à presença da depressão.

**Contribuição dos autores:** 1) concepção e/ou desenho: Arreguy-Sena e Marangon, 2) análise e interpretação dos dados: Tosoli, de Melo, Martins, Arreguy-Sena, Marangon e Silveira Fortes, 3) redação do artigo: Marangon, Arreguy-Sena, Martins e de Melo, 4) revisão final: Marangon, Arreguy-Sena, Martins e de Melo.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [cited 2019 Jul 11]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>
2. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Wleklík M, Lisiak M, Gobbens R. Frailty syndrome: nursing interventions. *Sage Open Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 11]; 4(1):1-11. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2377960818759449>
3. Simão LTSS, Lages LP, Paiva MHP, Ribeiro NLS, Araújo ERM, Leão GM. Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 11]; 10(1):76-80. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1329/499>
4. Kim HJ, Min JY, Min KB. Successful aging and mortality risk: the Korean longitudinal study of aging (2006-2014). *JAMDA* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 11]; 20(8):1013-20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861018307175>
5. Organização Mundial de Saúde. Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde [Internet]. Geneve: WHO; 2015 [cited 2019 Jul 11]; 1-30. Available from: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
6. Bingham KS, Flint AJ, Mulsant BH. Management of late-life depression in the context of cognitive impairment: a review of recent literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 [cited 2019 Jul 13]; 21(8):74. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1047-7>
7. Sá CP. Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. 1 ed. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2015; 458p. ISBN: 978-85-7511-394-3.7.
8. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia Social. 11 ed. Petrópolis: Vozes; 2015. 408p. ISBN: 8532628966.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2011. 223p. ISBN: 9788562938047.
10. Brasil 2050 [recurso eletrônico] : desafios de uma nação que envelhece / Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria Legislativa; Brasília: Edições Câmara, 2017 – (Série estudos estratégicos; n.8 PDF) [cited 2019 Jul 13]. ISBN 978-85-402-0577-2.
11. Cambuim AN, Almeida AB, Borrozzino NF, Lopes RGC. O conceito de família na visão dos idosos. *Rev Longevidade* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 13]; 9(57):4-8. Available from: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/index.php>
12. Oliveira JM, Marçal DFS, Silva ES, Cortez LER, Benne-mann RM. Cognição, condições socioeconômicas e estado nutricional de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2018 [cited 2019 Jul 13]; 25(2):3-7. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/795>
13. Morando EMG, Schmitt JC, Ferreira MEC. Treino de memória em idosos saudáveis: uma revisão da literatura. *Rev INFAD Psicol*. 2018 [cited 2019 Jul 13]; 4(1): 293-310. Available from: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1136>
14. Cherix K, Coelho Junior NE. Luto e melancolia nas demências: a psicanálise na clínica do envelhecimento. *Tri-vium*. 2018 [cited 2019 Jul 13]; 10(2):182-95. Available from: <https://bdpi.usp.br/item/002916047>
15. Hackett RA, Davies Kershaw H, Cadar D, Orrell M, Step-toe A. Walking speed, cognitive function, and dementia risk in the English longitudinal study of ageing. *J Am Geriatr Soc*. 2018 [cited 2019 Jul 13]; 66(9):1670-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29508385>
16. Ramos FP, Silva SC, Freitas DF, Gangussu LMB, Bicalho AH, Sousa BVO, et al. Fatores associados à depressão em idoso. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019 [cited 2019 Jul 13]; 19(19):1-8. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/239>
17. Liguori C, Pierantozzi M, Chiaravallotti A, Sancesario GM, Mercuri NB, Franchini F, et al. When cognitive decline and depression coexist in the elderly: CSF biomarkers analysis can differentiate alzheimer's disease from late-life depression. *Front Aging Neurosci*. 2018 [cited 2019 Jul 13]; 10:38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29527163>

# PERFIL DE MULHERES ACOLHIDAS EM LEITOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

Natália Menezes Ferraz Leão<sup>1</sup>

Gabriella de Andrade Boska<sup>1</sup>

Júlia Carolina de Mattos Cerioni Silva<sup>2</sup>

Heloisa Garcia Claro<sup>1</sup>

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>1</sup>

Mônica Sílvia Rodrigues de Oliveira<sup>3</sup>

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-0713-5912>

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5827-6486>

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-5367-4197>

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-1504-7074>

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1069-8700>

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2632-3639>

**Objetivo:** caracterizar o perfil de mulheres admitidas para uso dos leitos de acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPSad) e suas admissões. **Método:** estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Dados foram coletados de prontuários, seguidos de análise estatística. **Resultados:** as mulheres tinham em média 38 anos, sem companheiro (81,1%), com vínculo familiar ruim/conflituoso (52,7%), sem vínculo empregatício (83,5%) e em situação de rua (64,5%). As substâncias mais consumidas foram crack e álcool. Frequentemente, as admissões foram por desintoxicação e vulnerabilidade social, com permanência média de 7 dias. Entretanto, 29,1% não concluíram o tratamento e 35,4% retornaram após a alta buscando atendimento individualizado. **Conclusão:** o perfil das usuárias relaciona-se com uma relevante vulnerabilidade social, sendo os leitos referência terapêutica para o cuidado integral.

**Descritores:** Serviços de Saúde Mental, Mulheres; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Ocupação de Leitos; Vulnerabilidade Social.

## PROFILE OF WOMEN ADMITTED IN BEDS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER ALCOHOL AND DRUGS

**Objective:** characterize the profile of the women admitted to use the beds of a Psychosocial Attention Center for Alcohol and Drugs. **Method:** documentary, descriptive and retrospective study, with a quantitative approach. Data were collected from medical records, followed by a statistical analysis. **Results:** the majority of women were 38 years old, didn't have partners (81.1%), had conflicting family bonds (52.8%), were unemployed (83.5%) and were living in the streets (66.1%). Crack and alcohol were the most consumed substances. Frequently, admissions were due to detoxification and social vulnerability, with an average permanence in the center of seven days. However, 29.1% did not finish the treatment. After the discharge, 35.4% returned looking for individual treatment. **Conclusion:** The users' profiles are related to a relevant social vulnerability, where the beds are a therapeutic reference to the integral care.

**Descriptors:** Mental Health Service; Women, Substance-related Disorders; Bed Occupancy; Social Vulnerability

## PERFIL DE MUJERES ALOJADAS EN CAMAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL ALCOHOL Y DROGAS

**Objetivo:** caracterizar el perfil de las mujeres admitidas a usar las camas de un Centro de Atención Psicossocial para el Alcohol y las Drogas. **Método:** estudio documental, descriptivo y retrospectivo, con enfoque cuantitativo. Los datos fueron recolectados de registros médicos, seguido de análisis estadístico. **Resultados:** la mayoría tenían 38 años, no tenían pareja (81,1%), tenían vínculos familiares conflictivos (52,8%), estaban desempleadas (83,5%) y vivían en las calles (66,1%). Crack y alcohol fueron las sustancias más consumidas. Frecuentemente, las admisiones se debieron a desintoxicación y vulnerabilidad social, con una permanencia promedio de siete días. Entretanto, el 29,1% no terminó el tratamiento. Después del alta 35,4% volvió buscando tratamiento individual. **Conclusión:** los perfiles de los usuarios están relacionados con una vulnerabilidad social relevante, donde las camas son una referencia terapéutica a la atención integral.

**Descritores:** Servicios de Salud Mental; Mujeres; Trastornos Relacionados con Sustancias; Ocupación de cama; Vulnerabilidad Social.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/EEUSP, SP.

<sup>2</sup>Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva, SP.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Amapá/UNIFAP, AP.

Autor correspondente: Mônica Sílvia Rodrigues de Oliveira. E-mail: monica.rod.oliveira@usp.br

Recebido: 20/07/2019

Aceito: 05/09/2019

## INTRODUÇÃO

A partir do movimento da reforma psiquiátrica brasileira iniciou-se um processo de desinstitucionalização, com marco legal da lei federal 10.216/2001, estabelecendo a atenção psicossocial como fundamento da assistência às pessoas com transtornos mentais e das que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (AOD), redirecionando esta demanda para serviços de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>(1-3)</sup>.

O uso abusivo de AOD, bem como os problemas e necessidades decorrentes deste uso, é considerado atualmente um fenômeno complexo de alcance mundial, requerendo políticas e ações específicas. Apesar da maior prevalência entre homens, entre a população feminina observa-se um considerável aumento no uso problemático de substâncias, bem como uma aproximação do padrão de consumo identificado entre homens e mulheres<sup>(4-5)</sup>.

O enfrentamento desta problemática extrapola dimensões biomédicas e determina que os profissionais compreendam o processo saúde-doença mais amplamente, abrangendo suas especificidades e implantação de políticas públicas através de um conhecimento detalhado do perfil das usuárias, bem como estratégias terapêuticas eficazes<sup>(4)</sup>.

Neste cenário, temos o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPSad), uma estratégia terapêutica de atenção integral e contínua de atuação territorial, que objetiva a reinserção social e a autonomia das pessoas que se encontram nesta condição, incluindo o público feminino. Este serviço deve garantir atendimento diário, permitindo permanência do usuário de até 14 dias no mês, com prolongação a critério da equipe de saúde. O CAPSad III dispõe de leitos de acolhimento noturno para atendimento preventivo de recaída, tratamento de síndrome de abstinência leve, redução de danos, proteção em situações de extrema vulnerabilidade social e fissuras<sup>(4,6-10)</sup>.

Embora vários estudos têm examinado o perfil de mulheres que utilizam o CAPSad para tratamento, pouco se sabe sobre o perfil daquelas que ocupam os leitos noturnos deste serviço. Um estudo recente, realizado na cidade de São Paulo, demonstrou que o uso deste dispositivo de cuidado é muito frequente por usuários de AOD em situações de vulnerabilidade social. Poucos casos tiveram a necessidade de suporte hospitalar durante a permanência no serviço, e de não retorno após a alta, indicando boa condução dessa prática. Neste estudo, a maioria da população era masculina, no entanto é necessário considerar, mesmo que em menor número, uma importante porcentagem de mulheres<sup>(11)</sup>.

Neste sentido, tendo em vista a escassez de dados sobre as mulheres que ocupam os leitos noturnos de CAPSad III, foram consideradas as especificidades da população feminina que expõem as mulheres a padrões distintos dos homens no enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de AOD. Associado aos riscos diretos e indiretos, é relevante conhecer mais a respeito do perfil social e clínico das usuárias de AOD admitidas em leito de acolhimento noturno do CAPSad.

Desse modo, este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil de mulheres admitidas em leitos de acolhimento noturno em um CAPSad III e suas admissões.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo, descritivo e documental.

### Participantes da pesquisa

Trabalhou-se com o número total de prontuários de mulheres admitidas em leitos de acolhimento noturno entre junho de 2010 (período inicial de implantação dos leitos) a junho de 2015, resultando em 127 prontuários. Para encontrar os prontuários, utilizou-se um registro de controle da enfermagem referente à admissão dos leitos no serviço, no qual constam informações sobre datas de admissões, altas e o número do prontuário correspondente ao nome do usuário.

### Local do estudo

Este estudo foi realizado em um CAPSad da cidade de São Paulo.

### Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada no ano de 2016, mediante consulta a dois anexos dos prontuários de preenchimento obrigatório: a ficha de admissão no serviço e a ficha de admissão em leito. Nos prontuários que não possuíam os anexos (anos 2010 e 2011), informações pontuais foram localizadas nos registros dos profissionais ao longo das evoluções e suas anotações.

Utilizou-se formulário online, produzido através do Google Forms, elaborado pelos próprios pesquisadores, composto por questões sociodemográficas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas e relacionadas ao período de acolhimento noturno no CAPSad. Testou-se o formulário através de um estudo piloto realizado com oito prontuários selecionados aleatoriamente. Foram colhidos dados da primeira à sétima admissão (para aqueles que continuam), pois segundo os profissionais do serviço cada

usuário possuía, em casos esporádicos, um número maior que sete entradas em leito.

**Procedimentos de análise dos dados**

Os dados foram armazenados no software Microsoft Excel® e analisados com o programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 20.0. Posteriormente, foi realizada análise estatística e descritiva simples.

**Procedimentos éticos**

O estudo deriva de um trabalho de conclusão de residência, que considerou todos os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 e teve início mediante autorização do gestor local do serviço e da Coordenadoria Regional de Saúde, com aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde (pareceres nº: 1.622.602 e 1.645.121), com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, por se tratar de estudo com prontuários.

**RESULTADOS**

Em um período de cinco anos, os leitos de acolhimento noturno do CAPSad III foram ocupados por 127 mulheres, com perfil sociodemográfico demonstrado na Tabela 1. A média de idade foi de 38 anos, sem companheiro (81,1%), vivendo em situação de rua (64,5%), sem vínculo empregatício (83,4%) e com vínculo familiar ruim/conflituoso (52,7%). Não foram encontrados nos prontuários desse serviço dados referentes a escolaridade e renda e, para maioria das usuárias (59,8), não houve registro de informação sobre a raça/cor.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico de usuárias admitidas em leitos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	24	18,9
Pardo	16	12,6
Negra	10	7,8
Amarela	1	0,9
Sem informação	79	59,8
Total	127	100
<b>Estado Civil</b>		
Sem Companheiro	103	81,1
Com companheiro	10	7,9
Sem informação	14	11
Total	127	100

<b>Moradia</b>		
Situação de rua	82	64,5
Com familiares	23	18,1
Casa própria/alugada	6	4,7
Pensão/Ocupação	5	3,9
Sem informação	11	8,7
Total	127	100
<b>Vínculo de trabalho</b>		
Sim	4	3,2
Não	106	83,4
Sem informação	17	13,4
Total	127	100
<b>Vínculo familiar</b>		
Bom	11	8,7
Ruim/Conflituoso	67	52,7
Interrompido	39	30,7
Sem informação	10	7,9
Total	127	100

Com relação ao uso de substâncias psicoativas (Tabela 2), a média de idade inicial de uso foi 17 anos, a maioria usa mais de uma substância, com predomínio do crack (72,4%) seguido do álcool (67%), considerando o uso diário por 88% das mulheres. A comorbidade associada mais frequente foi a psicose/esquizofrenia, observada em 17,3% das usuárias.

**Tabela 2** - Caracterização do uso de substâncias psicoativas de mulheres admitidas em leitos de um Centro de Atenção Psicossocial, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>Substâncias de uso atual (mais de uma substância por indivíduo)</b>		
Álcool	85	67
Crack	92	72,4
Maconha	63	49,6
Cocaína	62	48,8
Tabaco	62	48,8
Inalantes	7	5,5
Drogas sintéticas	3	2,4
Drogas prescritas	3	2,4
<b>Padrão de Uso</b>		
Diário	112	88
Semanal	9	7
Eventual*	6	4,7

Comorbidades associadas		
Psicose/esquizofrenia	22	17,3
Transtorno depressivo	12	9,4
Transtorno bipolar	11	8,6
Transtorno de personalidade	8	6,3
Hipertensão/Diabetes	15	11,8
Tuberculose	9	7

Nota: (\*) menos que uma vez na semana.

Os resultados sobre as admissões e altas observadas neste estudo (Tabela 3), demonstrou predomínio de desintoxicação (20,4%) seguido de outras situações de vulnerabilidade psicossocial (14,1%), como indicação para admissão nos leitos. O tempo médio de permanência foi 7 dias, embora o tempo proposto pela equipe tenha sido de 14 dias. Vale pontuar que os diferentes tipos de alta dizem respeito a quem participou do planejamento do cuidado após acolhimento noturno, sendo que majoritariamente a alta foi por evasão/a pedido (29,1%), fato que não impediu atendimento individual no retorno após a alta (35,4%), assim como o retorno por crise (30,7%).

**Tabela 3** - Caracterização das admissões e altas em leitos de acolhimento noturno, de usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>Indicação para admissão</b>		
Desintoxicação	26	20,4
Outras situações de vulnerabilidade psicossocial*	18	14,1
Situação de rua	17	13,4
Avaliação para internação	16	12,6
Observação/avaliação	10	7,9
Manejo de fissura	2	1,6
<b>Tipo de Alta</b>		
Planejada por meios próprios	7	5,5
Planejada com albergue	19	15
Internação	9	7
Alta médica	6	4,7
Unidade de acolhimento	5	3,9
Evasão/a pedido	37	29,1

Retorno pós-alta		
Projeto Terapêutico Singular	15	11,8
Crise	39	30,7
Atendimento individual	45	35,4
Não retornou	28	22

Nota (\*) Definida pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas como rede de apoio e familiar deficientes, situações de risco/ameaças, condições socioeconômicas prejudicadas, ausência de suporte de outros serviços.

Este estudo mostrou que a média de idade foi de 38 anos, o que faz concluir que são mulheres em idade reprodutiva e em fase socialmente ativas. As mesmas encontravam-se sem companheiro (81,1%). Ambos os dados, são semelhantes ao observado em outros estudos desta área<sup>(8,12)</sup>.

No quesito raça/cor, a maioria das usuárias (59,8%) não possuíam informação a respeito. O estudo de Boska et al., que analisou o perfil de usuários em AOD, admitidos em leitos noturnos de um CAPSad, obteve dado semelhante para 56,5% dos usuários estudados, entre os quais tal informação também não foi encontrada; o que poderia alterar o resultado de que a maioria das usuárias se declarou de raça/cor branca (18,4%), dado que não corrobora com a literatura, demonstrando diferença entre raça/cor, e a prevalência e incidência do uso de substâncias, fazendo-se necessária esta avaliação<sup>(11)</sup>.

Segundo a literatura, as pessoas usuárias de AOD ficam expostas a riscos que as colocam em situação de vulnerabilidade, geralmente relacionados à moradia, estrutura familiar, violência doméstica, recursos financeiros, condições de saúde, entre outros. Para as mulheres, essa vulnerabilidade se acentua principalmente no contexto de rua e no uso do crack, interferindo de modo relevante na saúde sexual e reprodutiva, nas consequências adversas em relação à morbimortalidade materno-fetal e infantil, e em muitos casos na violência sofrida em seu contexto social devido à prostituição para obtenção de substâncias<sup>(5,8,12-15)</sup>.

Isso corrobora com os resultados deste estudo, em que 64,5% se encontravam em situação de rua, 83,4% se encontravam sem vínculo empregatício e 83,4% apresentaram vínculo familiar ruim/conflictivo ou interrompido, e a maioria em uso de múltiplas drogas, principalmente de crack (72,4%), álcool (67%) e maconha (49,6%).

O consumo de múltiplas drogas em um curto e simultâneo período de tempo, tem sido observado no padrão atual de uso compulsivo dessas substâncias, substituindo paulatinamente o uso exclusivo. Vale ressaltar o impacto, especificamente, para as mulheres, quanto ao uso do álcool juntamente com outras drogas, o que acarreta desde distúrbios hormonais a psiquiátricos envolvidos às particularidades orgânicas femininas, como por exemplo, quando este uso acontece em períodos gestacionais e puerperais<sup>(12-13,16)</sup>.

A distinção do gênero feminino na problemática do consumo de AOD, atualmente, vem gerando problemas de saúde pública e na organização das ações em saúde. A

complexidade do papel imposto para a mulher na sociedade, considerando os aspectos da vida cotidiana das mesmas e a sobrecarga das responsabilidades por elas assumidas, podem prejudicar o estado de bem-estar psíquico e contribuir para o consumo de drogas<sup>(5,14)</sup>.

Além disso, tem-se observado que o poliuso de substâncias se inicia com jovens menores de 19 anos de idade, apontando à importância das ações preventivas na adolescência. As primeiras experiências com drogas geralmente ocorrem nessa fase, momento em que os indivíduos estão mais vulneráveis, requerendo uma identificação dos fatores socioculturais e psicológicos predisponentes para o uso abusivo de substâncias<sup>(12,16)</sup>, o que corrobora com o presente estudo, em que a idade inicial do uso de substâncias psicoativas foi em média 17 anos.

Uma considerável frequência de diagnósticos de comorbidades psiquiátricas e clínicas associadas ao uso de AOD foi observado entre as mulheres deste estudo, entretanto não foi possível identificar se estas têm relação causal ou se antecederam o início do consumo. As principais comorbidades psiquiátricas registradas foram: psicoses/esquizofrenia (17,3%), seguidas de transtornos depressivos (9,4%). Entre as comorbidades clínicas, nota-se a hipertensão/diabetes (11,8%), seguida de tuberculose (7%). Dados semelhantes foram observados em estudo com usuários admitidos em leitos noturnos<sup>(11)</sup>; estes diagnósticos podem estar associados ao uso atual de substâncias mais prevalentes, como álcool e crack, também observadas nestes resultados.

Pesquisas com mulheres atendidas em CAPSad, demonstraram, majoritariamente, alterações psicóticas de humor e depressão. Sabe-se que comorbidades psiquiátricas são uns dos fatores que comprometem o cuidado junto aos usuários dependentes de AOD<sup>(9,12)</sup>. Outros estudos, verificaram uma associação significativa entre comorbidades psiquiátricas e o uso de AOD, além do risco de suicídio, sugerindo que o diagnóstico adequado dessas condições possibilita intervenções apropriadas e prevenção de desfechos mais trágicos<sup>(17-18)</sup>.

Com relação a utilização dos leitos observados neste estudo, o tempo médio de permanência foi de 7 dias, média preconizada pela portaria regulamentadora<sup>(3)</sup>. Mediante critérios clínicos e psicossociais, as indicações mais frequentes foram: desintoxicação (20,5%), seguida de outras situações de vulnerabilidade psicossocial (14,1%) e situação de rua (13,4%).

Pesquisa recente observou uma associação entre o período de permanência com as indicações psicossociais para admissão nos leitos<sup>(11)</sup>, condições também observadas neste estudo, considerando que a maioria das mulheres admitidas (64,5%) moram na rua. Além disso, a desintoxicação, indicação clínica mais frequente, pode estar relacionada ao uso abusivo de álcool, uma das substâncias mais utilizadas pelas mulheres (67%), corroborando com dados da mesma pesquisa.

A influência destas questões sociais aponta para demandas que extrapolam o cuidado relacionado ao uso de AOD, possivelmente em substituição a equipamentos

assistenciais insuficientes no território, cabendo à equipe de saúde regular o acesso e a permanência, considerando a necessidade de observação, repouso e proteção em cada caso<sup>(11,19)</sup>.

A respeito da conclusão do tratamento proposto no leito, observou-se que grande parte (29,1%) das usuárias não o concluíram, seja por motivo de pedido de alta ou por evasão do serviço. Dados semelhantes foram observados em outro estudo, em 31,1% dos participantes<sup>(11)</sup>. Esses aspectos merecem atenção devido ao uso voluntário e participativo deste componente pelo usuário.

Considerando as usuárias de AOD, nota-se como razões de abandono do tratamento questões de preconceito, estigma e comorbidades associadas, somado a sinais e sintomas relacionados à crises de abstinência e fissura, o que requer dos serviços mais especificidade no atendimento<sup>(20)</sup>.

Após a alta, a maioria das usuárias (35,4%) retornaram ao serviço mediante acolhimento individual, seguido por situação de crise (30,7%). Esses resultados apontam para certa dificuldade na organização dessas mulheres, para a manutenção do acompanhamento após a alta, podendo levar a um retorno para o contexto de vulnerabilidade e de uso problemático de AOD, gerando novas crises e procuras pelo serviço.

Vale evidenciar que os motivos pelos quais essas mulheres evadem, ou pedem alta do tratamento, não as impedem de buscar novamente auxílio, estando o serviço sempre pronto a receber, bem como acompanhar os casos<sup>(21)</sup>, indicando importante vínculo entre serviço, profissionais e usuárias, como observado em outro estudo sobre ocupação de leitos noturnos<sup>(11)</sup>.

### Limitações do estudo

As principais limitações deste estudo foram a subnotificação e a ausência de informações específicas relacionadas às mulheres usuárias de substâncias psicoativas. Em alguns casos, a pouca clareza nos prontuários analisados, sobretudo com relação aos instrumentos utilizados para a admissão dos usuários aos leitos, dificultou a obtenção de dados. Além disso, a escassez de publicações sobre o tema na literatura, fator que restringiu a discussão de alguns achados.

### Contribuições do estudo para a prática

Considera-se que o uso dos leitos em CAPSad é frequente entre mulheres que consomem AOD em situações de vulnerabilidade. Conhecer o perfil dessas usuárias permite refletir a efetivação de políticas públicas, e formas de registros mais específicos e coerentes com suas características clínicas e biopsicossociais, contribuindo assim para uma assistência de enfermagem integral e eficaz.

### CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer a respeito do perfil das mulheres admitidas em leitos de acolhimento noturno de CAPSad III e como estas utilizaram este recurso terapêutico. Fica evidente que as diversas situações de

vulnerabilidade social por elas enfrentadas, associadas ao consumo problemático de AOD, levam a exposições de riscos constantes, sendo os leitos referência no território para o cuidado integral e contínuo desta população.

Apesar do alto índice de não conclusão do tratamento proposto pela equipe, a maioria das mulheres retornaram após a alta buscando por atendimento individualizado e muitas devido à situação de crise, indicando importante vínculo entre usuárias, profissionais e serviço.

Neste sentido, é fundamental que os CAPS ampliem a coleta de informações a respeito das mulheres usuárias de drogas em tratamento, como gestações, prostituição, violências, estigmas, dentre outros aspectos, para que seja

possível aprimorar as ações de saúde mental com foco na mulher e em suas necessidades, assim como, expandir este cuidado para a rede de saúde.

Sugere-se investigações com um maior número de serviços e em territórios menos vulneráveis, para a produção de evidências complementares a este estudo.

**Contribuição dos autores:** Concepção e/ou delineamento do estudo: Boska GA, Silva JCMC, Leão NMFL, Claro HG, Oliveira MAF; Análise e interpretação dos dados: Boska GA, Claro HG, Leão NMFL; Redação do artigo: Leão NMFL, Silva JCMC, Boska GA, Oliveira MSR; Revisão crítica: Oliveira MSR, Oliveira MAF; Revisão final: Oliveira MAF, Oliveira MSR.

## REFERÊNCIAS

- Fagundes Júnior HM, Desvial M, Silva PRF. Reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 17];21(5):1449-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1449.pdf>
- Schwartz OPS, França GRMS, Cândido MCFS, Moreira AS, Penha RM, Zaleski EGF, et al. Legislação federal voltada às pessoas com transtornos mentais. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Ago 15];8(2):7-11. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.883>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas 24 h (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros [Internet]. Brasília: MS; 2012 [cited 2019 Jul 17]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>
- Fejes MAN, Ferigato SH, Marcolino TO. Health and daily living of women in alcohol and other drugs abuse: an issue for occupational therapy. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dez 28];27(3):254-62. Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p254-262>
- Alves TM, Rosa LCS. The use of psychoactive substances by women: the importance of a gender perspective. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2016 [cited 2019 Ago 15];24(2):443-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p443>
- Andolfatto I, Frighetto M, Winck DR, Dambrós BP. Caracterização de usuários de álcool e drogas atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS-I) de um município do meio-oeste catarinense. *Unoesc & Ciência - ACBS* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 17];7(1):31-38. Available from: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/10060.pdf>
- Fertig A, Schneider JF, Oliveira GC, Olschowsky A, Camatta MW, Pinho LB. Women crack users: knowing their life stories. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 17];20(2):310-316. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160042>
- Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAS. Reasons for attempting suicide among men who use alcohol and other drugs. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Ago 15];37(1):e54896. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>
- Ferreira JT, Mesquita NNM, Silva TA, Silva VF, Lucas WJ, Batista EC. The care centers psychosocial (CAPS): a reference institution on call to mental health. *Rev Saberes* [Internet]. 2016 [cited 2019 Ago 16];4(1):72-86. Available from: <https://facaopaulo.edu.br/wpcontent/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>
- Andrade AT, Rimes TS, Costa LSP, Jorge MSB, Quinderé PHD. Aspectos sociodemográficos dos usuários de crack assistidos pela rede de atenção psicossocial. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2016 [cited 2019 Ago 16];12(1):40-7. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/119195/116605>
- Boska GA, Oliveira MAF, Claro HG, Araújo TSG, Pinho PH. Leitos em centro de atenção psicossocial álcool e drogas: análise e caracterização. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 17];71(Suppl 5):2251-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2251.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2251.pdf)
- Tassinari TT, Terra MG, Soccol KLS, Souto VT, Pierry LG, Schuch MC. Caracterização de mulheres em tratamento devido ao uso de drogas. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 15];12(12):3344-51. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236812p3344-3351-2018>
- Lucchese RL, Caixeta FC, Silva YV, Vera I, Felipe RL, Castro PA. Histórico de violência contra a mulher que vivencia o abuso de álcool e drogas. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2019 Ago 16];11(supl 9):3623-31. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234505/27717>
- Loures BP, Costa PHA, Ronzani TM. As redes sociais no cuidado aos usuários de drogas: revisão sistemática. *Psicol Estud* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 17];21(1):29-39. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsiolEstud/article/view/28489>
- Silva NNFS, Leal SMC, Trentin D, Vargas MAO, Vargas CP, Vieira LB. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Ago 16];8(3):70-74. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1290>
- Albuquerque CS, Nóbrega MPSS. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2016 [cited 2019 Ago 15];12(1):22-29. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n1/pt\\_04.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n1/pt_04.pdf)
- Silva EBO, Pereira ALF, Penna LHG. Estereótipos de gênero no cuidado das usuárias de cocaína e crack. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 16];34(5):e00110317. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110317.pdf>
- Silva Júnior FJG, Monteiro CFS, Veloso LUP, Sales JCS, Costa APC, Gonçalves LA. Ideação suicida e consumo de drogas ilícitas por mulheres. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 16]; 31(3):321-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800045>
- Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertonecello KCG. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na rede de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 17];20(3):e20160059. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160059>
- Penzenstadler L, Machado A, Thorens G, Zullino D, Khazaal Y. Effect of case management interventions for patients with substance use disorders: a systematic review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 17];8(51). Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2017.00051/full>
- Campos RO, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTS. Evaluation indicators for the psychosocial care centers type III: results of a participatory design. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 16];41(Spe):71-83. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S07>

# ORIENTAÇÕES PARA PUÉRPERAS SOBRE CUIDADOS NEONATAIS NO ALOJAMENTO CONJUNTO EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL

Maria Caroline Rogerio<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4914-6065>

Luana da Silva<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5245-2725>

Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2882-6184>

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0157-7461>

**Objetivo:** analisar as orientações prestadas pelos profissionais de maternidades de baixo risco quanto a assistência ao recém-nascido no alojamento conjunto. **Método:** estudo quantitativo, no qual foi utilizado um instrumento que constava as principais variáveis pertinentes ao estudo. Foi aplicado em três maternidades de diferentes municípios da 17ª Regional de Saúde. **Resultados:** foi possível analisar que adolescentes, multiparas, sem companheiro e baixa escolaridade receberam menos informações, já as mulheres com 30 anos ou mais e brancas apresentaram maior índice de orientações quanto à amamentação e aos primeiros cuidados. **Conclusão:** as orientações fornecidas nas maternidades ainda não abrangem a todas as mulheres.

**Descritores:** Alojamento conjunto; profissionais de saúde; saúde da criança; cuidado infantil.

## **GUIDANCE FOR PUERPERAS ABOUT NEONATAL CARE IN ROOMING-IN AT HABITUAL RISK MATERNITIES**

**Objective:** to analyze the guidance given by professionals of low risk maternity hospitals regarding the care of the newborn in the rooming-in. **Method:** quantitative study where an instrument was used that contained the main variables pertinent to the study, it was applied in three maternity hospitals in different municipalities of the 17th Regional Health. **Results:** it was possible to analyze that adolescents, multiparous, without partners and low schooling received less information, while women 30 years of age and older showed a higher index of breastfeeding and first care. **Conclusion:** that guidance provided in maternity wards does not yet cover all women.

**Descriptors:** Rooming-in care; health personnel; child health; child care.

## **DIRECTRICES PARA LAS PERSONAS EN CUIDADOS NEONATALES EN ALOJAMIENTO CONJUNTO EN MATERNIDADES DE RIESGO HABITUAL**

**Objetivos:** fue analizar la orientación brindada por profesionales de la maternidad de bajo riesgo con respecto a la atención del recién nacido en el alojamiento conjunto. **Método:** estudio cuantitativo en el que se utilizó un instrumento que contenía las principales variables pertinentes al estudio, se aplicó en tres hospitales de maternidad en diferentes municipios de la 17.a Región de Salud. **Resultados:** fue posible analizar de que las adolescentes, multiparas, sin pareja y con bajo nivel de escolaridad recibieron menos información, mientras que las mujeres de 30 años de edad y mayores mostraron un índice más alto de lactancia materna y atención primaria. **Conclusión:** la orientación brindada en las maternidad aún no cubren a todas las mujeres.

**Descritores:** Alojamiento Conjunto; personal de salud; salud del niño; cuidado del niño.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina, PR.

Autor correspondente: Maria Caroline Rogerio E-mail: [mcarlo Rogerio@hotmail.com](mailto:mcarlo Rogerio@hotmail.com)

Recebido: 20/07/2019

Aceito: 26/08/2019

## INTRODUÇÃO

Na década de 1990, o Ministério da Saúde propôs a criação do alojamento conjunto em maternidades que consiste em manter o recém-nascido junto à mãe durante todo o período de internação até a alta. Com isto, objetiva-se fortalecer o vínculo materno-infantil nas primeiras horas de vida do bebê, propiciar experiências de cuidado materno quanto a rotina do recém-nascido, promover o aleitamento materno e, também, a participação do pai nestes cuidados<sup>(1)</sup>.

A implementação do alojamento conjunto torna o ato de cuidar uma atividade não somente dos profissionais de saúde, mas também daquele que é tratado ou responsável por quem está sendo tratado, sendo assim, este indivíduo será uma fonte de transmissão de educação em saúde e no seu ambiente social e familiar<sup>(2)</sup>.

O desenvolvimento emocional do bebê tem início já nos primeiros momentos de vida, por isto, a necessidade do contato precoce com a mãe, um ambiente calmo e acolhedor, a segurança transmitida pelos pais, carícias e cuidados de higiene pessoal estreitam o laço materno/paterno-infantil. Exames preventivos, vacinações e outros cuidados humanizados realizados ainda no alojamento conjunto por profissionais de saúde propiciam uma qualidade de vida melhor ao recém-nascido e permite detectar e/ou prevenir patologias<sup>(3)</sup>.

A Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno-infantil no período do pré-natal, puerpério e nos primeiros anos de vida. Dentre as diretrizes do programa, de maneira geral, o objetivo é propiciar uma experiência tranquila e com qualidade, tanto para a mãe quanto para o bebê, fornecendo suporte estrutural e de cuidados<sup>(4)</sup>. Desta forma, o interesse dos profissionais de saúde aos cuidados e assistência prestados ao recém-nascido e a puérpera são de suma importância para o desenvolver das capacidades maternas e a integridade infantil, pois a confiança da mãe no profissional facilita a transmissão de conhecimento e a obtenção dos objetivos desejados com o cuidado<sup>(5)</sup>.

## OBJETIVO

Analisar as orientações prestadas pelos profissionais de maternidades de risco habitual quanto à assistência ao recém-nascido no alojamento conjunto de três municípios da 17ª Regional de Saúde (RS).

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com uma população alvo composta por puérperas usuárias de

maternidades e seus respectivos bebês. Este estudo é parte de uma pesquisa multicêntrica financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com o título: "Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança" cadastrada na PROPPG n. 10735 e aprovada na Chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016, envolvendo a Universidade Estadual de Londrina e a Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus de Cascavel e Foz do Iguaçu.

### Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por 189 puérperas (cálculo amostral estratificado por município), portanto 63 em Ibiporã, 67 em Cambé e 59 em Rolândia. Os critérios de inclusão foram mulheres que realizaram o parto nas maternidades do estudo, aceitaram participar da pesquisa, residiam na área urbana e nos municípios das respectivas Regionais de Saúde, bem como não apresentarem nenhum tipo de agravo e/ou problema de saúde que possa impedir sua participação.

### Local do estudo

As maternidades de risco habitual avaliadas foram: a) Hospital Cristo Rei, referência para os municípios de Ibiporã, Alvorada do Sul, Primeiro de Maio, Jataizinho e Sertanópolis; b) Hospital da Santa Casa, referência para Mirassol, Prado Ferreira e Cambé; c) Hospital São Rafael que atende Rolândia, Cafeara, Centenário do Sul, Guaraci, Lupionópolis e Pitangueiras.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento que constava as seguintes variáveis de estudo: dados sociodemográficos da puérpera; condições maternas e do recém-nascido no parto e assistência realizada na sala de parto, por meio da entrevista com puérperas e coleta de dados em prontuários. O período de realização da coleta foi entre 23 de julho a 20 de dezembro de 2017.

### Procedimento de análise de dados

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel® 2013 e, posteriormente, transportados para o programa SPSS®, versão 20.0. Foi utilizada estatística descritiva para a análise.

### Procedimentos éticos

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

(CEP/UEL) da Universidade Estadual de Londrina, CAAE: 67574517.1.1001.5231.

## RESULTADOS

Entre as 189 mulheres que participaram do presente estudo em maternidades municipais de risco habitual de três municípios, predominaram as da faixa etária de 19 a 29 anos (66%), sendo a idade mínima das puérperas entrevistadas 15 anos e máxima 47 anos. Em relação ao número de gestações anteriores, houve maior prevalência de multiparas (58%).

Ao comparar os aspectos sociodemográficos e histórico obstétrico com as orientações recebidas sobre os primeiros cuidados e amamentação imediatamente após o parto, assim como, quanto aos cuidados do recém-nascido no alojamento conjunto, verifica-se que mulheres com 30 anos ou mais, brancas e sem companheiro, apresentaram um índice maior de orientações quanto aos primeiros cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno imediatamente após o parto se comparado as demais faixas etárias. Sobre o tipo de parto, o incentivo ao aleitamento materno imediatamente pós-parto foi maior no parto normal. Em relação às orientações quanto aos primeiros cuidados com o recém-nascido no alojamento conjunto, os números foram mais satisfatórios e prevaleceram no parto cesárea (tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico e histórico obstétrico relacionados às orientações recebidas imediatamente pós-parto em maternidades de risco habitual. Paraná, 2017.

Perfil Sociodemográfico	Primeiros cuidados	Amamentação imediatamente pós-parto
	Sim (%) / Não (%)	Sim (%) / Não (%)
<b>Idade materna</b>		
15 – 18 anos	17 (68,0) / 8 (32,0)	16 (64,0) / 9 (36,0)
19 – 29 anos	81 (64,0) / 45 (35,0)	69 (55,0) / 47 (45,0)
30 – 47 anos	29 (74,0) / 10 (25,0)	27 (69,0) / 12 (31,0)
<b>Raça e cor</b>		
Branças	75 (68,0) / 36 (32,0)	65 (58,0) / 46 (41,0)
Não brancas	52 (66,0) / 27 (34,0)	47 (59,0) / 32 (40,0)

<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	105 (64,0) / 58 (36,0)	93 (57,0) / 70 (43,0)
Sem companheiro	22 (82,0) / 5 (18%)	19 (70,0) / 8 (30,0)
<b>Escolaridade materna</b>		
Ensino fundamental	46 (71,0) / 19 (29,0)	33 (51,0) / 32 (49,0)
Ensino médio	69 (65,0) / 37 (35,0)	66 (62,0) / 40 (38,0)
Ensino superior	12 (63,0) / 7 (37,0)	13 (68,0) / 6 (32,0)
<b>Ocupação materna</b>		
Remunerada	51 (63,0) / 30 (37,0)	45 (56,0) / 36 (44,0)
Não remunerada	76 (70,0) / 33 (30,0)	67 (62,0) / 42 (38,0)
<b>Renda</b>		
Até um salário mínimo	30 (81,0) / 7 (19,0)	23 (62,0) / 14 (38,0)
De um a dois salários mínimos	57 (65,0) / 31 (35,0)	53 (60,0) / 35 (40,0)
De dois a três salários mínimos	27 (73,0) / 10 (27,0)	25 (68,0) / 12 (32,0)
Acima de três salários mínimo	13 (46,0) / 15 (54,0)	11 (39,0) / 17 (61,0)
<b>Histórico obstétrico</b>		
<b>Gestação Anterior</b>		
Primípara	57 (72,0) / 22 (28,0)	55 (70,0) / 24 (30,0)
Multipara	70 (63,0) / 41 (37,0)	57 (51,0) / 54 (49,0)
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	61 (60,0) / 40 (40,0)	60 (59,0) / 41 (41,0)
Cesárea	66 (74,0) / 23 (26,0)	52 (58,0) / 37 (42,0)

Com relação aos principais cuidados com o recém-nascido no alojamento conjunto, como banho, curativo do coto umbilical, higiene perineal e troca de fraldas, eliminação vesical e intestinal diária, observou-se que as puérperas adolescentes, multiparas, sem companheiro, com menor escolaridade e renda, tiveram um índice de menor acesso as

orientações, tornando-se uma população mais vulnerável a reprodução do cuidado com o RN. (Tabela 2).

**Tabela 2** – Perfil sociodemográfico e histórico obstétrico relacionados ao apoio e orientações recebidas no alojamento conjunto em maternidades de risco habitual. Paraná, 2017.

Perfil Sociodemográfico	Banho	Curativo coto umbilical	Higiene perineal e troca de fraldas
	Sim (%) Não (%)	Sim (%) Não (%)	Sim (%) Não (%)
<b>Idade materna</b>			
15 – 18 anos	16 (64,0) 9 (36,0)	15 (60,0) 10 (40,0)	14 (56,0) 11 (44,0)
19 – 29 anos	79 (63,0) 47 (37,0)	85 (67,0) 41 (33,0)	70 (56,0) 56 (44,0)
30 – 47 anos	26 (67,0) 13 (33,0)	30 (77,0) 9 (23,0)	22 (56,0) 17 (44,0)
<b>Raça e cor</b>			
Branças	66 (59,0) 45 (41,0)	78 (70,0) 33 (30,0)	61 (55,0) 50 (45,0)
Não brancas	55 (70,0) 24 (30,0)	52 (66,0) 27 (34,0)	45 (57,0) 34 (43,0)
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	101 (62,0) 62 (38,0)	108 (66,0) 55 (34,0)	87 (53,0) 76 (47,0)
Sem companheiro	20 (74,0) 7 (26,0)	22 (81,0) 5 (19,0)	19 (70,0) 8 (30,0)
<b>Escolaridade materna</b>			
Ensino fundamental	39 (60,0) 26 (40,0)	42 (65,0) 23 (35,0)	38 (59,0) 27 (41,0)
Ensino médio	71 (67,0) 35 (33,0)	74 (70,0) 32 (30,0)	60 (57,0) 46 (43,0)
Ensino superior	11 (58,0) 8 (42,0)	14 (74,0) 5 (26,0)	8 (42,0) 11 (58,0)
<b>Ocupação materna</b>			
Remunerada	49 (61,0) 32 (39,0)	60 (74,0) 21 (26,0)	46 (57,0) 35 (43,0)
Não remunerada	72 (66,0) 37 (34,0)	70 (64,0) 39 (36,0)	60 (55,0) 49 (45,0)
<b>Renda</b>			
Até um salário mínimo	27 (73,0) 10 (27,0)	27 (73,0) 10 (27,0)	23 (62,0) 14 (38,0)
De um a dois salários mínimos	56 (64,0) 32 (36,0)	59 (67,0) 29 (33,0)	50 (57,0) 38 (43,0)
De dois a três salários mínimos	24 (65,0) 13 (35,0)	26 (70,0) 11 (30,0)	20 (54,0) 17 (46,0)
Acima de três salários mínimo	14 (50,0) 14 (50,0)	18 (64,0) 10 (36,0)	20 (54,0) 17 (46,0)

<b>Histórico obstétrico</b>			
<b>Gestação Anterior</b>			
Primípara	54 (68,0)	57 (72,0)	48 (61,0)
	25 (32,0)	22 (28,0)	31 (39,0)
Multipara	67 (60,0)	73 (66,0)	58 (52,0)
	44 (40,0)	38 (34,0)	53 (48,0)
<b>Tipo de parto</b>			
Normal	65 (64,0)	71 (70,0)	57 (56,0)
	36 (36,0)	30 (30,0)	44 (44,0)
Cesárea	56 (63,0)	59 (66,0)	49 (55,0)
	33 (37,0)	30 (34,0)	40 (45,0)

Ao analisar os dados separadamente por município, constatou-se que Cambé-PR obteve números mais satisfatórios com relação a todas orientações essenciais que devem ser fornecidas no alojamento conjunto e citadas anteriormente. Observou-se que na cidade de Ibiporã-PR a maior fragilidade de orientações foi em relação ao banho e higiene perineal durante a troca de fraldas, e na cidade de Rolândia-PR esta fragilidade se fez maior com relação ao curativo do coto umbilical e orientações quanto aos aspectos relacionados à eliminação vesical do bebê.

Percebeu-se que a maioria das puérperas que dizem não ter recebido orientações quanto aos cuidados, alegam que já possuíam conhecimentos prévios adquiridos por conta própria, por ter outros filhos ou por já ter cuidado de outras crianças. Porém, trata-se de um cuidado que deve ser avaliado quanto à qualidade, ou seja, se este está sendo realizado de forma correta e não prejudicial à saúde da mãe e do bebê. Com relação a não amamentar imediatamente após o parto, as principais justificativas observadas, principalmente em relação ao parto cesárea que apresentou o índice mais baixo diante da amamentação imediatamente pós-parto, as puérperas relataram a retirada do bebê para realização de procedimentos de rotina, que por estarem no centro cirúrgico era preciso retirar para terminar o procedimento com a mulher, fato que não deveria interferir no processo de amamentar.

## DISCUSSÃO

O processo gravidez-parto-puerpério envolve mudanças fisiológicas, mas também, alterações emocionais, por isto, a importância do envolvimento da equipe de saúde no processo de adaptação e entrosamento entre mãe e bebê. O contato mais próximo promovido pelo alojamento conjunto permite que a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, promova o apoio e orientação materna acerca dos cuidados essenciais para si e seu bebê<sup>(6)</sup>.

O profissional de saúde possui a responsabilidade de transferir conhecimento e fornecer orientações considerando toda a diversidade étnica, racial e de cor da

população brasileira, atendendo as especificidades de cada uma<sup>(7)</sup>. Segundo o Ministério da Saúde, ao orientar a mãe quanto a maneira correta de realizar o banho e os cuidados, estes promovem conforto, higiene e interação mãe-filho<sup>(8)</sup>.

Os cuidados com o recém-nascido podem causar sentimentos diferentes para as primíparas ou múltiparas. Um estudo realizado com 10 puérperas primíparas concluiu que apenas uma se sentiu totalmente segura e confiante para a realização dos cuidados com o neonato, além disso, outras dificuldades foram citadas com frequência, como a do banho, a insegurança quanto aos cuidados com o coto umbilical, cólicas intestinais e horários da nova rotina<sup>(9)</sup>.

Apesar de as puérperas múltiparas já terem vivenciado anteriormente a experiência do alojamento conjunto, ainda observa-se o desconhecimento de alguns elementos básicos do cuidado, como, os produtos de higiene utilizados para o banho do recém-nascido, a sequência correta para a higienização da região íntima, em especial do sexo feminino, e a mistificação da necessidade da cobertura do coto umbilical com curativos ou faixas. Com relação às dificuldades do aleitamento materno, mesmo com orientações, ocorrem principalmente devido a fissuras mamilares e mastites, baixa produção, sensibilidade das mamas, sucção ineficaz do bebê, pega incorreta e outros<sup>(10)</sup>.

Com relação às orientações do aleitamento materno e cuidados com as mamas, um estudo realizado em uma maternidade pública do nordeste brasileiro, sobre o perfil epidemiológico de mulheres que desenvolveram mastite, constatou-se que 61,5% tinham entre 16 e 23 anos de idade, 36,4% eram solteiras e 34,6% tinham apenas o ensino fundamental completo, além disso, 19,2% dos bebês destas mulheres em questão tiveram o desmame precoce devido a internação materna para tratamento da mastite<sup>(11)</sup>.

Sobre o conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao aleitamento materno, um estudo realizado com profissionais da equipe de atenção primária do município de Picos-PI, por meio de um instrumento com 44 questões sobre o assunto, constatou que 63,20% afirmaram ter participado de treinamento sobre aleitamento materno e 78,57% dos profissionais afirmaram realizar orientações sobre, o maior índice de acertos no instrumento foi dos profissionais médicos e enfermeiros<sup>(12)</sup>.

Um estudo realizado com 61 puérperas que se encontravam no Alojamento Conjunto de uma maternidade de referência no município de Mombaça/CE, observou que quando questionadas sobre a confiança acerca da realização dos cuidados com o bebê, a maioria (85,2%) relatou ter confiança quanto ao processo de amamentar, seguido por 70,5% quanto ao banho e cuidados com o coto

umbilical, e por fim, apenas 47,5% possuíam segurança quanto a prevenção de acidentes. Com relação aos conhecimentos acerca da maneira de realizar o cuidado, 70% relatam o uso de álcool para limpeza do coto umbilical, 47,5% desconheciam os malefícios da chupeta e 39,9% acreditavam que o bebê poderia mamar em outra mulher<sup>(13)</sup>.

Dentre as principais orientações prestadas pela equipe de saúde realizadas nas maternidades, principalmente pela Enfermagem, que merecem destaque e são de suma importância estão o apoio a amamentação e pega correta, cuidados de higiene como troca de fraldas e banho, além da forma correta de higienização do coto umbilical. Mas além disso, é essencial que a família também seja orientada sobre o comportamento normal do bebê, o não uso de chupetas e mamadeiras, interação com o RN, as posições ideais para a criança dormir e como deverá ser o seu acompanhamento nos serviços de saúde<sup>(14)</sup>.

### Limitações do estudo

As limitações do estudo se referem ao perfil itinerante da população, tornando a coleta de dados mais prolongada, bem como por ser restrita a uma região do país.

### Contribuições do estudo para a prática

Considera-se que orientar as puérperas sobre a realização dos cuidados com o recém-nascido, ainda no alojamento conjunto, proporciona uma experiência mais prazerosa para ambos, promove a saúde através de práticas de higiene e amamentação, e resulta em uma maior interação entre o binômio mãe-filho.

### CONCLUSÃO

Ao analisar as orientações recebidas pelas puérperas nas maternidades de baixo risco, percebe-se que estas ainda não abrangem a todas as mulheres atendidas nas maternidades de risco habitual, ou seja, estas maternidades não estão atendendo aos princípios do Programa Rede Mãe Paranaense e devem ser fortalecidas para a melhoria da assistência ofertada.

**Contribuição dos autores:** Concepção e/ou desenho: Rogério MC e Ferrari RAP; Análise e interpretação dos dados: Rogerio MC, Silva L e Canario MASS; Redação do artigo: Rogerio MC e Canário MASS; Revisão crítica: Silva L e Canário MASS; Revisão final: Ferrari RAP.

**Financiamento e Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação Araucária e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo incentivo e oportunidade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 2068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União. 21 out 2016.
2. Mesquita NS, Rodrigues DP, Ferreira ALA, Manguiño CPC, Brandão JC. Percepções de puérperas acerca do cuidado de enfermagem recebido no pós-parto imediato. Rev Fun Care [Internet]. 2019 jan/mar (citado em 2019 março 12); 11(1):160-166. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.160-166>
3. Mendes PDG, Filha FSC, Silva RNA, Vilanova JM, Silva FL. O papel educativo e assistencial de enfermeiros durante o ciclo gravídico-puerperal: a percepção de puérperas. Rev Interdisciplinar [Internet]. 2016 (citado em 2019 março 23); 9(3):49-56. Disponível: [revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/927/pdf\\_339](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/927/pdf_339)
4. Paraná SS. Rede Mãe Paranaense. 2012 (citado em 2019 abril 27). Disponível em: [saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892](http://saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892).
5. Silva RM, Sousa AKA, Abreu RMSX, Silva RA, Farias MCAD. Atuação da enfermagem em alojamento conjunto: percepção de puérperas. Rev Brasileira de Educação e Saúde [Internet], 2015 (citado em 2019 maio 25); 5(3): 8-17. Disponível em: [gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3664](http://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3664)
6. Xavier ACA, Jesus MGR, Pereira AS, Santos KA, Ferreira DAS, Sales SNV. Cuidados com o recém-nascido. Rede FTC [Internet]. 2015 (citado em 2019 maio 26); 1(1): 168-72. Disponível em: [periodicos.ftc.br/index.php/ritec/article/view/76](http://periodicos.ftc.br/index.php/ritec/article/view/76).
7. Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. R. Saúde Públ [Internet]. 2018. (citado em 2019 maio 30);1(1):47-58. Disponível em: [revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/issue/view/v1n1/Vers%C3%A3o%20complea](http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/issue/view/v1n1/Vers%C3%A3o%20complea)
8. Mercado NC, Souza GDS, Silva MMJ, Anseloni MG. Cuidados de enfermagem e orientações para puérperas no alojamento conjunto. Rev de Enfermagem da UFPE. [Internet] 2015 (citado em 2019 jun. 01); 11(9): 3508-3515. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234480/276>
9. Leis BDB, Pereira RC, Silva LFI, Leite AM, Dusso MIS, Bernardes NB. Acolhimento puerperal no contexto atribuído às primíparas. Rev. Multidisciplinar e de Psicologia [Internet]. 2019 (citado em 2019 jul. 17); 13(45): 287-301. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1702/2555>
10. Silva RS, Rosa M, Côrtes RM, Abrahão DPS. Conhecimentos e orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério acerca do aleitamento materno e as dificuldades apresentadas durante a prática de amamentação. JCBS [Internet]. 2017 (citado em 2019 jun. 05); 2(3): 88-94. Disponível em: [publicacoes.factus.edu.br/index.php/saude/article/view/154](http://publicacoes.factus.edu.br/index.php/saude/article/view/154)
11. Mota TC, Nery IS, Santos JDM, Oliveira DM, Alencar NMBM. Caracterização clínica e epidemiológica da mastite puerperal em uma maternidade de referência. Enferm Foco [Internet]. 2019 (citado em 2019 jul. 19); 10(2): 11-16. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1331>
12. Ramos AE, Ramos CV, Santos MM, Almeida CAPL, Martins MCC. Conhecimento sobre aleitamento materno e alimentação complementar dos profissionais de saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 (citado em 2019 jun. 10);71(6):2953-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0494>
13. Ribeiro SCSS, Rocha RS, Jacob LMS, Jorge HMF, Mafetoni RR, Pimenta CJL. Atividade educativa para a promoção do cuidado com o recém-nascido. Saúde e Pesquisa [Internet]. 2018 (citado em 2019 jun. 12); 11(3): 545-553. Disponível em: [periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6553/3284](http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6553/3284)
14. Duarte FCP, Góes FGB, Rocha ALA, Ferraz JAN, Moraes JRMM, Silva LF. Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco. Rev. Enfermagem UERJ [Internet]. 2019 (citado em 2019 jul. 19); 1(27): 1-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38523>.

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

Geicilane de Sousa Silva<sup>1</sup>

Larisse Sousa dos Santos<sup>1</sup>

Ana Carine Goersch Silva<sup>1</sup>

Isakelly de Oliveira Ramos<sup>1</sup>

Isabela Melo Bonfim<sup>1</sup>

Rita Mônica Borges Studart<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6809-067X>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3548-0289>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8067-6120>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0702-4980>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0056-862X>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5862-5244>

**Objetivo:** conhecer a percepção do enfermeiro acerca do processo admissional de crianças no pós-operatório imediato de transplante renal.

**Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado no período de janeiro a março de 2019 por meio da técnica de grupo focal para a coleta de dados. Participaram 13 enfermeiros que trabalhavam na unidade pós-operatória de alta complexidade de um hospital de referência em transplantes. Os depoimentos foram gravados, transcritos e organizados em categorias. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo.

**Resultados:** a análise do material empírico revelou as seguintes categorias temáticas: Percepção dos enfermeiros sobre o processo de admissão de crianças no pós-operatório imediato; Criação de um protocolo no período pós-operatório do transplante renal voltado para crianças; Insegurança dos profissionais relacionada à reposição volêmica e parada cardiorrespiratória. **Conclusão:** o estudo contribuiu para o diagnóstico situacional quanto aos cuidados realizados pelos enfermeiros, destacando-se: reposição volêmica, dados vitais, parâmetros da ventilação mecânica e diluição de drogas. Os enfermeiros relataram que o protocolo facilitou durante assistência de enfermagem.

**Descritores:** Transplante Renal; Criança; Enfermagem.

## SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN THE POST-OPERATORY OF PEDIATRIC KIDNEY TRANSPLANTATION

**Objective:** to know the nurse's perception about the admission process of children in the immediate postoperative period of renal transplantation.

**Method:** Descriptive, qualitative study, carried out from January to March, 2019 by means of the focal group technique for data collection. Participants were 13 nurses who worked in the high complexity postoperative unit of a referral hospital in transplants. The testimonies were recorded, transcribed and organized into categories. To analyze the data, the content analysis technique was used. **Results:** The analysis of the empirical material revealed the following thematic categories: Nurses' perception about the process of admission of children in the immediate postoperative period; Creation of a protocol in the postoperative period of renal transplantation aimed at children; Professional insecurities related to volume replacement and cardiorespiratory arrest. **Conclusion:** The study contributed to the situational diagnosis regarding the care provided by nurses, highlighting: volume replacement, vital data, mechanical ventilation parameters and drug dilution. The nurses reported that the protocol facilitated during nursing care.

**Descriptors:** Kidney Transplantation; Child; Nursing.

## SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE PEDIÁTRICO DE RIÑONES

**Objetivo:** conocer la percepción del enfermero acerca del proceso admissional de niños en el postoperatorio inmediato de trasplante renal. **Método:**

Estudio descriptivo, cualitativo, realizado en el período de enero a marzo de 2019 por medio de la técnica de grupo focal para la recolección de datos. Participaron 13 enfermeros que trabajaban en la unidad postoperatoria de alta complejidad de un hospital de referencia en trasplantes. Los testimonios fueron grabados, transcritos y organizados en categorías. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis del contenido.

**Resultados:** El análisis del material empírico reveló las siguientes categorías temáticas: Percepción de los enfermeros sobre el proceso de admisión de niños en el postoperatorio inmediato; Creación de un protocolo en el período postoperatorio del trasplante renal hacia niños; Inseguridad de los profesionales relacionados a la reposición volémica y parada cardiorrespiratoria. **Conclusión:** El estudio contribuyó al diagnóstico situacional con respecto a la atención brindada por las enfermeras, destacando: reemplazo de volumen, datos vitales, parámetros de ventilación mecánica y dilución de drogas. Las enfermeras informaron que el protocolo facilitado durante la atención de enfermería.

**Descritores:** Trasplante Renal; Niño; Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza- UNIFOR, Fortaleza, CE.

Autor Correspondente: Geicilane de Sousa Silva Email: [geicysousa21@gmail.com](mailto:geicysousa21@gmail.com)

Recebido: 22/7/2019

Aceito: 09/10/2019

## INTRODUÇÃO

O transplante renal é uma estratégia bem sucedida para o tratamento de crianças com doença renal crônica (DRC), possibilitando aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida. Seu sucesso em longo prazo é atribuído aos avanços da técnica cirúrgica e aos esquemas de imunossupressão<sup>(1)</sup>.

Trata-se de um procedimento que possui as suas peculiaridades, no qual os enfermeiros vivenciam, cotidianamente, complexas situações devido ao perfil clínico dos pacientes. Em geral, são pacientes com instabilidade hemodinâmica, complicações cardiovasculares avançadas e importantes alterações metabólicas que necessitam de cuidados intensivos para a manutenção da vida e o restabelecimento cirúrgico<sup>(2)</sup>.

Diante desse cenário, os enfermeiros precisam desenvolver suas atividades de modo competente, com conhecimento para tomada de decisões seguras, livres de riscos e fundamentadas em evidências científicas. Sendo assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na rotina do serviço para o atendimento da criança em pós-operatório imediato de transplante mediante a criação de um protocolo de cuidados, certamente fortalecerá essa prática<sup>(3)</sup>.

Destaca-se que o profissional enfermeiro é imprescindível no cuidado da criança e do adolescente, e o aperfeiçoamento teórico prático na formação deve ser uma ação continuada, em todos os níveis de assistência à saúde<sup>(4)</sup>.

Acredita-se que a elaboração de um protocolo pautado na SAE, mediante a percepção do enfermeiro acerca dos cuidados no pós-operatório de transplante renal pediátrico, proporcionará uma maior segurança e proteção na produção do cuidado clínico de enfermagem, isso porque este instrumento auxiliará na identificação dos problemas, elaboração dos diagnósticos de enfermagem, escolha dos resultados esperados, intervenções e avaliação, de acordo com as necessidades prioritárias de saúde do paciente<sup>(5)</sup>.

O pós-operatório imediato após o transplante é considerado um período crítico, evidenciado por instabilidades hemodinâmicas e respiratórias, sendo necessária uma observação mais rigorosa dos parâmetros vitais<sup>(6)</sup>.

Os profissionais devem estar atentos durante a admissão, mantendo alguns cuidados específicos, como estabilização do paciente no leito, avaliação, detecção e intervenção das possíveis complicações que possam ocorrer durante esse período<sup>(7)</sup>.

Todavia, encontrar estratégias para assistir às crianças nesse momento crítico, visando uma melhoria do cuidado e, conseqüentemente, a promoção da saúde, ainda representa um grande desafio. A literatura indica que, para vencer

desafios na assistência à criança com problemas crônicos, além de prestar uma assistência humanizada e baseada no conhecimento científico, o enfermeiro precisa lançar mão de tecnologias educativas para auxiliar nesse processo<sup>(6)</sup>.

Diante da complexidade dos protocolos desenvolvidos no âmbito da saúde, os registros manuais de enfermagem têm-se tornado cada vez mais importantes a fim de favorecer as informações assistenciais necessárias para comunicação efetiva, auxiliando os enfermeiros a prestar uma assistência de enfermagem diferenciada<sup>(8)</sup>.

A escolha dessa temática está relacionada às principais dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros no pós-operatório imediato no transplante renal pediátrico e o processo que envolve a assistência a esses pacientes.

Este estudo poderá contribuir para a promoção da saúde das crianças que passaram por um transplante renal, além de estimular a possibilidade da construção de materiais educativos impressos baseados nas necessidades dos enfermeiros que recebem crianças em pós-operatório imediato de transplante renal, associando as principais evidências que sustentam a cientificidade dos conteúdos. De tal modo, julgou-se pertinente realizar este estudo, cujo **objetivo** foi conhecer a percepção do enfermeiro acerca do processo admissional de crianças no pós-operatório imediato de transplante renal. Os resultados do presente estudo serão utilizados na elaboração de um protocolo de cuidados no manejo do transplante renal pediátrico.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa resultante do projeto intitulado construção e validação de tecnologia educacional, mediante um protocolo de cuidados clínicos para o pós-operatório imediato de transplante renal pediátrico.

### Participantes da pesquisa

Para realização dessa pesquisa, foram selecionados 13 enfermeiros que trabalham na unidade pós-operatória de alta complexidade em transplantes de um hospital de rede pública, localizado na Capital do Ceará. Tal hospital é referência em transplantes de rim, fígado e pâncreas. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiros com experiência no Pós Operatório Imediato (POI) de transplante renal; trabalhar na unidade há mais de um ano, tendo experiência com pacientes com doença renal crônica, que estão em preparação para o transplante. Foram excluídos dos estudos enfermeiros que estavam de licença por saúde no momento da pesquisa, de férias ou exercendo cargo administrativo.

## Local de Estudo

O local escolhido para realização da pesquisa foi UPAC, do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

## Coleta de Dados

Para coleta de informações, utilizou-se como uma das etapas da coleta de dados o grupo focal, uma técnica de coleta de dados em grupo, na qual a interação é parte integrante, pois permite que os participantes explorem seus pontos de vista sobre determinado assunto e gera perguntas, dúvidas ou respostas em um período não superior a duas horas.

Vale destacar que os encontros foram agendados nos dias de folga dos enfermeiros. Ocorreram duas sessões de grupo focal, realizada às sextas-feiras em um auditório de reuniões do hospital, no período de janeiro a março de 2019.

A primeira sessão foi realizada com sete enfermeiros e a segunda com seis, em razão de pegar o grupo de enfermeiros que estavam na escala de folga. As cadeiras foram organizadas em círculos, com o objetivo de promover o contato visual e favorecer a visão e interação entre os enfermeiros<sup>(9)</sup>.

Após a apresentação dos objetivos da pesquisa, foi utilizado um roteiro com as seguintes questões focais: Qual a sua opinião sobre o manejo com os pacientes pediátricos durante Pós-Operatório imediato (POI) de transplante renal? Qual a lacuna existente relacionada a esse cuidado? O que deve melhorar durante o atendimento no POI de transplante renal? Qual a dificuldade no manejo de POI de transplante renal pediátrico? Já recebeu alguma formação/treinamento voltado para o cuidado da criança? O tempo de duração dos grupos focais variou entre 40 minutos e uma hora.

## Procedimentos de análise dos dados

A realização das análises se deu através dos depoimentos que foram gravados, transcritos e organizados em torno do manejo com a criança no pós-operatório imediato. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo que busca os sentidos encontrados nos documentos, notas de observação de diários de campo, entrevistas gravadas<sup>(10)</sup>, permitindo a identificação das categorias temáticas, por meio dos depoimentos apresentados pelos sujeitos do estudo e, assim, facilitando a compreensão do problema em questão.

## Procedimentos éticos

Foram respeitados os princípios éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012 e o estudo aprovado pelo Comitê de Ética, sob o número 2.435.893. Todas os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na apresentação das falas, os participantes foram codificados para garantir seu anonimato com a letra E de entrevistado e um número dado a cada sujeito, de 1 a 13.

## RESULTADOS

Na apresentação das falas, os participantes da pesquisa foram identificados com letra 'E' de entrevistado. A composição do grupo apresentou a seguinte configuração: a média de idade dos participantes, os dados sociodemográficos, tempo de experiência na unidade de trabalho, profissionais que tenha realizado alguma especialização, sendo específica em nefrologia e transplante de órgãos, mestrado e doutorado. Participou do estudo um total de 13 enfermeiros, com predominância do sexo feminino, com média de idade entre 28 à 30 anos.

A análise do material empírico revelou as seguintes categorias temáticas: Percepção dos enfermeiros sobre o processo de admissão de crianças no pós-operatório imediato; Criação de um protocolo no período pós-operatório do transplante renal voltado para crianças; Insegurança dos profissionais relacionada à reposição volêmica e parada cardiorrespiratória.

### Percepção dos enfermeiros sobre o processo de admissão de crianças no pós-operatório imediato

A equipe de enfermagem se destaca no período do pós-operatório, pois estará com o paciente ininterruptamente durante as horas subsequentes, sendo responsável pela unidade de recebimento até o controle hemodinâmico. Assim, é de grande importância que se exista uma boa comunicação interprofissional, na qual é possível ver falhas, favorecendo a fragmentação do cuidado. Como podem ser vistos a seguir:

*O difícil é quando a criança apresenta intercorrências, o suporte ventilatório e quanto à diluição das medicações. (E5)*

*Se o plantonista fosse pediatra, seria mais fácil, passaria mais segurança (E9).*

*Detectar precocemente as complicações cirúrgicas (...) diluição dos fármacos (...) coleta de exames, principalmente gasometria arterial (E12.)*

*Em relação à admissão em si, eu percebo que às vezes, dependendo da equipe, falta organização para receber o paciente (E2).*

*Eu acho que muitas vezes a comunicação é falha, porque os profissionais ainda não se comunicam como deveriam tornado falha à assistência (E3).*

### Criação de um protocolo no período pós-operatório do transplante renal voltado para crianças

É manifestada pelos profissionais de enfermagem a importância da necessidade da criação de um protocolo voltado diretamente para criança, em que possa guiar o

cuidado direcionado, pois o grupo na qual os protocolos existentes tem como grupo de base os adultos, possuindo cada um suas particularidades. Pode ser observado através das seguintes falas:

*[...]o manejo com a criança é diferenciado e merece cuidados. Com o protocolo facilitaria o manejo e intervenções necessárias com a criança (E1).*

*Com o aumento do número de transplantes pediátricos, a criação do protocolo facilitaria o manejo com esses pacientes (E2).*

*[...] importante, por tratar-se de um atendimento muito especializado e específico, onde a terapêutica benéfica fica muito próxima da causadora de danos (E13).*

*[...] importante para auxiliar os profissionais na tomada de decisão, dando maior rapidez, confiabilidade e segurança à assistência, portanto, uma ferramenta de grande apoio (E1).*

*A criação de um protocolo voltado para a criança é importante por ser uma ferramenta de apoio que facilitará o trabalho, a fim de manter um padrão no cuidado prestado por uma equipe que não é pediátrica (E12).*

### **Insegurança dos profissionais relacionada à reposição volêmica e parada cardiorrespiratória**

A gestão das perdas garantida através da reposição volêmica possibilita a restauração e manutenção do volume intravascular, a fim de assegurar a função do enxerto após o transplante renal. Diante da importância deste cuidado, os enfermeiros foram questionados quanto às suas dúvidas relacionadas à terapia de reposição de volume no pós-operatório imediato de crianças e as seguintes falas foram percebidas:

*Na reposição na criança, até quanto de volume pode infundir? Tenho dúvida (E7).*

*Tenho dúvidas em relação à reposição volêmica pediátrica e reposição do volume do dreno e também: em caso de acidose metabólica, como é feita a correção? (E2).*

*Não sei ao certo essa reposição, pois muda muito com o peso, sei que devemos repor a volemia mediante a diurese e o dreno (E3).*

*A reposição volêmica na criança tem condutas diferenciadas se comparado ao adulto. No adulto que sabemos conduzir: quando é necessário administrar líquidos, quando parar, medir dreno ou não, como estimular... (E4).*

*Na minha prática há uma lacuna em relação a reposição volêmica de acordo com a diurese, segue o mesmo padrão do adulto? (E5.)*

*Para mim não está claro porque algumas crianças repõem a diurese e o dreno, quem são essas crianças? (E11).*

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma condição que, por meio da cessação das funções cardíacas e respiratórias, as células e os tecidos corporais deixam de receber oxigênio e nutrientes. Diante da importância deste cuidado, os enfermeiros foram questionados quanto às suas dúvidas relacionadas à parada cardiorrespiratória de crianças, e as seguintes falas foram percebidas:

*As maiores dificuldades vejo que é em relação à administração de medicamentos e a massagem cardíaca, ela é a mesma que a do adulto? (E1).*

*A lacuna existente é sobre os parâmetros de ventilação mecânica, as doses e medicações utilizadas na PCR (E12).*

*"Sinto a dificuldade em relação à ventilação mecânica com as diluições das drogas e os atendimentos pós PCR (E7).*

### **Criação de um protocolo no período pós-operatório do transplante renal voltado para crianças**

Essa categoria ilustra a necessidade da criação de um protocolo manifestado pelos enfermeiros, conforme demonstrado nos depoimentos:

*[...]o manejo com a criança é diferenciado e merece cuidados. Com o protocolo facilitaria o manejo e intervenções necessárias com a criança (E1).*

*Com o aumento do número de transplantes pediátricos, a criação do protocolo facilitaria o manejo com esses pacientes (E2).*

*[...] importante, por tratar-se de um atendimento muito especializado e específico, onde a terapêutica benéfica fica muito próxima da causadora de danos (E13).*

*[...] importante para auxiliar os profissionais na tomada de decisão, dando maior rapidez, confiabilidade e segurança à assistência, portanto, uma ferramenta de grande apoio (E11).*

*A criação de um protocolo voltado para a criança é importante por ser uma ferramenta de apoio que facilitará o trabalho, a fim de manter um padrão no cuidado prestado por uma equipe que não é pediátrica (E12).*

## DISCUSSÃO

Nessa perspectiva, percebe-se que ainda persistem falhas na comunicação interprofissional, favorecendo a fragmentação do cuidado, bem como, contribui para ocorrência de eventos adversos. A comunicação em saúde é vista como toda e qualquer prática destinada à incorporação de conhecimento útil à revisão e/ou construção de representações e adoção de modos de agir que possibilitem a promoção do autocuidado, da saúde individual, coletiva e ambiental<sup>(10)</sup>.

A comunicação é uma ferramenta decisiva na qualidade assistencial. É por meio dela que o enfermeiro interage com os outros profissionais, se fazendo entender e entendendo o que ele quer dizer, podendo então atuar no restabelecimento da saúde. Desse modo, é imprescindível que haja interação entre os profissionais e o reconhecimento da comunicação como instrumento eficaz de cuidado. Descarta, o cuidado de enfermagem inexistente sem a interação, que é subsidiada pela comunicação entre enfermeiro-equipe<sup>(10)</sup>.

Outro ponto, evidenciado nas falas, foi a dificuldade de organização no processo admissional da equipe de enfermagem, que consiste desde o preparo do leito para receber o paciente, a delegação de responsabilidades e funções, monitorização e estabilização hemodinâmica.

Destaca-se, nesse contexto, o papel da equipe de enfermagem no pós-operatório, que estará com o paciente ininterruptamente durante as horas subsequentes, sendo responsável pelo preparo da unidade do paciente, provimento de recursos humanos e materiais, recebimento da criança e controles hemodinâmicos<sup>(11)</sup>.

As percepções dos enfermeiros, apontadas nas falas, revelam que consideram importante a construção de um instrumento que possa guiar o cuidado direcionado à criança no período do pós-transplante imediato, pois muitas vezes o manejo realizado com esse grupo tem a base do protocolo voltado para o adulto, sabendo que para ambos existem diferentes abordagens e necessidades a serem realizadas.

A atuação da Enfermagem no período do pós-operatório tem como principal objetivo avaliar, detectar e intervir precocemente nas possíveis complicações nessa fase. Sendo assim, é fundamental importância que a equipe de enfermagem tenha o domínio do conhecimento da história do paciente, a evolução da doença, o atual estado e a terapêutica que está sendo realizada até o momento<sup>(12)</sup>.

O período das primeiras 24 horas do pós-operatório é fundamental e está associada à instabilidade hemodinâmica, a necessidade de reposição parenteral de líquidos, ênfase na monitorização do balanço hidroeletrolítico, cuidados na prevenção de infecções, controle da dor, manutenção e estímulo da função pulmonar, deambulação precoce, restauração das funções gastrointestinais e restauração das

funções renais. As intercorrências nesse período inicial está associada à melhor sobrevida em longo prazo<sup>(12)</sup>.

O transplante renal é um procedimento cirúrgico complexo e invasivo, ele pode ocorrer por meio do doador falecido ou doador vivo, em que eles sejam consanguíneos ou não. Além disso, é o método mais indicado porque envolve menor custo econômico e oferece melhor qualidade de vida ao indivíduo<sup>(13)</sup>.

O tratamento após o transplante apresenta condição crônica, de uma patologia permanente que necessita de um acompanhamento especializado e contínuo. A equipe multidisciplinar oferece diferentes cuidados durante todo tratamento contínuo, como: restrições nutricionais, observar ganho de peso, terapia medicamentosa adequada, exames periódicos permanentes e acampamento com médico pediátrico<sup>(13)</sup>.

Os maiores desafios após a realização do transplante renal pediátrico estão relacionados à saúde mental em crianças e adolescentes em comparação a criança saudável, dentre essas dificuldades, pode-se citar depressão, ansiedade generalizada, social e de saúde, preocupações com a imagem corporal, dificuldades para dormir, distúrbios e dor<sup>(13)</sup>.

É inegável a contribuição do profissional de enfermagem para o sucesso do transplante, a complexidade do cuidado tem se tornado cada vez maior e o tempo de hospitalização pós-transplante tem sido reduzido, sendo necessário prover uma assistência de alto nível, tanto para os transplantados, como também para a família e cuidadores<sup>(13)</sup>.

Ressalta-se que o transplante renal pode limitar a vida cotidiana da criança, principalmente nos primeiros anos após a intervenção, como a necessidade de terapia imunossupressora, os efeitos colaterais, risco de infecção, necessidade de exames frequentes e rejeição<sup>(15)</sup>.

### Limitação do Estudo

A limitação deste estudo refere-se à escassez de artigos que relatam as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros diante do processo admissional de crianças no POI de transplante renal e de que formas eles estão preparados para agir nessas situações, sabendo da complexidade que é cuidar desses pacientes e a contribuição para conhecimento de enfermeiros que atuam na área, servindo para futuras pesquisas na área auxiliando o aprofundamento e o embasamento científico.

### Contribuição do estudo para a prática

A contribuição desta pesquisa é de extrema relevância, pois servirá para futuras pesquisas na área auxiliando o aprofundamento e o embasamento científico relacionado à assistência de enfermagem diante de POI de transplante renal pediátrico.

**CONCLUSÃO**

O estudo permitiu identificar a percepção do enfermeiro acerca do processo admissional de crianças no pós-operatório imediato de transplante renal, no qual foi possível notar que apesar da experiência e conhecimento deles, ainda existem lacunas quando o atendimento é voltado para admissão de crianças.

Contribuiu para o diagnóstico situacional quanto aos cuidados realizados pelos enfermeiros, destacando-se: reposição volêmica, dados vitais ao qual se difere do paciente adulto, parâmetros da ventilação mecânica e diluição de drogas.

Também é possível ver a relevância de um protocolo voltado diretamente para a pediatria, atendendo às suas especificidades e ajudando os profissionais no atendimento e no momento da admissão desses pacientes.

**Contribuição dos autores:** Concepção e/ou desenho: Geicilane de Sousa Silva; análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão final, revisão crítica: Geicilane de Sousa Silva, Larisse Sousa Dos Santos, Ana Carine Goersch Silva, Isakelly de Oliveira Ramos, Isabela Melo Bonfim, Rita Mônica Borges Studart.

**REFERÊNCIAS**

1. Nogueira PCK, Sesso RC, Pereira LA, Gonçalves NZ, Benninghoven JRCS, Leão ER, et al. Prevalência estimada da doença renal crônica terminal em crianças no estado de São Paulo TT - Estimated prevalence of childhood end-stage renal disease in the state of São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011;57(4):443-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0104423011703682>
2. Shapiro R, Sarwal MM. Pediatric Kidney Transplantation. *Pediatric Clinics of North America*, [Internet] 2010 57(2): 393-400. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ajt.12356>
3. Abu-Sultaneh S, Hobson MJ, Wilson AC, Geoggin WC, Nitu ME, Lutfi R, Practice Variation in the Immediate Postoperative Care of Pediatric Kidney Transplantation: A National Survey. *Transplant Proc*, [Internet]. 2017 49(9): 2060-2064. Available from: [https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/16411/AbuSultaneh\\_2018\\_practic\\_e.pdf?sequence=1&isAllowed=n](https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/16411/AbuSultaneh_2018_practic_e.pdf?sequence=1&isAllowed=n)
4. Jorge KJ, Rodrigues RM, Toso BRGO, Viera CS. Integralidade e formação do enfermeiro para o cuidado a criança e adolescente. *Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Ago 20];2(2): 127-37. Available from: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15478/10779>.
5. Silva MCN, De Humerez DC. Exame De Suficiência Para Enfermagem: Defesa Da Saúde Da População E Da Dignidade Da Profissão Por Quem Tem Conhecimento. Vol. 9, *Enferm Foco*. 2018. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/issue/download/29/13>
6. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2018.
7. Hillesheim E, Ambrósio VLS, Facincani I. Development of Height and Body Mass Index After Pediatric Kidney Transplantation: Experience of the Nephrology Pediatric Service at HCFMRP- USP, 2005-2014. *J Bras Nefrol*. [Internet] 2016;38(3). Available from: <http://bjn.org.br/details/1880/pt-BR/development-of-height-and-body-mass-index-after-pediatric-kidney-transplantation--experience-of-the-nephrology-pediatric-service-at-hcfmrp--usp--2005-2014>
8. Diana F, Maria A, Pequeno C, Alencar CS. Competências de enfermeiros no pós-operatório imediato de transplante hepático: concepção profissional. [Internet] 2:392-400. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1800>
9. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde*. [Internet] 2011;35(4):438-42. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf)
10. Campos CJG, Turato ER. Content analysis in studies the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Rev Latino Am Enfermagem*, [Internet] 2009;17(2):259-64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200019)
11. Pontes UO, Silva AES da, Amaral TLM, Genzini T, Prado PR Do. Revisão Integrativa Sobre O Papel Do Enfermeiro No Pós-Transplante Renal. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2014;19(3):597-603. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2016/10/34414-140478-1-PB.pdf>
12. Câmara RH. Análise de conteúdo da teoria da prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações.pdf. [Internet]. 2011;6(2):179-91. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>
13. Santos LF, Prado BC, Castro FPS, Brito RF, Maciel SC, Avelar TC. Qualidade de Vida em Transplantados Renais. *Psico-USF*. [Internet] 2018;23(1):163-72. Available from: <file:///C:/Users/Larisse/Desktop/revista%20cofen/2175-3563-pusf-23-01-163.pdf>
14. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto e Contexto Enferm*. [Internet] 2012;21(4):945-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/27.pdf>
15. Araújo N, Pereira R, Fram D, Hino P, Longo M, Taminato M. Qualidade de vida em crianças transplantadas renais: Revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2018;71(suppl 6):2984-91. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt\\_0034-7167-reben-71-s6-2818.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2818.pdf)

# REDE DE SUPORTE SOCIAL E TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA IDOSOS COM DEFICIÊNCIA

Juliana Balbinot Reis Girondi<sup>1</sup>

Rosa Line Bittencourt<sup>1</sup>

Darla Lusia Ropelato Fernandez<sup>1</sup>

Jordelina Schier<sup>1</sup>

Francisco Reis Tristão<sup>1</sup>

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3763-4176>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1292-2446>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6137-7659>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5117-7234>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1451-4566>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7140-3427>

**Objetivo:** investigar as redes de suporte social da pessoa idosa com deficiência e as tecnologias inovadoras de cuidado implementadas à pessoa idosa com deficiência e de suporte ao cuidador. **Método:** pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa, realizada no período de abril a outubro de 2016. Participaram 26 instituições não governamentais. Realizou-se aplicação de entrevista semiestruturada; empregada Análise Temática para tratamento dos dados. **Resultados:** Evidenciou-se que estratégias como grupos de convivência, grupos de apoio, arte como terapia e atividades de lazer podem ser considerados tecnologias de cuidado. Destacou-se a forma como as famílias estão sendo preparadas para cuidar do idoso com deficiência, já que uma parcela não possui cuidador ou apresenta rede de suporte familiar insuficiente. **Conclusão:** observou-se a necessidade de reflexão quanto a expansão de serviços que visam a integração social do idoso com deficiência, sendo a criação de centros-dia para esta clientela, uma delas.

**Descritores:** Enfermagem, envelhecimento; idoso; pessoas com deficiência; rede social.

## SOCIAL SUPPORT NETWORK AND CARE TECHNOLOGIES FOR THE ELDERLY WITH DISABILITIES

**Objective:** to investigate the social support networks of elderly people with disabilities and the innovative care technologies implemented for elderly people with disabilities and caregiver support. **Method:** exploratory-descriptive qualitative approach, carried out from April to October 2016. Twenty-six non-governmental institutions participated. A semi-structured interview was applied; Thematic Analysis for data treatment. **Results:** It was evidenced that strategies such as groups of coexistence, support groups, art as therapy and leisure activities can be considered care technologies. It was highlighted how families are being prepared to care for elderly people with disabilities, since a portion does not have a caregiver or presents an insufficient family support network. **Conclusion:** there was a need to reflect on the expansion of services aimed at the social integration of the elderly with disabilities, and the creation of day centers for this clientele, one of them.

**Descriptors:** Nursing; aging; aged; disabled persons; social networking.

## RED DE APOYO SOCIAL Y TECNOLOGÍAS DE CUIDADO PARA PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD

**Objetivo:** investigar las redes de apoyo social de las personas mayores con discapacidades y las innovadoras tecnologías de cuidado implementadas para las personas mayores con discapacidades y el apoyo de los cuidadores. **Método:** enfoque cualitativo exploratorio-descritivo, realizado de abril a octubre de 2016. Participaron veintiséis instituciones no gubernamentales. Se aplicó una entrevista semiestructurada; Análisis temático para el tratamiento de datos. **Resultados:** Se evidenció que las estrategias como los grupos de convivencia, grupos de apoyo, arte como terapia y las actividades recreativas pueden considerarse tecnologías de cuidado. Se destacó cómo las familias se están preparando para atender a las personas mayores con discapacidades, ya que una parte no tiene cuidador o presenta una red de apoyo familiar insuficiente. **Conclusión:** hay necesidad de reflexionar sobre la expansión de los servicios dirigidos a la integración social de las personas mayores con discapacidad, siendo la creación de centros de día, uno de ellos.

**Descritores:** Enfermería; envejecimiento; ancianos; personas con discapacidad; red social.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, SC.

Autor correspondente: Juliana Balbinot Reis Girondi E-mail: [juliana.balbinot@ufsc.br](mailto:juliana.balbinot@ufsc.br)

Recebido: 05/08/2019

Aceito: 27/08/2019

## INTRODUÇÃO

As demandas sociais e de saúde de idosos no Brasil vêm crescendo vertiginosamente. Em se tratando de envelhecimento e longevidade, inúmeras são as preocupações a respeito dos impactos sobre a qualidade de vida das pessoas<sup>(1)</sup>.

Outrossim, as pessoas com deficiência também configuram parcela da população que carece de atenção da saúde pública, necessidade esta consolidada a partir da implantação de políticas públicas voltadas à este grupo de pessoas, contudo, ainda assim, a solidificação e fortalecimento de uma rede de suporte assistencial ainda é desafiadora diante de sua complexidade<sup>(2-3)</sup>.

Consoante, a proposta desta investigação, consiste em abordar enquanto temática o binômio “idoso/deficiência”, cujo qual, representa grupo de pessoas que gradativamente vem progredindo em termos numéricos, e que constituem parcela duplamente vulnerável da população. Os dados do último censo demográfico retratam tal contexto, apontando que existem 2.617.025 pessoas com deficiência no Brasil, sendo que destes, 2,9% possuem 65 anos ou mais<sup>(4)</sup>.

Estudiosos acrescentam que o número de idosos com deficiência na população pode estar aumentando por inúmeros motivos. Basicamente, atribuem à este fato, a condição de que o próprio processo natural de envelhecimento, associado às condições crônicas e degenerativas comuns nessa faixa etária, predispõe a desgastes ou distúrbios físicos e mentais, que limitam as atividades de vida diária do idoso e aumentam sua dependência<sup>(5-7)</sup>.

Convém, contudo, destacar, que no cotidiano prático dos serviços que atendem pessoas idosas nas mais diversas áreas, denota-se que àqueles com deficiência congênita ou adquirida, também estão vivenciando a conquista da longevidade e estão envelhecendo, a despeito de sua condição.

Face ao exposto, destaca-se a necessidade de discussão junto à comunidade científica, a respeito da consolidação de mecanismos de apoio a esta clientela. Doravante, o objetivo desta pesquisa foi investigar as redes de suporte social da pessoa idosa com deficiência na Grande Florianópolis, Santa Catarina (SC), e as tecnologias inovadoras de cuidado implementadas à pessoa idosa com deficiência e de suporte ao seu cuidador.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Estudo exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Na pesquisa qualitativa não há interesse na representatividade numérica, mas, sim, no aprofundamento da compreensão do fenômeno investigado.

### Local de estudo

O estudo teve como campo de pesquisa a região da Grande Florianópolis - SC, no qual pertencem os municípios de: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

A pesquisa foi realizada nas Organizações Não Governamentais (ONGs) localizadas nesses municípios. O levantamento do quantitativo foi realizado mediante o cadastro destas na Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES). Foram critérios de inclusão: ser cadastrado como Organizações Não Governamentais (ONGs) e estar inserido na região da Grande Florianópolis. No entanto, algumas instituições indicaram outras organizações, mediante o método snowball. Nesse processo, foram identificadas 29 instituições; 27 aceitaram participar do estudo, sendo uma excluída por localizar-se geograficamente fora dos municípios delimitados para o estudo.

### Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a outubro de 2016, mediante entrevista semiestruturada com os Coordenadores de Entidades Não Governamentais da Grande Florianópolis.

A entrevista foi guiada por um roteiro, gravadas em meio digital e transcritas por meio de programa editor de texto. Esse roteiro continha, em sua maior parte, perguntas abertas sobre o público-alvo atendido pela instituição, os tipos de atendimentos/procedimentos realizados, faixa etária destes atendimentos, grupos de apoio e projetos assistenciais desenvolvidos assim como formas de acessá-los, outras atividades e ações realizadas pela organização.

### Análise de dados

Foi realizada análise descritiva dos dados, bem como Análise Temática<sup>(8)</sup>. Dentro da fase interpretativa os dados foram operacionalizados em duas etapas, quais sejam: ordenação dos dados, a qual inclui as entrevistas e a transcrição de fitas, releitura do material e organização dos relatos em determinada sequência. Esta etapa permitiu uma visão ampla dos dados. A segunda etapa consistiu na classificação dos dados, sendo composta pelos passos: leitura flutuante e exaustiva do material, leitura transversal (estabelecendo unidades de sentido), estabelecimento de categoriais centrais e por fim, a análise final (contrapondo dados empíricos e teóricos).

### Aspectos éticos

O presente estudo está vinculado ao macroprojeto “A Rede de Atenção à Saúde e de suporte social à pessoa idosa com deficiência na grande Florianópolis e as tecnologias de cuidado”, financiado pela Fundação de Amparo e Pesquisa de Santa Catarina (FAPESC) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer número 24410513.5.0000.0121. A fim de resguardar o sigilo e anonimato das instituições participantes, optou-se por identificá-las pela sigla “E” em sequência alfanumérica, conforme a ordem em que as entrevistas foram sendo realizadas (E1, E2, E3...E26). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### RESULTADOS

No intuito de organizar as informações oriundas da investigação, as quais compõem os resultados deste estudo, inicialmente realizou-se a caracterização dos dados, e, posteriormente, a definição das categorias de estudo:

#### Caracterização das Instituições Participantes

Todas as instituições declararam ser Organizações Não Governamentais (ONGs) e que atendem pessoas com diferentes tipos de deficiência, conforme ilustrado no Tabela 1.

**Tabela 1** – ONGs e Tipo de Clientela Atendida. Florianópolis-SC, outubro, 2016.

PERCENTUAL DE ONGs	TIPO DE CLIENTELA ATENDIDA
61,29%	Com Deficiência Intelectual
9,67%	Com Deficiência Física
9,67%	Com Deficiência de Linguagem
3,22%	Com Deficiência Visual
3,22%	Ostomizados

Um percentual pequeno das instituições (6,45%) atendia somente crianças; 90% não limita idade para o atendimento. Consoante, o acesso às organizações ocorria por livre demanda ou encaminhamento de outras instituições, sendo que no presente estudo, 57,83% recebiam usuários do sistema regular de ensino, no caso do seu público infantil, especialmente as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES).

Ademais, 3,22% das instituições relataram fazer busca ativa; além disso, 6,45% pontuaram receber usuários do

Centro de Referência de Assistência Social e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CRAS/CREA), e 9,67% recebiam usuários encaminhados de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Frente ao exposto, a partir das informações obtidas por meio das entrevistas, emergiram duas categorias temáticas: Benefícios sociais e Atendimento de saúde; Inclusão social e perspectivas futuras para os idosos com deficiência.

#### Benefícios sociais e Atendimento de Saúde

Os dados apontaram envolvimento do serviço social, frente aos encaminhamentos à benefícios e direitos sociais e/ou atendimento em saúde quando necessário: aqui na instituição nós temos três assistentes sociais, cada uma trabalha com um determinado público, e quando há essa necessidade, elas fazem o encaminhamento e o acompanhamento de todo processo, como carteirinha de passe livre, posto de saúde, a relação delas com a rede é muito boa (E 1). Todos os benefícios estão incluídos dentro do serviço social [...]. Também fazem encaminhamentos junto com as famílias, agendamentos em atendimento de saúde no município ou na capital, atendimento com relação ao sistema previdenciário (E 26).

Algumas instituições oferecem assistência de saúde própria, por meio de equipe multiprofissional, que presta atendimento individual ou em grupo. Algumas contam com suporte de especialidades médicas, como neurologia e psiquiatria; outras conseguem adquirir com recurso próprio medicamentos e/ou produtos que não são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): nós temos o atendimento multidisciplinar, que envolve fonoaudiologia, assistência social e psicologia[...] conforme a necessidade de projetos, outros profissionais: pedagogos, enfim outras especialidades da área da saúde e educação (E 2); Compramos medicamentos também, que não são fornecidos pelo SUS (E 4).

Os resultados apontaram a formação de vínculo entre as organizações e as Unidades Básicas de Saúde para os atendimentos em saúde, contudo, o fazem somente em caráter de emergência e não de forma eletiva: estamos bem próximos ao posto de saúde, então quando tem algum problema eles nos atendem com bastante rapidez, mas não é um serviço oferecido, é só quando há alguma emergência (E 13); Tem bastante pessoas que são prioridades especialmente no sistema de saúde, a gestante é uma prioridade, a criança é uma prioridade, o idoso é uma prioridade e a pessoa com deficiência é uma prioridade. Então, eu não consigo estabelecer dentre tantas prioridades o que eu posso fazer de diferencial para pessoa com deficiência. Eu gostaria de poder contar no meu município com a rede de atenção básica para cuidar melhor dessas pessoas [...] (E 21).

Identificou-se também a execução de atividades

exclusivas para idosos, tais como: atividades de lazer, jogos e passeios; grupos de apoio, projetos aos idosos e suas famílias/cuidadores; centros de convivência e oficinas protegidas para idosos, que visam à preparação da pessoa com deficiência para um futuro processo seletivo ou competitivo de trabalho: nós trabalhamos com o idoso nas nossas oficinas protegidas, nos nossos centros dia [...] a gente estimula para que os nossos idosos não fiquem sentadinhos no sofá assistindo televisão [...] eles também participam de passeios, de ações dentro da APAE, envolvimento com dança, música, com exercícios, há um cuidado para que o dia dele seja bastante completo (ONG 10); O grupo de convivência é uma modalidade que vai trazer propostas diferenciadas de trabalho, mais terapêutico, é disso que eles precisam. Por isso a gente não pode ficar preso à idade, por eles terem esse envelhecimento precoce (E 25).

### **Inclusão social e perspectivas futuras para o idoso com deficiência**

Enfaticamente, observou-se envolvimento das instituições investigadas, no que se refere a promoção de atividades para a inclusão da pessoa idosa com deficiência na sociedade, com vistas ao fortalecimento da autonomia e independência: nós temos vínculo com a secretaria do trabalho. Então, através do trabalho a gente está reintegrando às pessoas com deficiência na sociedade, mas não é específico para idoso, é para qualquer pessoa com deficiência (E 5). Nossas atividades pedagógicas são sempre voltadas para a ludicidade e bem estar de nossos alunos, dentro de nossas possibilidades propomos em nosso planejamento passeios, visitas de estudos e festa junina, festa da melhor idade e festas temáticas (E 23).

Convém, contudo, inferir que os achados do presente estudo, também evidenciaram fatores limitadores das possibilidades reais de inclusão social: eu acho que uma coisa que a gente precisa é de momentos de inclusão com grupos de convivência da sociedade, a gente não tem acesso, porque eles se fecham, até o próprio idoso normal, bonito, bem arrumado, eu não vejo portas abertas para ele estar entrando (E 17).

Além disso, observou-se a existência de lacuna no que concerne ao cuidado do idoso deficiente no domicílio, sobretudo na ausência da figura de referência, ou, diante do despreparo familiar para execução do cuidado: os pais estão indo embora e aí sobram os irmãos, só que os irmãos têm uma vida estruturada, ele trabalha, a esposa trabalha os filhos trabalham, então um paliativo que eu vejo para esse tipo de ação seria a criação dos centros dia [...] Precisamos que os centros dia funcionem das 7h da manhã às 19h da noite [...] O programa do governo federal prevê um centro dia por estado [...] (E 10).

### **DISCUSSÃO**

Essencialmente, as relações sociais estão conformadas a partir de redes, que incluem diferentes atores com os quais o indivíduo se relaciona, dada suas necessidades, ao longo do ciclo vital. Para o indivíduo, viver a velhice satisfatoriamente depende não somente da sua competência frente às demandas externas e ambientais, mas também da sua inserção coletiva<sup>(9)</sup>. A Enfermagem se utiliza da avaliação dessa rede, para a compreensão do contexto de vida e reconhecimento dos recursos que podem ser acionados ou disponibilizados, em diversos eventos ao longo do processo de viver dos idosos e seus familiares. Cabe à Enfermagem oferecer os cuidados necessários para promover o bem-estar do idoso diante das limitações em que podem se encontrar<sup>(10)</sup>.

Frente ao exposto, no que se refere ao atendimento de saúde, os resultados do presente estudo demonstraram que as instituições prestam atendimento em saúde por meio de sua própria equipe multidisciplinar. Chama atenção para o fato de o atendimento nas UBS's ocorrerem somente em caráter de urgência, e não de modo eletivo, com vistas à manutenção e promoção da saúde.

Neste íterim, destaca-se que o acesso desta população à Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser expandido, sendo a inserção da Saúde do Idoso na agenda das Políticas de Públicas, uma possibilidade para tornar preparado o serviço a receber esta clientela e promover sua saúde<sup>(11)</sup>. Em se tratando de idoso e deficiência, este fato reforça a necessidade de ampliar e garantir sua acessibilidade ao serviço de saúde. Essa acessibilidade abrange a facilidade de acesso aos serviços de saúde, também, os preceitos bioéticos da beneficência e da equidade e desponta das condições ambientais, das possibilidades de locomoção, desempenho nas atividades de vida diária, participação na sociedade e adequado relacionamento interpessoal<sup>(12)</sup>.

Consoante, sendo a APS considerada a porta de entrada preferencial do usuário ao serviço de saúde, a articulação entre os profissionais junto a rede de cuidado à pessoa com deficiência, é imprescindível para que o estrato idoso da população possa de fato ser inserido neste contexto, já que 67,73% das pessoas com idade acima de 65 anos possuem ao menos um tipo de deficiência<sup>(13)</sup>.

Nesse sentido, há de se refletir a respeito da acessibilidade dos idosos com deficiência aos serviços de saúde extramuros das instituições investigadas. A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa com Deficiência deve oferecer serviços em todos os níveis de atenção. Para tanto, urge a vinculação dos serviços ao acolhimento nas Unidades de Saúde, bem como fortalecimento do trabalho transdisciplinar e intersetorial. A intersetorialidade, ou seja, a construção conjunta de

ações e políticas entre diferentes setores, tais como saúde, assistência social e direitos humanos, se configura como um dos maiores desafios para a proteção social e promoção da qualidade de vida dos idosos<sup>(14)</sup>, especialmente em se tratando do idoso envelhecendo com deficiência.

Com relação às tecnologias de cuidado para idosos com deficiência e seu cuidador, verificou-se a aplicação de diferentes atividades inovadoras, embora tenha-se percebido, que nem sempre, esta condição era considerada como uma nova tecnologia.

Possivelmente, este achado, deve-se ao fato de haver por ora, associação do termo à equipamentos e/ou recursos digitais. Entretanto, autores destacam que o conceito de tecnologia é ainda mais amplo e não se limita minimamente à comparação com equipamentos digitais. A compreensão sobre o uso das tecnologias de Enfermagem possibilita um saber-fazer mais seguro e confiável<sup>(15)</sup>.

A categoria inserção social evidenciou envolvimento das instituições no intuito de promover atividades com esta finalidade, que compõem a atividades de cunho cultural, lúdico e de lazer.

Autores apontam que a utilização de atividades que envolvam música e lazer foram apontadas como tecnologias para estimular a cognição de idosos com demência. Outrossim, enquanto tecnologia “leve”, autores coadunam a estes achados, ao pontuarem que neste campo podem ser exploradas temáticas relacionadas a comunicação, convivência e empoderamento da pessoa idosa, fortalecendo sua (re)inserção social<sup>(16-17)</sup>.

No que se refere a (re)inserção dos idosos ao mercado de trabalho, a contratação de pessoas com deficiência repercute em sua inclusão social. Autores descrevem que quando inseridas em posições que correspondam às suas competências e capacidades, contribuem significativamente para a instituição em que atuam<sup>(18)</sup>.

No Brasil, há legislação que garanta às pessoas com deficiência, igualdade. Cabe ressaltar, entretanto, que por vezes direito à oportunidade, assim como à igualdade, aplica-se de forma relativa, dada sua subjetividade. Merece destaque a Lei Brasileira da Inclusão das Pessoas com Deficiência – LBI, Lei nº 13.146, de 2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, definiu no art. 3º as barreiras como sendo quaisquer entraves, obstáculos, atitudes ou comportamentos que limitem ou impeçam a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança<sup>(19)</sup>. A igualdade se processa à medida em que essas barreiras são amenizadas e/ou eliminadas.

No que se refere ao cuidado do idoso com deficiência no domicílio, identificou-se a existência de lacunas, destaque para a insuficiência no suporte familiar, sobretudo na ausência de figuras de referência.

Estudiosos destacam que apesar da família ainda ser o núcleo que assegura, com maior frequência, atenção à essas pessoas, rápidas transformações nas estruturas familiares têm alterado seu papel nesse cenário. Logo, constatada a existência de barreiras na rede de cuidado familiar, torna-se imperioso refletir a respeito de novas possibilidades para a manutenção da rede de suporte<sup>(20)</sup>.

Ao encontro os achados deste estudo, autores destacam que os centros-dia, quando devidamente estruturados, são dispositivos essenciais para acolhida de idosos, sendo um meio para promover a inserção do idoso com deficiência na sociedade<sup>(21)</sup>.

### Limitações do estudo

Enquanto limitação do presente estudo, destaca-se a restrição a apenas uma mesorregião de Santa Catarina. Para tanto, sugere-se às futuras investigações, ampliação do cenário para o contexto estadual e quiçá brasileiro, no sentido de compreender como essa realidade de cuidado se expressa.

### Contribuições do estudo para a prática

O estudo em tela contribui para a Enfermagem especialmente para compreender a atuação do profissional de saúde frente às necessidades dos idosos com deficiência e a realidade vivenciada através dessas redes. O enfermeiro pode participar desse processo de cuidado, no campo da reabilitação e reintegração, ajudando-os a assumir as atividades de autocuidado, e com o desempenho de atividades de vida diária. Doravante, o enfermeiro também pode atuar no sentido de ampliar suas intervenções para além da reabilitação biológica e de reintegração e imprimir, em sua prática, um caráter mais inclusivo.

### CONCLUSÃO

Ainda que identificadas diferentes tecnologias de cuidado ao idoso com deficiência, no que se refere a rede de suporte, sobretudo na insuficiência da esfera familiar, observou-se a necessidade reflexão quanto a expansão de serviços que visam sua integração social. Uma estratégia condizente a este cenário está centrada na implantação de Centros Dia, possibilitando o acolhimento de parcela expressiva dessa clientela.

**Agradecimentos:** À Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e as ONGs pela participação no estudo. À Fundação de Amparo e Pesquisa de Santa Catarina (FAPESC) pelo

financiamento favorecido ao macroprojeto a qual o presente estudo encontra-se vinculado.

**Contribuição dos autores:** Julina Balbinot Reis Girondi, Darla Lusía Ropelato Fernandez, Rosa Line Bittencourt - concepção,

análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final; Jordelina Schier - interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; Francisco Reis Tristão - análise e interpretação dos dados e revisão crítica; Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt - redação do artigo e revisão final.

## REFERÊNCIAS

1. Lenardt MH, Carneiro NH, Binotto MA, Willig MH, Lourenco TM, Albino J. Frailty and quality of life in elderly primary health care users. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 3]; 69(3):478-83.
2. Brasil. Viver sem limites. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 4 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2013.
3. Souza MAP, Dias JF, Ferreira FR, Mancini MC, Kirkwood RN, Sampaio RF. Characteristics and functional demands of patients at a local rehabilitation network: analysis from first contact. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 July 7]; 21(10):3277-86.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo. Brasília; 2010.
5. Valença TDC, Santos WS, Lima PV, Santana ES, Reis LA. Physical disability in old age: a structural study of social representations. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 July 7]; 21(1):e20170008-e.
6. Simão LTSS, Lages LP, Paiva MHP, Ribeiro NLS, Araújo ERMA, Leão GM. Perfil de idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidades de terapia intensiva. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 17]; 10(1): 76-80.
7. Matos FS, Jesus CS, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Brit TA. Redução da capacidade funcional de idosos residentes na comunidade: estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 5]; 23(10): 3393-3401.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
9. Sant'Ana LAJ, D'Elboux MJ. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde Debate*[Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 19]; 43 (121):503-19.
10. Couto AM, Caldas CP, Castro EAB. Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. *Rev Bras de Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 13]; 71(3):1020-8.
11. Wanderley RMM, Cunha DGP da, Felisberto AMS et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na Atenção Básica. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 15] ; 13( 1): 472-82.
12. Araujo MA, Araújo AE, Ponte KMA, Vasconcelos LCA. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa J. res.: fundam. care. online. [Internet]. 2018. [cited 2019 Aug 8]; 10(2): 549-57.
13. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde;2014.
14. Souza MS, Machado CV. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. *Ciênc. saúde colet.* [Internet] 2018 [cited 2017 Aug 9];23(10):3189-3200.
15. Carvalho LA, Thofehrn MB, Amestoy SC, Nunes NJS, Fernandes HN. O uso de tecnologias no trabalho em enfermagem: revisão integrativa. *J Nurs Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 17]; ;8(1): e188104.
16. Araújo SNM, Santiago RF, Barbosa CNS, Figueiredo MLF, Andrade EMLR, Nery IS. Tecnologias voltadas para o cuidado ao idoso em serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 16] ; 16( 46 ): 562-595.
17. Schmidt MS, Locks MOH, Hammerschmidt KSA, Fernandez DLR, Tristão FR, Girondi JBR. Desafios e tecnologias de cuidado desenvolvidos por cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 July 15] ; 21( 5 ): 579-587.
18. Carvalho A. As novas tecnologias e as pessoas portadoras de deficiências físicas. V World Congress on Communication and Arts; Portugal; 2012. p. 15-2.
19. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 17]; 6(3):3007-15.
20. Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG, Fernández MIR. Redes de Apoio Social e de Suporte Social e Envelhecimento Ativo. *Revista INFAD de Psicología* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 03]; 1(1):293-303.
21. Bonatelli LCS, Schier J, Girondi JBR, Hammerschmidt KSA, Tristão FR. Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2019 July 15] ; 42( 118 ): 669-675.

# DESAFIOS PARA ENFERMEIROS E FISIOTERAPEUTAS ASSISTIREM MULHERES IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Andrelise Viana Rosa Tomasi<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3122-3365>

Silvia Maria Azevedo dos Santos<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9209-2894>

Gesilani Júlia da Silva Honório<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5134-8697>

Melissa Orlandi Honório Locks<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0972-2053>

**Objetivo:** conhecer como os enfermeiros e fisioterapeutas cuidam de mulheres idosas com incontinência urinária na Atenção Primária de Saúde. **Método:** estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, com análise temática descritiva. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 enfermeiros e 14 fisioterapeutas atuantes em um Distrito Sanitário de Saúde de uma capital do Sul do Brasil. **Resultados:** os achados ratificam que o cuidado à população idosa fica fragmentado dentro da Atenção Primária de Saúde. Os idosos são atendidos de acordo com a doença crônica que possuem ou a queixa principal que apresentam. O mesmo ocorre com relação à incontinência urinária, que não é investigada nem priorizada no cuidado. **Conclusão:** é necessária uma educação permanente ou capacitação para que os profissionais possam responder aos desafios do envelhecimento populacional, em todos os aspectos da saúde, com vistas ao autocuidado.

**Descritores:** Incontinência Urinária; Enfermagem; Fisioterapia; Atenção Primária à Saúde.

## CHALLENGES FOR NURSES AND PHYSIOTHERAPEUTS TO ASSIST OLD WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

**Objective:** To know how nurses and physiotherapists care for elderly women with urinary incontinence in Primary Health Care. **Method:** qualitative, exploratory-descriptive study, with descriptive thematic analysis. Semi-structured interviews were conducted with 10 nurses and 14 physiotherapists working in a Health District of a capital of southern Brazil. **Results:** the findings confirm that care for the elderly population is fragmented within Primary Health Care. The elderly are treated according to their chronic disease or their main complaint. The same is true of urinary incontinence, which is neither investigated nor prioritized in care. **Conclusion:** Continuing education or training is necessary for professionals to respond to the challenges of population aging, in all aspects of health, with a view to self-care.

**Descriptors:** Urinary Incontinence; Nursing; Physical Therapy Specialty; Primary Health Care.

## DESAFÍOS PARA LAS ENFERMERAS Y LOS FISIOTERAPEUTAS PARA ASISTIR A LAS MUJERES MAYORES CON INCONTINENCIA URINARIA

**Objetivo:** conocer cómo las enfermeras y fisioterapeutas atienden a las mujeres mayores con incontinencia urinaria en atención primaria de salud. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, con análisis descriptivo temático. Se realizaron entrevistas semiestruturadas con 10 enfermeras y 14 fisioterapeutas que trabajan en un distrito de salud de una capital del sur de Brasil. **Resultados:** los hallazgos confirman que la atención a la población anciana está fragmentada dentro de la Atención Primaria de Salud. Los ancianos son tratados de acuerdo con su enfermedad crónica o su queja principal. Lo mismo ocurre con la incontinencia urinaria, que no se investiga ni se prioriza en la atención. **Conclusión:** la educación o capacitación continua es necesaria para que los profesionales respondan a los desafíos del envejecimiento de la población, en todos los aspectos de la salud, con miras al autocuidado.

**Descritores:** Incontinencia Urinaria; Enfermería; Fisioterapia; Atención Primaria de Salud.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, SC

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Santa Catarina, SC.

Autor Correspondente Andrelise Viana Rosa Tomasi Email: [andrelisev@gmail.com](mailto:andrelisev@gmail.com)

Recebido: 10/09/2019

Aceito: 07/11/2019

## INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica e epidemiológica nos últimos anos no Brasil traz questões decisivas para os gestores, pesquisadores e profissionais da saúde. Contudo, o aumento de pessoas idosas é um fenômeno mundial, que ocorre de forma acelerada<sup>(1)</sup>. Devido a essa transição, sobreveio também uma alteração epidemiológica, ou seja, as doenças infectocontagiosas diminuíram e aumentaram as doenças crônicas não transmissíveis<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto de transformações surgiram novos desafios para o cuidado. Os profissionais precisam estar preparados para atender as necessidades desse grupo populacional, uma vez que exigem cuidados que vão se tornando cada vez mais complexos com a idade.

Uma das condições que intervêm na saúde do idoso são os problemas identificados na geriatria, como as síndromes independentemente de doenças específicas, como é o caso da incontinência urinária (IU), que afeta pessoas de qualquer idade, mas de forma mais enfática à população idosa. Esse problema atinge principalmente as mulheres idosas, uma vez que estão mais predispostas aos fatores de risco<sup>(3,4)</sup>.

Diante do exposto, os cuidados para a IU são importantes para a assistência na APS, os sintomas causam desconfortos, perda da autoconfiança, interferindo de forma negativa na qualidade de vida. Ainda que, geralmente, ocorre uma subnotificação desse agravo, a presença do mesmo é muito frequente, de 30 a 60%, dependendo do grau de fragilidade, podendo representar um problema de saúde pública<sup>(5)</sup>.

A sensibilidade dos profissionais da APS para investigar a ocorrência de IU é fundamental, nesse nível de atenção que podem ser concentrados os esforços no sentido de desenvolver ações buscando a prevenção da IU e/ou minimizando complicações e danos à saúde. Os profissionais da enfermagem e fisioterapia possuem um papel essencial, por terem a oportunidade de identificar e tratar o problema da IU, além de poderem trabalhar com estratégias para orientações e autocuidado<sup>(6,7)</sup>.

Essas questões demonstram a necessidade de aprofundar os aspectos que circundam a assistência recebida pelas mulheres idosas com IU na APS. Frente a isso, este estudo teve como **objetivo**: conhecer como os enfermeiros e fisioterapeutas que cuidam de mulheres idosas com incontinência urinária na Atenção Primária de Saúde.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.

### Participantes da pesquisa

O estudo contou com uma população de 10 enfermeiros e 14 fisioterapeutas, respeitando os critérios de inclusão e

disponibilidade dos participantes. Os critérios de inclusão para os enfermeiros: ser enfermeiro do Distrito Sanitário do Centro e estar desenvolvendo atividades assistenciais no mínimo há quatro meses. E para os fisioterapeutas: ser fisioterapeuta do Município, e estar desenvolvendo atividades assistenciais no mínimo há quatro meses.

### Local do estudo

O local escolhido para realização da pesquisa foi um Distrito Sanitário de Saúde de uma capital do Sul do Brasil. Os dados foram coletados com enfermeiros e fisioterapeutas da Secretaria Municipal de Saúde.

### Coleta de dados

A coleta de informações se deu em um Distrito Sanitário de Saúde de uma capital do Sul do Brasil, por meio de entrevista (semiestruturada) no período de agosto-outubro de 2014. A coleta de dados foi realizada no dia e horário previamente agendado nos centros de saúde, conforme a preferência do participante. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram gravadas em áudio e então, posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora responsável.

Os depoimentos foram identificados pelas letras "E" de enfermeiros e "F" de fisioterapeutas, seguidos por números sequenciais (E1, E2... F1, F2...), preservando o anonimato dos participantes.

### Procedimentos de análise dos dados

O processo de análise de dados deu-se a partir da análise temática, sendo essa dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos<sup>(8)</sup>. A análise das informações dos participantes emergiu a elaboração de dois eixos temáticos: A invisibilidade do idoso e a IU; e Desafios para assistir mulheres idosas com IU.

### Procedimentos éticos

A pesquisa envolveu seres humanos, o que preconiza conformidade com a Resolução nº 466/2012<sup>(9)</sup>, sendo aprovado sob o parecer nº 766.045 de 26 de agosto de 2014. Os participantes receberam informações claras e concisas sobre a justificativa e objetivos referentes à pesquisa.

## RESULTADOS

Dos 24 participantes entrevistados, dos quais 10 enfermeiros e 14 fisioterapeutas, 21 eram do sexo feminino. O tempo de trabalho na Prefeitura do Município variou entre quatro meses e dezessete anos.

Após o processo de análise dos dados, chegou-se a dois eixos temáticos, que cada um desses eixos é sustentado por um conjunto de categorias que buscam responder o objetivo.

## A invisibilidade do idoso e da IU

Durante esta pesquisa pôde-se observar que não há um olhar da pessoa idosa na sua integralidade por parte dos enfermeiros e fisioterapeutas, o que caracterizou uma **fragmentação do cuidado ao idoso**. Esse aspecto pôde ser observado nas emissões abaixo:

*“A gente atende mulheres idosas, não tem assim um atendimento, vaga agendada para mulheres idosas, [...], como marcador de diabetes, foco mais voltado para atendimento nos grupos de prevenção de educação em saúde.” (E3)*

*“A mulher idosa procura devido às dores musculares, queixas em relação à redução de mobilidade [...], coluna, membro superior e joelho, bastante demanda relacionados com problemas ortopédicos.” (F13)*

Por outro lado, ocorreu o relato de um participante que demonstrou que, quando tem algum profissional atento a saúde do idoso, outros aspectos são investigados e evidenciados nas consultas:

*“Para essa questão da incontinência vai depender muito do Centro de Saúde, a gente tinha uma médica, que ela tem um interesse muito grande pela questão da incontinência, ela sensibilizou toda a equipe, aí veio essa demanda, pra eu fazer uma capacitação com a equipe.” (F7)*

Devido a isso, foi demonstrado algumas dificuldades nos atendimentos à pessoa idosa com IU, como podemos identificar na próxima categoria, que aborda as **dificuldades identificadas pelos profissionais na assistência da mulher idosa com IU**. Conforme se observa nas falas:

*“Teria que ter uma estrutura mínima, aquisição de equipamentos, trazer profissionais com maior conhecimento ou especialistas [...]” (F13)*

*“Acho que a principal barreira é o não enxergar essa população.” (F7)*

Aqui foram relatadas as dificuldades pelos fisioterapeutas para atender mulheres idosas que possuem IU. Segundo os participantes, os problemas são: a falta de estrutura física adequada, a grande demanda de outros atendimentos e a falta de horário para agenda. Os profissionais não se sentem habilitados ou competentes para atender estas demandas.

Frente às dificuldades relatadas pelos profissionais, verificou-se que as estratégias utilizadas eram o encaminhamento para outros profissionais. O que vamos verificar na categoria seguinte é justamente como se davam a prática dos enfermeiros e fisioterapeutas sobre a **referência e**

## contra referência da assistência de mulheres idosas com IU.

A estratégia mais utilizada quando os pacientes com IU eram identificados na APS, era a de encaminhamento a serviços parceiros da Secretaria Municipal de Saúde e/ou aos médicos especialistas. Essa condição está relatada a seguir:

*“Não, esse feedback a gente não tem, é bem difícil, a demanda é muito grande.” (F8)*

*“Não tive retorno de nenhuma, outra que eu sei que fez cirurgia, mas a gente não tem registrado [...] para saber o que aconteceu depois, se foram na ginecologista ou fazer fisioterapia.” (E2)*

Assim, ficou evidente que os profissionais não tinham condições de prover esse atendimento, portanto realizavam o encaminhamento, mas não faziam o acompanhamento. Visto que o exercício prático de referência e contrarreferência se encontram pouco desenvolvido. Diante disso, surgiu outro eixo temático que aborda como esses profissionais realizam a assistência de mulheres idosas com IU.

## Como assistir mulheres idosas com IU

Durante as entrevistas foi identificado que os enfermeiros e fisioterapeutas desenvolviam sua rotina de assistência no tocante às mulheres idosas com IU, o que emergiu a categoria **o que fazemos**. Alguns fragmentos das entrevistas apresentados a seguir:

*“A gente orienta aqueles exercícios de abrir e fechar as pernas e fazer contração da vagina, urinar e soltar.” (E6)*

*“Não faço atendimento porque a gente não tem essa área específica na prefeitura, são acolhidas, explico conforme os exercícios que podem fazer sozinhas em casa e são encaminhadas.” (F1)*

Fica evidenciado, de certa forma, que alguns profissionais compreendiam a ocorrência da IU, mas seria fundamental um conhecimento além dos exercícios de contração do períneo, ainda existem outros tratamentos conservadores e orientações que podem ser realizados. No entanto, essa condição é vista como uma especialidade, mas, se dentro da APS apresentarem conhecimentos consistentes em relação aos sintomas da IU, souberem identificar os diferentes tipos de IU e as possibilidades de tratamento, muitos casos poderiam ser minimizados.

Diante disso, a categoria a seguir discorre sobre o que os profissionais da APS identificaram como **o que precisamos aprender em relação à IU**. Em seus discursos, os informantes sugeriram a necessidade de uma capacitação, para qualificá-los e melhorar a atenção à população idosa e, em especial, nos casos de IU.

Portanto, não necessariamente os profissionais deverão se especializar em todas as áreas de atuação, mas, frente ao crescente aumento da população idosa, se faz necessário que todos busquem conhecimentos na área da gerontologia, pois, seguramente, irão assistir a idosos nos diferentes cenários de cuidado.

São múltiplas as possibilidades de tratamentos, levando em conta também as condições de saúde e a vontade de cura pelo paciente. Assim, segue abaixo a categoria sobre as **estratégias para atender mulheres idosas com IU** na APS.

A IU é uma realidade para muitas mulheres idosas e pode ter um impacto significativo no seu envelhecimento, interferindo diretamente na sua qualidade de vida. No entanto, a procura de cuidados para a IU ainda é pequena, e também não são investigadas, o que ficou evidenciado nas falas dos profissionais, conforme a seguir:

*“Demanda sempre tem, de repente com a divulgação, porque às vezes elas acabam não falando muito, então acho interessante.” (E4)*

*“Tem demanda, talvez agora não esteja aparecendo, mas existe, agora, por que será que os profissionais não tão conseguindo detectar ou porque não tem o que fazer e deixa aquela demanda ali paradinho.” (F9)*

Esses relatos evidenciam que existe demanda, mas a mesma não é investigada e tratada de forma adequada. Frente a isso, pode-se perceber que as dificuldades em abordar as questões relativas à IU são tanto dos profissionais quanto dos pacientes que, em geral, têm vergonha de falar sobre o assunto. Portanto, entre as **possibilidades futuras** podemos destacar a necessidade de se estabelecer melhor o vínculo entre profissional e a pessoa idosa, para que esse assunto seja abordado de forma mais apropriada e tranquila dentro da APS.

Por outro lado, os profissionais deste estudo conseguiram identificar algumas **facilidades para estratégias dentro da APS**, para assistir mulheres idosas com IU, a partir do momento em que conseguiram identificar, abordar e direcionar um tratamento mais adequado para essa população, conforme as falas abaixo:

*“Facilidades a gente percebe que muitas coisas simples podem ser resolvidas, desde que bem orientadas.” (F8)*

*“Eu acho que é poder estar atuando com outros profissionais.” (F9)*

Percebe-se, assim, que os profissionais estavam cientes de que com uma capacitação na área gerontológica conseguiriam abordar melhor o tema da IU, além de implementarem condutas de cuidado com vistas à promoção da continência ou redução dos sintomas da IU.

## DISCUSSÃO

Diante dos relatos do presente estudo, a população idosa é atendida como um marcador de doença, não sendo investigados outros problemas para se trabalhar com a promoção da saúde (PS), conforme estabelecido pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual se afirma que as ações públicas devem ir além da ideia da cura e reabilitação<sup>(10)</sup>.

É através da PS que os profissionais têm condições de orientar as mulheres idosas, para assim proporcionar melhor qualidade de vida, nesse momento da senescência. Ainda nesse aspecto, pôde-se observar em relação ao cuidado de mulheres idosas com IU, aparece demanda na APS, mas a mesma ainda não é investigada rotineiramente. Este assunto poderia estar mais presente nas consultas de enfermagem e no próprio dia a dia dos demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a prevalência de IU cada vez mais aumenta nessa população<sup>(5)</sup>. Podemos, portanto, destacar que o fortalecimento das equipes de ESF é um ponto significativo para a atenção básica estruturada, com objetivo de fortalecer vínculos com os usuários, às famílias e a comunidade. Assim, poderão diminuir as fragilidades referentes à cobertura de ESF e dificuldades de estabelecer fluxos assistenciais bem definidos no acompanhamento<sup>(11)</sup>.

Verifica-se também que quando uma equipe possui um profissional com olhar mais sensível para as demandas gerontológicas, este pode motivar toda a equipe. No caso da IU, sugere-se uma abordagem multiprofissional, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas atuantes na APS, para favorecer a detecção precoce e o tratamento adequado desse agravo<sup>(12)</sup>.

Os índices de acometimento da IU em idosos são variados. Estudo transversal de base populacional, realizado com 1.593 idosos de um Município do Rio Grande do Sul, verificou a prevalência de IU de 20,7%, sendo 26,9% entre as mulheres e 10,3% entre os homens<sup>(13)</sup>.

Em outro estudo, realizado na Turquia, com objetivo de determinar a prevalência e os fatores de risco para a IU em 300 mulheres, 39% dessas apresentavam IU, mas apenas 8% tinham recebido algum tipo de tratamento<sup>(14)</sup>. Em estudo na Região Norte da Califórnia, com 969 mulheres, verificaram que 65% dessas mulheres discutiam sobre sua IU com o clínico e eram as que tivessem clinicamente com os sintomas mais graves<sup>(15)</sup>.

Infelizmente, ainda existem casos que se encontram ocultos, negligenciados ou subtratados por parte dos profissionais da saúde, ocasionando efeitos negativos na qualidade de vida das pessoas afetadas, muitos profissionais consideram ser esse um problema de especialidade médica, não investigando sua ocorrência e nem buscando fazer algo pela população<sup>(16,17)</sup>.

Outro estudo que investigou por quais motivos as mulheres não procuraram um tratamento para os sintomas da IU, verificou-se que grande parte das participantes não conhecia nenhum tipo de tratamento, as que conheciam só sabiam do procedimento cirúrgico<sup>(17)</sup>.

Podemos perceber também que, apesar de se constituir como uma das bases de mudança no sistema de saúde, o exercício prático de referência e contrarreferência se encontrava pouco desenvolvido no presente estudo. A prática de encaminhamento com base nesse processo para as populações específicas, que visa o encaminhamento, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes, atuando, portanto no fortalecimento de seus princípios<sup>(18)</sup>. Visa à organização do fluxo de usuários e garantindo as ações de saúde. Pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade, mas essas técnicas assistenciais ainda são frágeis e isoladas<sup>(19)</sup>.

Portanto, quando não há a possibilidade dos encaminhamentos para outros profissionais especialistas, os participantes, dentro das diversas competências deveriam estar aptos para estabelecer um programa preventivo para IU<sup>(20)</sup>.

Em um estudo, realizado com profissionais da saúde, incluindo médicos clínicos gerais, médicos da família e enfermeiros, constatou-se que esses raramente investigavam a presença de IU ou mesmo não o faziam. Além disso, quando ocorria alguma intervenção, a conduta era desconhecida ou não era a mais adequada<sup>(11)</sup>. Este fato também foi discutido em revisão de literatura sobre os cuidados de mulheres idosas que apresentaram IU, verificou-se que as mulheres mais velhas, quando apresentavam uma intensidade mínima dos sintomas urinários, não iam à procura de cuidados. Elas entendiam que essa condição fazia parte do processo de envelhecimento<sup>(21)</sup>.

Por outro lado, na APS é possível uma abordagem em equipe multidisciplinar onde os profissionais podem propor soluções em conjunto e assistir de maneira ampla toda a gama de cuidados possíveis para os sintomas da IU<sup>(22)</sup>.

Os profissionais não se sentem habilitados ou com competência para atender estas demandas, é preciso ir à busca dessas capacitações. Em um estudo realizado com as práticas desenvolvidas por enfermeiros no âmbito da atenção básica, foram às atividades educativas que quando identificadas perpassam a PS, prevenção e controle de agravos, o autocuidado, e ainda orientações técnicas sobre a realização de procedimentos<sup>(23)</sup>.

A PS, portanto, pode ser realizado por toda a equipe dentro da APS, desde que esses tenham conhecimentos acerca das orientações corretas que devem ser implementadas caso a caso. Estudo realizado com 1475 mulheres idosas foi

demonstrado que mudanças na composição corporal podem ser associadas com mudanças da predominância de IU. Esses achados sugerem que a otimização da composição corporal pode ser protetora contra a incidência, persistência e piora de IU. Essa informação é importante no aconselhamento dos fatores de risco para a IU<sup>(24)</sup>.

Em relação a qualidade de vida e a IU, 22 mulheres idosas coreanas afirmaram que a IU gera perda de dignidade e problema de odor, e consideraram uma doença incontrolável e um comprometimento na vida. Essas mulheres usavam estratégias para gerenciar a IU, mas implementaram, principalmente, ações para manter a IU em segredo. Portanto, concluíram-se que abordagens educacionais são necessárias para informar às mulheres com IU sobre habilidades de gerenciamento mais eficazes<sup>(25)</sup>.

### Limitações do estudo

A limitação desse estudo foi o pequeno número de enfermeiros e fisioterapeutas que participaram, e o não conhecimento desses profissionais em relação ao número de mulheres idosas com IU. Esperamos ter contribuído com o processo de reflexão e aprendizagem destes profissionais, de tal forma que consigam desenvolver uma assistência às mulheres com IU.

### Contribuição do estudo para a prática

A contribuição desta pesquisa é de extrema relevância para fomentar mais publicações relacionadas à IU em mulheres idosas na APS, principalmente no âmbito interdisciplinar.

### CONCLUSÃO

Este estudo vem agregar novo conhecimento em relação à temática estudada, ao mostrar como os profissionais enfermeiros e fisioterapeutas assistem às mulheres idosas com IU, demonstrando a dificuldade em identificar, tratar, orientar ou encaminhar essa população. Portanto, os resultados desta pesquisa revelam a necessidade desses profissionais aprimorarem seus conhecimentos, com vistas à melhoria no cuidado, de forma integral e contínua.

Verificou-se que existe necessidade de educação permanente ou uma capacitação para que os profissionais possam lidar com os desafios do envelhecimento. Para que não apenas saibam como assistir essa população, como também estejam preparados para prestar cuidado à mulher idosa com IU.

**Contribuição dos autores:** Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo: Andrelise Viana Rosa Tomasi, Sílvia Maria Azevedo dos Santos; revisão crítica e revisão final: Sílvia Maria Azevedo dos Santos, Gesilani Júlia da Silva Honório, Melissa Orlandi Honório Locks.

## REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [citado 2018 Mar 15]; 43(3):548-554. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>
2. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. [Internet]. 2008 [citado 2018 Mar 15]; 2008; 6 (Supl1):S4-S6. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>
3. Moraes EN, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev. Med. Minas Gerais* [Internet]. 2010 [citado 2018 Mar 17]; 20(1):54-66. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/196.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf)
4. Pitangui ACR, Silva RG, Araújo RC. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2012 [citado 2018 Mar 19]; 15(4):619-626. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-8232012000400002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-8232012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt)
5. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. [Internet]. 2012 [citado 2018 Mar 15]. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEb1.pdf>
6. Langoni CS, KnorstMR, Lovatel GA, Leite VO, Resende TL. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. *Fisioter. Pesq.* [Internet]. 2014 [citado 2018 Mar 16]; 21(1):74-80. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502014000100074&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502014000100074&script=sci_arttext&tlng=pt)
7. Mata LRF, Gomes CRG, Goulart LC, Macedo MML, Rodrigues RN. National scientific production in nursing journals related to urinary incontinence: integrative review. *Rev. Enferm. UFPE*. [Internet]. 2014 [citado 2018 Mar 16]; 8(7):3188-3196. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10042>
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos: Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. [Internet]. 2012 [citado 2017 Nov 14]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília [Internet]. 2010 [citado 2018 Abr 05]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)
11. Bandeira FJS, Campos ACV, Gonçalves LHT. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2019 [citado 2019 Set 04]; 10(2):24-29. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1988/514>
12. Barbosa SS, Oliveira LDR, Lima JLDA, Carvalho GM, Lopes MHB. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. *O Mundo da Saúde*. [Internet]. 2009 [citado 2018 Abr 18]; 33(4):449-456. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/70/449a456.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/70/449a456.pdf)
13. KesslerM, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jan 10]; 21(4):409-419. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000400397&lng=pt&nrn=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400397&lng=pt&nrn=iso&tlng=pt)
14. Gözükar F, Koruk İ, Kara B. Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. *Turk. J. Med. Sci.* [Internet]. 2015 [citado 2018 Mar 20]; 45(4):931-9. Disponível em: <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-15-45-4/sag-45-4-31-1410-31.pdf>
15. Duralde ER, Walter LC, Van Den Eeden SK, Nakagawa S, Subak LL, Brown JS, et al. Bridging the Gap: Determinants of Undiagnosed or Untreated Urinary Incontinence in Women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* [Internet]. 2015 [citado 2018 Mar 20]; pii:S0002-9378 (15) 01020-0. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S0002937815010200/1-s2.0-S0002937815010200-main.pdf?\\_tid=8c39196e=8703-11-5e-744a00000-aa0362b8acdnat-1447088681\\_08badbd6b1f61c28efb5592cf6c9185a](http://ac.els-cdn.com/S0002937815010200/1-s2.0-S0002937815010200-main.pdf?_tid=8c39196e=8703-11-5e-744a00000-aa0362b8acdnat-1447088681_08badbd6b1f61c28efb5592cf6c9185a)
16. Loureiro LSN, Medeiros ACT, Fernandes MGM, Nóbrega, MML. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. *Rev. Rene*. [Internet]. 2011 [citado 2018 Mar 21]; 12(2):417-423. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027975019>
17. Silva L. Lopes MHB. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2009 [citado 2018 Abr 19]; 43(1):72-78. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100009)
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. [Internet]. 2012 [citado 2018 Abr 05]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
19. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc. Cuid. Saúde*. [Internet]. 2008 [citado 2018 Abr 21]; 7(1):65-72. Disponível em: [http://4908-Texto%20do%20artigo-14551-1-10-20080908%20\(1\).pdf](http://4908-Texto%20do%20artigo-14551-1-10-20080908%20(1).pdf)
20. Caldas CP, Conceição IRS, José RMC, Silva BMC. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2010 [citado 2018 Abr 21]; 19(4):783-788. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400023)
21. Strickland, R. Reasons for not seeking care for urinary incontinence in older community-dwelling women. *Urol. Nurs.* [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 21]; 34(2):63-68. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24919243>
22. Oliveira EM, Spiri WC. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2006 [citado 2018 Abr 21]; 40(4):727-733. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>
23. Acioli S, KebianLVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev. Enferm. UERJ*. [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 21]; 22(5):637-642. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>
24. Suskind AM, Cawthon PM, Nakagawa S, Subak LL, Reinders I, Satterfield S, et al. Urinary incontinence in older women: the role of body composition and muscle strength: from de heath, aging, and body composition study. *J Am Geriatr.Soc.* [Internet]. 2017 [citado 2018 Abr 21]; 65(1):42-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5258849/>
25. Parque S, Yeoum S, Kim Y, KwonHJ. Self-management experiences of folder Korean women with urinary incontinence: a descriptive-qualitative study using focus groups. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* [Internet]. 2017 [citado 2018 Abr 21]; 44(6):572-577. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117084>

# GESTÃO DO CUIDADO À MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIAS PARA EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Ana Paula Lopes da Rosa<sup>1</sup>  
Denise Antunes de Azambuja Zocche<sup>1</sup>  
Silvana dos Santos Zanotelli<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1923-0899>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4754-8439>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5357-0275>

**Objetivo:** conhecer e analisar o processo de gestão do cuidado de enfermagem à saúde da mulher na Atenção Primária (APS), com foco no processo de enfermagem (PE). **Método:** trata-se de uma pesquisa-ação, baseada no referencial metodológico de Thiollent. Participaram 10 enfermeiras que realizavam consulta de enfermagem na APS em Chapecó/SC. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e grupos focais. **Resultados:** evidenciou-se o cenário das consultas, e as práticas de gestão, organizacionais, administrativas, culturais e hegemônicas. Os principais desafios para efetivação do PE estão relacionados ao processo de trabalho do enfermeiro, sobrecarga, acúmulo de funções administrativas e assistenciais, falta de tempo, déficit de recursos humanos e materiais, grande demanda de usuários nos serviços de saúde. **Conclusão:** O estudo demonstrou a necessidade de adequações no processo de trabalho do enfermeiro, de forma a permitir uma assistência de qualidade à mulher, aprimorando a prática clínica e os registros de enfermagem.

**Descritores:** Cuidados de enfermagem; Consulta de enfermagem; Processo de enfermagem; Saúde da mulher; Atenção primária em saúde.

## MANAGEMENT OF CARE TO WOMEN IN PRIMARY CARE: STRATEGIES FOR EFFECTIVENESS OF THE NURSING PROCESS

**Objective:** to know and analyze the process of nursing care management to the woman's health on Primary Health Care (PHC), focussing on the Nursing Process. **Method:** it is an action-research, based on the methodological reference of Thiollent. 10 nurses that made a nursing consultation on PHC in Chapecó/SC participated. Data were collected through interviews and focus groups. **Results:** scenery of consults and management, organizational, administrative, cultural and hegemonic practice were evidenced. Main challenges to effectively apply NP are related to nurses' work process, overload, accumulation of administrative and assistance functions, shortage of human and material resources, high demand from users in health services. **Conclusion:** Study demonstrated the need to adequate nurses' work process, in order to allow a quality assistance to women, improving the clinical practice and nursing records.

**Descriptors:** Nursing Care; Office Nursing; Nursing Process; Women's Health; Primary Health Care.

## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTRATEGIAS PARA LA EFICACIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

**Objetivo:** conocer y analizar el proceso de gestión del cuidado de enfermería para la salud de la mujer en Atención Primaria (APS), centrándose en el proceso de enfermería (PE). **Método:** Esta es una investigación de acción basada en el marco metodológico de Thiollent. Participaron diez enfermeras, quienes realizaron consultas de enfermería en la APS en Chapecó/SC. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y grupos focales. **Resultados:** se evidenció el escenario de consulta, así como las practicas gerenciales, organizativos, administrativos, culturales y hegemónicos. Los principales desafíos para la implementación de él PE están relacionados con el proceso de trabajo de las enfermeras, la sobrecarga, la acumulación de funciones administrativas y de atención, la falta de tiempo, la escasez de recursos humanos y materiales, y la gran demanda de usuarios en los servicios de salud. **Conclusión:** El estudio demostró la necesidad de ajustes en el proceso de trabajo de las enfermeras, a fin de permitir una atención de calidad a las mujeres, mejorando la práctica clínica y los registros de enfermería.

**Descritores:** Atención de Enfermería, Enfermería de Consulta; Proceso de Enfermería; Salud de la Mujer; Atención Primaria de Salud.

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina  
Autor correspondente: Ana Paula Lopes da Rosa E-mail: [ana.lopesrosa@gmail.com](mailto:ana.lopesrosa@gmail.com)

Recebido: 23/09/2019  
Aceito: 12/02/2020

## INTRODUÇÃO

A gestão do cuidado em saúde abrange as tecnologias de saúde, considerando as particularidades de cada indivíduo, visando seu bem-estar, segurança e autonomia<sup>(1)</sup>. Na Enfermagem, temos o conceito de gestão do cuidado aplicado a duas dimensões, gerencial e assistencial. Na dimensão gerencial, o enfermeiro desempenha ações voltadas à organização do processo de trabalho e dos recursos humanos, com o intuito de garantir os recursos necessários para que a assistência seja prestada de maneira adequada e satisfatória. Em contrapartida, a dimensão assistencial tem como propósito suprir as necessidades de saúde dos usuários, de forma a garantir uma assistência integral<sup>(2)</sup>.

Considerando o âmbito gerencial, o processo de trabalho do enfermeiro pode ser viabilizado através de tecnologias em saúde. A consulta de enfermagem (CE) é uma tecnologia do cuidado, através da qual a Enfermagem é reconhecida com ciência. A CE é efetivada através das fases do processo de enfermagem: histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção, e avaliação de enfermagem<sup>(3)</sup>. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma importante ferramenta do cuidado de enfermagem, constituindo a metodologia organizadora do trabalho do enfermeiro, pela qual é viabilizado o processo de enfermagem, método de orientação do cuidado e dos registros da prática profissional<sup>(4)</sup>.

A SAE está intimamente ligada à identidade profissional, uma vez que qualifica e traz benefícios para prática profissional. Entretanto, ainda perpassam alguns questionamentos a respeito da aplicação da SAE, no que diz respeito aos aspectos conceituais, operacionais, organizacionais e políticos. A SAE constitui um saber específico da Enfermagem, proporcionando um vasto espaço de autonomia profissional, caracterizando a essência da profissão<sup>(5)</sup>.

A CE é um amplo espaço para a integralidade da assistência à saúde da mulher. Entretanto, alguns estudos evidenciam a baixa resolutividade da assistência à saúde da mulher, apontam para fragmentação do processo terapêutico, limitando a assistência de forma a comprometer o princípio da integralidade<sup>(6)</sup>. Assim, surgiu o seguinte questionamento: De que forma a consulta de enfermagem à saúde da mulher é operacionalizada no âmbito da atenção primária em saúde (APS)?

## OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi conhecer e analisar o processo de gestão do cuidado em enfermagem na saúde da mulher, no âmbito da APS, no município do oeste catarinense, com foco no processo de enfermagem.

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação, segundo as etapas propostas por Thiollent, adaptadas para este estudo: fase exploratória, diagnóstico de situação, coleta de dados, seminários integradores, planejamento de qualificação dos profissionais enfermeiros e publicização<sup>(7)</sup>.

### Participantes da pesquisa

A amostra foi constituída de 10 participantes e aplicou-se o critério de saturação da amostra. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro da APS no município de Chapecó, realizar consulta de enfermagem na saúde da mulher e ter no mínimo seis meses de atuação na função. Foram excluídos participantes afastados de suas funções por qualquer motivo. Ao longo do estudo, as participantes foram identificadas pela letra E (enfermeiro), seguida de um número (E1, E2...).

### Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido no município de Chapecó, Santa Catarina, no âmbito da APS.

### Coleta de dados

Os dados foram coletados em duas etapas, por meio de entrevistas semiestruturadas e da realização de 4 grupos focais. Utilizou-se o uso de gravador de áudio durante todo o processo de coleta de dados, as falas foram transcritas na íntegra, posteriormente interpretadas e analisadas.

### Procedimentos de análise dos dados

A análise foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin, contemplando as 3 etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento e interpretação dos resultados<sup>(8)</sup>.

### Procedimentos éticos

A presente pesquisa faz parte de um macroprojeto intitulado Estratégias para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado à mulher e à criança na perspectiva da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UDESC, CAAE nº 79513617.6.0000.0118, via Plataforma Brasil e aprovado pelo Parecer nº 2.630.923.

## RESULTADOS

O método de análise dos dados concebeu a identificação das seguintes categorias:

### **Categoria 1: O Processo de Trabalho do Enfermeiro na APS**

Ficaram evidentes nas falas as problemáticas relacionadas ao processo de trabalho do enfermeiro, no que diz respeito à organização do tempo para desenvolver as atividades privativas do profissional:

*“Teria que organizar a nossa agenda primeiro, tem dias que eu tenho cinco minutos por pessoa e tem dias que eu tenho mais tempo, sempre fico nessa instabilidade se eu posso ou não dedicar mais tempo. O que mais sobrecarrega é a questão do acolhimento, tudo elas passam para o enfermeiro. A dificuldade principal é o tempo, excesso de demanda que impedem a realização da consulta de enfermagem.” (E4)*

Neste cenário, essas enfermeiras experimentam sensações de frustração em relação à própria identidade profissional, uma vez que realizam diversas tarefas que não são de sua competência em detrimento de outras inerentes à sua profissão, como evidencia a seguinte fala:

*“... me sinto extremamente frustrada, eu sou enfermeira e não consigo fazer meu trabalho, a cobrança segue como babá de médico e de ter que realizar tudo na unidade de saúde, exceto meu trabalho de enfermeira. Eu vejo muito essa angústia de nós enquanto tarefeiros.” (E4)*

Durante as falas, elas destacam o dimensionamento inadequado da equipe como uma possível causa para o desvio de função e a sobrecarga do profissional. A falta de dimensionamento também interfere na satisfação de alguns profissionais:

*“... na minha unidade, na recepção eu tenho uma auxiliar de enfermagem que não gostaria de estar na recepção. A recepção, na verdade vários setores, estão o tempo inteiro em troca.” (E6)*

*“Quando tem o número de profissionais adequados, a gente até consegue, mas é sempre assim, será que hoje vai dar? E a cobrança dos demais integrantes da equipe, que nos veem como um salvador.” (E4)*

Em relação à infraestrutura das unidades de saúde, verificou-se que alguns recursos materiais são insuficientes:

*“Tem algumas dificuldades de estrutura física, principalmente porque é uma estrutura antiga, então o nosso consultório não tem banheiro, no momento eu não tenho foco, a gente divide, eu e a minha colega, eu não tenho mocho para me sentar.” (E3)*

### **Categoria 2: Significação cultural do papel do enfermeiro no cuidado à saúde da mulher**

As concepções culturais e a subjetividade a respeito do papel do enfermeiro são influenciadas pelo histórico de consolidação da profissão na sociedade, nos primórdios marcada por ações de caridade e de abnegação, e das relações estabelecidas pelo próprio enfermeiro no seu cotidiano de trabalho. Com certo predomínio, durante os encontros, houve relatos que revelaram a falta de reconhecimento, associada a fatores culturais sobre a representação social da profissão. Algumas falas carregam um sentimento de desvalorização do enfermeiro em detrimento de outras profissões, questionando o protagonismo do enfermeiro nas instituições de saúde:

*“... fiz toda a consulta de pré-natal, uma meia hora, e ela (usuária) me questiona: você só vai me dar papel? Eu não vou consultar hoje? Elas também não entendem o que é o papel da consulta de enfermagem. Não sei qual a visão delas exatamente, não entendem qual o nosso papel. Acreditam que estamos ali para “quebrar galho”. (E10)*

*“O meu questionamento é assim: nós somos reconhecidas pelo nosso papel de enfermeira ou pelo nosso papel de “tapa-buraco”? (E4)*

Apesar de pouco pontuadas, surgiram falas expressando o sentimento de reconhecimento profissional, pelos usuários e pela equipe de saúde:

*“... a gente se sente sobrecarregada, “apagando fogo” na recepção, curativo, sinais vitais, um pouquinho de tudo. Mas eu penso que é nesse momento de reflexão, de estudo, que a gente consegue ter mais conhecimento, embasamento e consegue se impor em algumas coisas. Pelo menos eu sinto que, na minha unidade, o enfermeiro é muito valorizado, reconhecido, tanto pela população quanto pela equipe.” (E8)*

*“Eu penso que a solução é organizar o trabalho, qualificando, discutindo protocolos, revendo ... às vezes, eu me sinto como ‘tapa-buraco’, mas penso que as coisas mudaram, me sinto reconhecida como enfermeira.” (E8)*

### **Categoria 3: Desafios e limitações para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem**

Nos discursos, ficaram evidentes as limitações e os desafios para a implementação da SAE. Todas as enfermeiras entrevistadas desempenhavam a CE na saúde da mulher, diariamente, porém não executavam o PE em todas as suas etapas. Observou-se que as consultas não seguem um método, sendo desenvolvidas conforme as necessidades julgadas pelo profissional. Durante as falas, é possível identificar que

o conceito de SAE não é totalmente compreendido pelas enfermeiras, bem como sua operacionalização.

Detalhadamente, as participantes evidenciaram as etapas do método que mais tinham dificuldades, falta de conhecimento ou resistência em aplicar, sendo elas o exame físico (como parte do histórico de enfermagem ou anamnese) e o diagnóstico de enfermagem. Quando questionadas sobre dificuldades na realização da CE, houve relatos relacionados ao conhecimento técnico-científico para realização de exame físico e a falta de tempo, remetendo a problemas no processo de trabalho. Pode-se verificar na seguinte fala:

*“O meu conhecimento sobre exame físico é pouco, então eu sinto falta disso, tenho dificuldades quanto à questão da demanda, às vezes tem muito paciente para atender e o tempo não dá conta de resolver e fazer uma boa consulta.” (E6)*

Outro aspecto relevante está no fato de que as enfermeiras, em sua maioria, relataram a realização dos diagnósticos de enfermagem durante a consulta, porém não fazem a descrição no prontuário. O uso de taxonomia foi de conhecimento da maioria das entrevistadas, porém nenhuma delas citou que utiliza qualquer tipo de nomenclatura padronizada para a prática de enfermagem. Algumas falas foram relacionadas ao diagnóstico de enfermagem e as possíveis justificativas, sem muita profundidade, para sua não utilização na prática:

*“Na consulta eu não faço o diagnóstico, acho que por falta de tempo e não está muito na rotina fazer isso.” (E7)*

*“Diagnóstico de enfermagem é bem difícil eu usar; por mais que a gente veja na teoria, eu acho pouco aplicável no dia-a-dia, não sei se é por esquecimento. Eu acho muito importante, até no hospital tem a prescrição e tem que ter os diagnósticos, e já na saúde pública eu vejo que isso se perde.” (E10)*

Durante o desenvolvimento da pesquisa, juntamente com as participantes, elaborou-se um instrumento para consulta de enfermagem na saúde da mulher, composto de 15 diagnósticos de enfermagem, 80 intervenções e 15 resultados esperados para os motivos mais comuns de procura das mulheres por atendimento na APS, com base na CIPE®. Tal instrumento representa uma estratégia coerente com a realidade e necessidades locais, capaz de legitimar e respaldar o profissional na rotina diária de trabalho, consolidando a SAE.

## DISCUSSÃO

A partir das entrevistas e discussões nos grupos focais, sobre o cenário em que as consultas de enfermagem eram realizadas, suscitou-se alguns problemas de gestão, organizacionais, administrativos, culturais e hegemônicos.

No que diz respeito ao tempo adequado para cada CE, a Portaria nº1.101, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, traz as recomendações para o cálculo médio de consultas, definindo a capacidade de produção do enfermeiro em 3 consultas/hora, ou seja, aproximadamente 20 minutos para cada CE. Indica, ainda, que o excesso de demanda é diretamente proporcional à qualidade do trabalho<sup>(9)</sup>.

Neste contexto, outros autores apontam dificuldades no processo de trabalho do enfermeiro na APS, como, o déficit de recursos materiais, desqualificando a assistência; a falta de profissionais para compor a equipe de enfermagem, fazendo com que o enfermeiro desempenhe funções básicas ao invés de executar suas atribuições específicas, como a CE; a sobrecarga de ordem administrativa e gerencial; a organização de toda demanda espontânea e problemas de infraestrutura; a incompreensão dos usuários quando não têm todas as suas necessidades resolvidas de imediato; a falta de reconhecimento do enfermeiro; a rotatividade de profissionais nos serviços, levando a descontinuidade das atividades planejadas; a falta de qualificação profissional para realização da CE e inexistência de um suporte técnico para a prática de enfermagem<sup>(10)</sup>.

Expressões como “me sinto extremamente frustrada” e “eu vejo muito esta angústia”, denotam o quanto as enfermeiras estão exercendo funções correspondentes a outros cargos, ocorrendo de forma frequente ou eventual, designadas pela gestão ou por necessidade do serviço. Autores alertam para a estrutura de uma gerência centralizadora nesses serviços com pouca participação dos demais membros da equipe, há uma expectativa de que o enfermeiro seja um colaborador essencial para a organização no ambiente de trabalho, muito embora o serviço não colabore na mesma medida<sup>(11)</sup>. É importante ressaltar que, o fato de o enfermeiro desempenhar diversas tarefas além de suas atribuições demonstra quão importante é esse profissional dentro da equipe, uma vez que consegue colaborar em várias áreas e situações do cotidiano de trabalho na APS.

As ressalvas feitas pelos participantes denotam a necessidade de mudança na forma de organização do trabalho e capacitação profissional. O reconhecimento profissional é um processo dinâmico, resultado de estratégias para transformação da realidade, construídos pela sociedade e

pelo coletivo profissional<sup>(12)</sup>. Para plena autonomia profissional é necessário um exercício de poder, conhecimento técnico, reconhecimento profissional no ambiente de trabalho, capacidade de gerenciar, segurança e responsabilidade na tomada de decisões. Com o desenvolvimento desses atributos, o enfermeiro receberá valorização e confiança por parte da equipe de saúde, tendo mais liberdade para atuar na assistência à mulher<sup>(13)</sup>.

Os enfermeiros reconhecem a SAE como benéfica, apesar de perceber alguns entraves para sua implementação no cotidiano de trabalho<sup>(14)</sup>. Percebe-se que a operacionalização da SAE, no contexto da prática, apresenta algumas dificuldades que se interpõem, como a falta de conhecimento em relação à metodologia, quantitativo insuficiente de enfermeiros nas instituições, o excesso de atividades administrativas associadas à falta de definição do papel do enfermeiro<sup>(15)</sup>.

As fragilidades apontadas estão relacionadas ao fato de que, apesar de as enfermeiras aplicarem o PE, elas negligenciam uma etapa fundamental, que é o diagnóstico de enfermagem. Este evento pode estar relacionado à ausência de um instrumento de consulta, acarretando variabilidade clínica, falha nos registros e dificuldade em listar os diagnósticos. A fim de produzir respaldo legal, além de cientificidade da profissão, é imprescindível que os registros sejam completos, concisos e precisos<sup>(16)</sup>. No cenário da pesquisa, há um sistema de prontuário eletrônico, tornando possível o registro de algumas etapas do PE, sendo importante uma verificação de possibilidades de ajuste para acomodar todas as etapas do PE.

Na fala de uma das enfermeiras (E10), há uma comparação entre a aplicação da SAE no âmbito hospitalar e no âmbito da APS, sendo a metodologia mais comumente aplicada em nível hospitalar. Na APS o tema SAE ainda é bastante incipiente, os enfermeiros apresentam fragilidade no conhecimento do método e há uma escassez de estudos produzidos sobre SAE na APS<sup>(17)</sup><sup>(18)</sup>. É inegável a necessidade de se valer de tecnologias educacionais para sucesso na implantação da SAE nos serviços de saúde, ambientes de simulação, construção de materiais didáticos e modelos apropriados para realidade local.

A literatura traz algumas justificativas para as dificuldades encontradas para a implantação da SAE, dentre elas, a formação acadêmica, a falta de aplicabilidade prática da SAE, a escassez de tempo devido à sobrecarga de atividades e o déficit de recursos humanos, o desconhecimento da SAE<sup>(16)</sup>. Os enfermeiros consideram a interação entre os colegas um dos métodos mais eficaz para aprendizagem, seja por meio de grupos de estudos, atividades em grupo e troca de experiências<sup>(14)</sup>. Muitos enfermeiros questionam a aplicabilidade do

método da SAE e percebem um distanciamento entre a teoria e a prática, acreditando que o método não é exequível, sendo restrito à academia<sup>(16)</sup>.

### Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão relacionadas a disponibilidade dos participantes no que diz respeito ao tempo de permanência das enfermeiras fora dos serviços para participarem das discussões e reflexões, pois embora tivessem o aval dos gestores para participar da pesquisa, nem sempre tinham cobertura para a saída dos serviços para participarem da coleta de dados, restringindo a possibilidade de encontros para a validação do instrumento de consulta. Outro limitante é a efetiva participação e o envolvimento dos profissionais de saúde, em especial enfermeiros, para a solução dos problemas evidenciados.

### Contribuição para a Prática

O estudo estimulou a discussão sobre os aspectos que envolvem a operacionalização da SAE, entre os enfermeiros. O método da pesquisa, ação empregado, promoveu a interação e o planejamento de um grupo envolvido na solução de uma problemática, permitindo a reflexão sobre o processo de trabalho do enfermeiro, repensando propostas que tragam maior cientificidade e visibilidade para a enfermagem.

### CONCLUSÃO

A CE é desenvolvida no cotidiano de trabalho do enfermeiro, utilizando parcialmente o processo de enfermagem. As etapas menos desenvolvidas são o diagnóstico e a avaliação de enfermagem, muito embora os profissionais tenham demonstrado interesse em melhorar o cuidado prestado. Apesar da indução dos órgãos de classe, a implementação da SAE ainda é um desafio. Os principais entraves para a consolidação do SAE e do processo de enfermagem na APS estão relacionados ao processo de trabalho do enfermeiro, como a sobrecarga, acúmulo de funções administrativas e assistenciais, a falta de tempo, déficit de recursos humanos e materiais, grande demanda de usuários nos serviços de saúde. Além disso, há também uma cultura organizacional, na qual o enfermeiro tem pouca valorização, favorecendo uma assistência parcial e rotineira.

Os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade de adequações no processo de trabalho do enfermeiro da APS, organizando o serviço de forma a permitir uma assistência de qualidade à saúde da mulher. A SAE é uma das estratégias potenciais para valorização da enfermagem e consequente consolidação da identidade profissional, caracterizando registros adequados da prática e a cientificidade do trabalho do enfermeiro.

**Contribuição dos autores:** Concepção e desenho, redação do artigo, análise e interpretação dos dados: Ana Paula Lopes da Rosa. Análise e interpretação dos dados, revisão crítica e revisão final: Silvana dos Santos Zanotelli. Análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e

revisão final: Denise Antunes de Azambuja Zocche.

**Agradecimentos:** O estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil e do Conselho Federal de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2011 junho [citado 2019 Jan 10]; 15(37): 589-599. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en)
- Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Silva CMB, Menezes RMP. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. Acta paul. enferm. [Internet]. 2017 mai [citado 2019 Jan 15]; 30 (3): 323-332. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=en)
- Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. Texto contexto-enferm. [Internet]. 2016 [citado 2018 Dez 15]; 25(1): e2800014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100601&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100601&lng=en)
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)
- Gutiérrez MGR, Moraes SCR. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):436-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>
- Frigo J, Oliveira DLL.; Rodrigues RM.; Zocche DAA. A Consulta Ginecológica e seu potencial para produzir a integralidade da atenção em saúde. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2016 Abt [citado 2019 Jan 15]; 10(4):1299-306. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/151448/001011211.pdf?sequence=1>.
- Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- Bardín L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 1101/GM de 12 de setembro de 2002. Estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: [http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS\\_ANEXO/Portaria\\_1001%3B%3B20070606.pdf](http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Portaria_1001%3B%3B20070606.pdf). Acesso em 25 jan. 2019.
- Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [citado 2019 8 de agosto]; 71 (Supl. 1): 704-709. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en).
- Madureira GC, Santos MF, Santos DSS, Batalha EMSS. Reflexão sobre a enfermagem e o gerenciamento das unidades básicas de saúde. Rev. Baiana Saúde Pública [Internet]. 2017 dez [citado 2019 15 fev]; 40 (4): 848-861. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/322283006\\_REFLEXAO\\_SOBRE\\_A\\_ENFEENFEEN\\_E\\_O\\_GERENCIAMENTO\\_DAS\\_UNIDADES\\_BASICAS\\_DE\\_SAUDE](https://www.researchgate.net/publication/322283006_REFLEXAO_SOBRE_A_ENFEENFEEN_E_O_GERENCIAMENTO_DAS_UNIDADES_BASICAS_DE_SAUDE)
- Amorim LKA, Souza, NVDO Norma, Pires AS, Ferreira ES, Souza MB, Vonk, ACRP. O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário. Rev. enferm UFPE on line [Internet]. 2017 Mai [citado 2019 17 Jan]; 11 (5): 1918-1925. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23341/18946>
- Saad DEA, Riesco MLG. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. Rev. Paul. Enferm. [Internet]. 2018 [citado 2019 13 dez]; 29 (1-2-3): 11-20. Disponível em: <http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/Autonomia-profissional-da-enfermeira-obst%C3%A9trica.pdf>
- Ferreira EB, Pereira MS, Souza ACS, Almeida CCOF, Taleb AC. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional. Rev. Rene [Internet]. 2016 Jan-Fev [citado 2019 10 Abr]; 17 (1): 86-92. Disponível em: [https://ensino-saude.medicina.ufg.br/up/151/o/artigo\\_Eric.pdf](https://ensino-saude.medicina.ufg.br/up/151/o/artigo_Eric.pdf)
- Braga LM, Torres LM, Ferreira VM. Condições de trabalho e fazer em enfermagem. Rev. Enf. UFJF [Internet]. 2015 Jan-jun [citado 2019 13 mar]; 1 (1): 55-63. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/download/3788/1564>
- Moser DC, Silva GA, Maiser SRO, Barbosa LC, Silva TG. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. Rev. Fun Care Online [Internet]. 2018 Out-dez [citado 2019 02 mar]; 10 (4): 998-1007. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6296/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6296/pdf_1)
- Maroso KL, Adamy, EK, Amora AR, Ferraz L, Lima TL, Neiss M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? Ciencia y Enfermería [Internet]. 2015 [citado 2019 19 Dez]; 21 (2): 31-38. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3704/370442674004/>
- Salvador, PTCO, Santos VEP, Dantas CN. Caracterização das dissertações e teses brasileiras acerca da interface processo de enfermagem e atenção primária. Rev Min Enferm. [Internet]. 2017 [citado 2019 15 mar]; 18 (2): 295-309. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/928>

# TRANSTORNO MENTAL COMUM EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Roberta Magda Martins Moreira<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8225-7576>  
Eliany Nazaré Oliveira<sup>2</sup> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6408-7243>  
Roberlândia Evangelista Lopes<sup>3</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6810-7416>  
Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5867-8023>  
Paulo César de Almeida<sup>4</sup> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2867-802X>  
Heliandra Linhares Aragão<sup>5</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6881-7250>

**Objetivo:** Averiguar a presença de transtorno mental comum e sua associação com fatores relacionados ao perfil sociodemográfico de usuários de substâncias psicoativas. **Método:** Estudo transversal realizado com 497 usuários de substâncias psicoativas de oito municípios da mesorregião noroeste do estado do Ceará. Os dados foram coletados com formulário para perfil sociodemográfico e o *Self-Reporting Questionnaire*, analisados por estatística inferencial, com testes de associação, comparação e correlação. **Resultados:** 78,1% apresentaram rastreamento positivo para transtorno mental comum com maior índice para humor ansioso, depressivo e sintomas somáticos. O sexo feminino e ter menor idade constituíram fatores de risco, enquanto, ter religião católica ou evangélica, ter ocupação, um companheiro fixo e filhos consistiram em fatores protetores. **Conclusão:** Esse estudo possibilitou identificar condições associadas ao transtorno mental, as quais facilitam a tomada de decisões na tentativa de priorizar ações para grupos mais vulneráveis, a fim de evitar o desenvolvimento desses transtornos.

**Descritores:** Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Transtornos Mentais; epidemiologia.

## COMMON MENTAL DISORDERS IN PSYCHOACTIVE SUBSTANCES USERS

**Objective:** Ascertaining of common mental disorder presence and its association with factors related to sociodemographic profile of psychoactive substances users. **Method:** Transversal study carried with 497 psychoactive substances users from eight cities of northwest mesoregion of Ceará state. Data were collected with formulary for sociodemographic profile and the *Self-Reporting Questionnaire*, they were analyzed by inferential statistic, with association, comparison, and correlation tests. **Results:** 78.1% presented positive traceability for common mental disorder with greater rate for anxious and depressive humor, and somatic symptoms. Feminine gender and being underaged are risk factors, while having catholic or evangelical religion, having an occupation, having a fix life partner and children are protective factors. **Conclusion:** This study made possible to identify conditions associated, which facilitates decision making in order to try to prioritize actions for more vulnerable groups, aiming to avoid common mental disorder development.

**Descriptors:** Substance-Related Disorders; Mental Disorders; Epidemiology.

## TRASTORNO MENTAL COMÚN EN USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

**Objetivo:** Averiguar la presencia de trastorno mental común y su relación con factores asociados al perfil sociodemográfico de usuarios de sustancias psicoactivas. **Metodo:** Estudio transversal realizado con 497 usuarios de sustancias psicoactivas de ocho municipios de la mesorregión noroeste del estado de Ceará. Los datos fueron recolectados con formulario para perfil sociodemográfico y el *Self-Reporting Questionnaire* y analizados por estadística inferencial, con test de asociación, comparación y correlación. **Resultados:** 78,1% presentaron seguimiento positivo para trastorno mental común con mayor índice para humor ansioso y depresivo y síntomas somáticos. El sexo femenino y tener edad menor constituyen factores de Riesco, mientras que, tener religión católica o evangélica, tener ocupación, un compañero fijo e hijos son factores protectores. **Conclusión:** Este estudio posibilitó identificar condiciones asociadas, que facilitan la toma de decisiones al intentar priorizar acciones para grupos más vulnerables a fin de evitar el desarrollo de trastorno mental común.

**Descriptores:** Trastornos Relacionados al Uso de Sustancias; Trastornos Mentales; Epidemiología.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará, CE.

<sup>2</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE

<sup>3</sup>Centro Universitário INTA (UNINTA), CE

<sup>4</sup>Universidade Estadual do Ceará, CE

<sup>5</sup>Prefeitura Municipal de Sobral, CE

Autor correspondente: Roberta Magda Martins Moreira E-mail: [robertamoreiraenf@hotmail.com](mailto:robertamoreiraenf@hotmail.com)

Recebido: 20/09/2019

Aceito: 02/11/2019

## INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas (SPA) atuam no sistema nervoso central, de maneira que provocam efeitos nas funções cognitivas, comportamentais e psicológicas, causando alterações de humor, comportamento e consciência<sup>(1)</sup>. Nessa perspectiva, o uso abusivo de SPA é considerado um problema de saúde pública que afeta todas as dimensões na vida dos usuários com consequências biopsicossociais, como a menor capacidade de julgamento, relações interpessoais prejudicadas e o desenvolvimento de sofrimentos psiquiátricos<sup>(2)</sup>.

No mundo, há uma relação de 5,4% entre o número de enfermidades e a quantidade de habitantes em uso abusivo de SPA<sup>(3,4)</sup>. No ano de 2015, 247 milhões de pessoas consumiram SPA e se estima que 1 em cada 20 adultos, entre 15 e 64 anos, já experimentaram pelo menos uma SPA na vida. Ademais, aproximadamente 29 milhões de pessoas no mundo apresentam transtorno relacionado ao uso abusivo dessas substâncias<sup>(4)</sup>.

O transtorno relacionado ao uso de substâncias tem sido destacado em estudos nacionais e internacionais, como decorrente do abuso de SPA que resulta em complicações para o indivíduo e sua conjuntura social, e também podem agravar transtornos mentais pré-existentes, aumentando os índices de morbimortalidade<sup>(5)</sup>.

Dentre os transtornos que acometem essa população, destaca-se o transtorno mental comum (TMC), que é caracterizado por sintomas depressivos, ansiosos e somáticos, como irritabilidade, fadiga, insônia, preocupação excessiva, redução da capacidade de concentração e distúrbios de memória. Esse transtorno é considerado o sofrimento mental mais predominante na população mundial e, no ano de 2030, estará entre as maiores causas incapacitantes<sup>(6)</sup>.

Logo, esses dados justificam a relevância e a necessidade de ações para o rastreamento de possíveis casos de TMC, principalmente em pessoas que fazem uso abusivo de SPA, uma vez que no Brasil há uma coexistência significativa desses dois eventos<sup>(7-8)</sup>. Ademais, destaca-se a importância de investigar os fatores relacionados a essas circunstâncias, a fim de favorecer na tomada de decisões e elaboração de políticas públicas. O rastreamento e a avaliação oportunizam o diagnóstico precoce e, por conseguinte, uma implementação de cuidados mais efetiva na tentativa de promover a saúde mental desses indivíduos.

Portanto, objetiva-se averiguar a presença de transtorno mental comum e sua associação com fatores relacionados ao perfil sociodemográfico de usuários de substâncias psicoativas.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal.

### Participantes da pesquisa

Para delimitação da amostra, utilizou-se amostra estratificada simples com o cálculo amostral para fórmula da variável desfecho qualitativa supondo população finita, em que se fixou um nível de significância de 95%, proporção de 50% de usuários e erro absoluto de 5%. Destaca-se que para a delimitação da população, utilizou-se o número de atendimentos realizados aos usuários de SPA nos serviços de saúde mental, conforme o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Logo, totalizou 497 usuários que foram incluídos por serem acompanhados pelos serviços escolhidos, devido ao uso de SPA e foram excluídos aqueles que apresentaram algum déficit cognitivo grave ou que não tinham condições de serem entrevistados por limitações na comunicação verbal ou por estarem sob o efeito de alguma substância.

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada em oito municípios da mesorregião noroeste do estado do Ceará, os quais foram escolhidos por possuírem um serviço de saúde mental de referência para atendimento ao usuário de SPA. Dessa maneira, realizou-se a coleta nos serviços de Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Geral) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD), bem como em comunidades terapêuticas.

### Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a julho de 2019, por meio de uma entrevista semiestruturada, em que a priori, foi realizada a identificação e abordagem individual dos usuários de SPA pelos profissionais dos serviços, por possuírem uma maior aproximação com os usuários que, posteriormente, encaminharam os usuários para entrevista com os pesquisadores treinados para a coleta de dados, com tempo médio para aplicação em 20 minutos, em sala reservada no próprio serviço a fim de garantir a privacidade.

A entrevista foi subsidiada por dois instrumentos, que constam do formulário para perfil sociodemográfico e clínico, bem como o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O SRQ-20 apresenta 20 questões com respostas dicotômicas, em que para cada resposta afirmativa é atribuído um ponto, totalizando um escore de 1 a 20 conforme a somatória das respostas, e utiliza o ponto de corte  $\geq 7$  para a presença de TMC, em que somatória menor que 7 significa ausência de TMC e quando maior ou igual a esse valor corresponde rastreamento positivo para TMC<sup>(9)</sup>.

### Procedimentos de análise dos dados

Para avaliar os fatores associados com o TMC, utilizaram-se as variáveis de predição relacionadas ao perfil que constam do sexo, idade, raça, religião, escolaridade, ocupação, estado civil, presença de filhos e renda familiar. Os dados foram

organizados no Microsoft Excel 2017 e, posteriormente, utilizou-se o *software* R versão 3.4.2 para análise estatística inferencial.

Na análise, utilizaram-se os resultados obtidos no SRQ-20 de duas maneiras: qualitativas referentes ao rastreamento do TMC, no que concerne a apresentar rastreamento positivo ou negativo para TMC, e em segundo, utilizaram-se as medidas quantitativas referentes ao SRQ-20, que correspondem ao valor total obtido na escala e a média.

A correlação de Pearson foi realizada para comparar a variável numérica obtida pelo SRQ-20 e a idade dos usuários. Utilizou-se o teste de Kruskal Wallis para avaliar comparação entre a média no SRQ-20 e o sexo. Ainda, o teste desse quadrado foi aplicado para verificar a diferença entre as proporções relacionadas ao rastreamento do TMC e as variáveis do perfil, com razão de prevalência como medida de magnitude. Valores com  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

### Procedimento éticos

O estudo integra uma pesquisa maior, intitulada: Saúde mental e o risco de suicídio em usuários de drogas, a qual obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa no ano de 2018 com nº 2.739.560. Respeitou-se a Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde(10), em que o consentimento dos participantes foi legitimado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

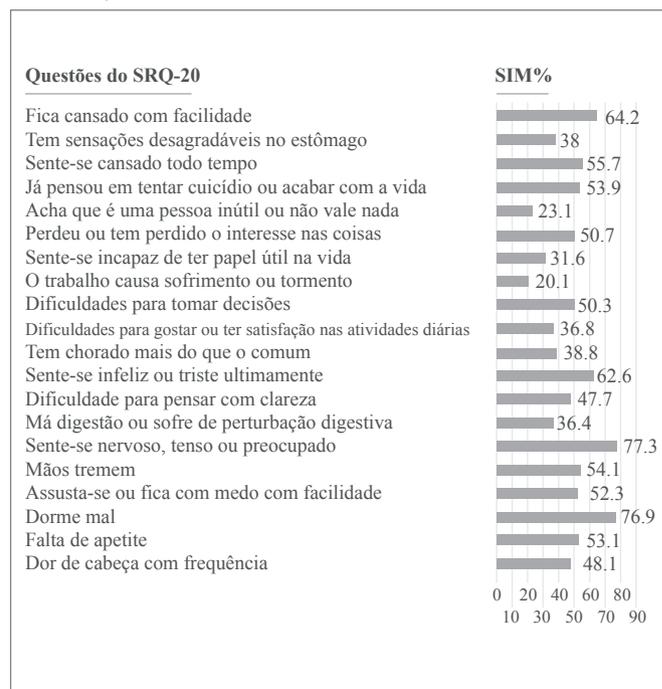
Os resultados acerca da presença de TMC e os valores encontrados no SRQ-20 estão disponibilizados na tabela abaixo.

**Tabela 1** – Prevalência do Transtorno Mental Comum e valores quantitativos obtidos na escala SRQ-20, Ceará, 2019.

Variáveis	n	%	IC95%
<b>1. Transtorno Mental Comum</b>			
Ausente	109	21,9	18,4 – 25,9
Presente	388	78,1	74,1 – 81,6
<b>2. Valores no SRQ -20</b>			
Mediana	9		
Média	9,7		
Desvio padrão	4,2		
1 quartil	7		
3 quartil	13		

A tabela 1 aponta o alto índice de TMC que correspondeu a 78,1% da amostra, em que a média obtida na escala SRQ-20 foi de 9,7, ressaltando-se que pode variar de 0 a 20, conforme as respostas afirmativas das 20 questões realizadas. Nessa perspectiva, o gráfico 1 apresenta a porcentagem de respostas positivas para cada pergunta.

**Gráfico 1** – Respostas afirmativas obtidas nas questões do SRQ-20 para rastreamento de TMC, Ceará, 2019.



O gráfico 1 aponta os maiores índices positivos para pensamentos depressivos e sintomas somáticos, com ênfase em se sentir nervoso, tenso ou preocupado (77,3%), dormir mal (76,9%) e ficar cansado com facilidade (64,2%). A tabela a seguir representa a média obtida no SRQ-20, conforme sexo.

**Tabela 2** – Sexo e a média dos valores obtidos no SRQ-20 para rastreamento do TMC, Ceará, 2019.

Sexo	n	Média	p*	Teste de Dunn	
				P	Diferença**
Masculino	306	9,32	0,00	0,00	-3,70
Feminino	82	11,25			

\*Teste de Kruskal- Wallis. \*\*Diferença entre a média do sexo masculino para o feminino.

A tabela 2 aponta que há diferença estatisticamente significativa da média para TMC entre os sexos, tornando-se maior em pessoas do sexo feminino. Nesse sentido, investigou-se a relação da idade e a presença de TMC, observada na tabela abaixo.

**Tabela 3** – Correlação entre Transtorno mental comum e idade, Ceará, 2019.

Variável	Correlação de Pearson				
	T	Df	p	r	IC
TMC (SRQ-20) e idade	-2,74	495	0,006*	-0,12	-0,20 a -0,03

T: Valor do teste. Df: Graus de liberdade. r: valor da correlação. IC: Intervalo de confiança do valor da correlação. \*Relação estatisticamente significante.

Logo, observou-se que há uma correlação negativa estatisticamente significante ao avaliar idade e os valores no SRQ-20 para rastreamento de TMC, apresentando relação inversamente proporcional, em que quanto menor a idade dos usuários de SPA, maior o valor obtido para TMC. Nessa perspectiva, investigou-se a associação entre fatores relacionados ao perfil e o TMC, com resultados apresentados na tabela 4.

**Tabela 4** – Transtorno mental comum e sua distribuição em variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico.

Variáveis	N	Prevalência de TMC	Teste de Qui quadrado	RP ajustada
<b>Raça</b>				
Branca	74	14,9%	0,35	1,0
Preta	46	9,2%		0,88
Parda	262	52,7%		1,00
Amarela	6	1,2%		1,08
<b>Religião</b>				
Sem religião	119	23,9%	0,04*	1,00
Católica	165	33,2%		0,86
Evangélica	96	19,3%		0,97
Outras	8	1,6%		1,06
<b>Escolaridade</b>				
Até 10 anos de estudo	236	47,5%	0,5	1,00
Mais de 10 anos de estudo	152	30,6%		0,96
<b>Ocupação</b>				
Sem ocupação	239	48,1%	0,001*	1,00
Com ocupação	149	30,0%		0,85
<b>Estado civil</b>				
Sem companheiro fixo	278	55,9%	0,05*	1,00
Com companheiro fixo	110	22,1%		0,89

<b>Filhos</b>				
Não	150	30,2%	0,04*	1,00
Sim	238	47,9%		0,85
<b>Renda familiar</b>				
< 1 salário mínimo	123	24,7%	0,11	1,00
1 salário mínimo	111	22,3%		0,91
1 a 3 salários mínimos	108	21,7%		0,91
Mais de 4 salários mínimos	7	1,4%		0,64
Não quer declarar	39	7,8%		0,97

\*Diferença estatisticamente significativa.

Na tabela 4, observou-se que a raça, escolaridade e renda familiar, ao comparar com o TMC, não apresentaram associação estatisticamente significativa; no entanto, a religião católica e evangélica foram identificadas como fatores protetores para TMC, com razão de prevalência de 0,86 e 0,97, respectivamente. Além disso, ter ocupação também foi evidenciado como fator protetor (RP=0,85), bem como ter companheiro fixo (RP=0,89) e ter filhos (RP=0,85).

## DISCUSSÃO

Os TMC acometem todos os grupos populacionais; um estudo observou a prevalência de 18,7% desse transtorno ao investigar 848 mulheres<sup>(11)</sup>. Esse índice cresce quando avaliado em usuários de SPA, uma vez que 78,1% (n=388) da amostra apresentaram rastreamento positivo para TMC, no qual alguns sintomas estão evidentes de maneira significativa.

O SRQ-20 possibilitou avaliar a presença de pensamentos depressivos, humor ansioso e depressivo, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital, de maneira que se evidenciou um alto índice em todos os âmbitos, com uma média geral no questionário de 9,7. Nesse prisma, destaca-se a presença de humor ansioso e depressivo, com ênfase no nervosismo, preocupação e tensão relatado por 77,3% dos entrevistados, assustar-se com facilidade (52,3%) e se sentir infeliz ou triste (62,6%).

Nesse aspecto, autores ratificam a presença de transtorno mental em usuários de SPA, em que se destacam os transtornos de humor como as principais comorbidades apresentadas, principalmente, a depressão e transtorno bipolar, seguido de ansiedade e esquizofrenia<sup>(3)</sup>. Esses dados corroboram com o encontrado nesse estudo, uma vez que se observa alta porcentagem dos sintomas referentes ao humor ansioso e depressivo.

Também se evidenciou um alto índice de respostas afirmativas para os sintomas somáticos, no que concerne

a dormir mal (76,9%), afirmar que as mãos tremem (54,1%), referir dor de cabeça com frequência (48,1%) e falta de apetite (53,1%). O predomínio dos sintomas somáticos nesse público pode estar relacionado à modificação que a SPA causa na atividade mental desses indivíduos, com repercussão nas esferas psíquicas, somáticas e neurovegetativas<sup>(1)</sup>. Além disso, essas manifestações somáticas estão relacionadas diretamente a presença de TMC; estudo desenvolvido com estudantes de enfermagem identificou que quanto maior os níveis de tensão, ansiedade e depressão, maior o risco para insônia, principalmente quando associado ao uso de tabaco<sup>(12)</sup>.

Nesse âmbito, destaca-se que 64,2% dos usuários afirmaram que se sentem cansados com facilidade, o que demonstra o decréscimo de energia vital nesses indivíduos, em que esses fatores favorecem a presença de pensamentos depressivos, visto em 53,9% que relataram já ter pensado em tentar suicídio no último mês.

Em relação a isso, um estudo de caso controle apresenta que o uso abusivo de SPA duplica as chances para a tentativa de suicídio, enquanto que a presença de um transtorno mental eleva em dez vezes o risco para tal prática, constituindo condições importantes que aumentam o número de violência auto provocada, principalmente quando associadas<sup>(13)</sup>.

No entanto, inúmeros fatores estão envolvidos na saúde mental desses indivíduos, sobretudo os aspectos sociodemográficos. Nesse ínterim, ao se investigar a presença de TMC nos sexos, observou-se que o sexo feminino apresentou média maior no SRQ-20, referente ao rastreamento para TMC, corroborando com outras investigações as quais consolidam que as mulheres apresentam maior possibilidade para TMC do que os homens, tornando-se fator de risco para isso<sup>(11,14)</sup>.

Esse fato pode estar relacionado às modificações decorrentes do perfil da mulher atualmente, com a crescente inserção no mercado de trabalho e atuação no contexto familiar com múltiplas responsabilidades, o que pode gerar renúncia no autocuidado, além de sua maior exposição a outros agravos no modo de reproduzir a vida, contribuindo para o surgimento de TMC<sup>(15)</sup>.

Ademais, outros fatores são determinantes nesse processo, tais como a idade, a qual apresenta uma correlação inversamente proporcional com TMC. Estudo revela o aumento da experimentação precoce no uso de SPA, em que o primeiro contato é feito por intermédio dos familiares ou amigos na busca pela socialização, tornando a criança ou adolescente mais suscetível para o comportamento abusivo, que acarreta em maiores prejuízos que corroboram para o desenvolvimento de TMC<sup>(16)</sup>.

Ao realizar as demais análises, não se verificou diferença estatisticamente significativa, ao se comparar o TMC entre

as raças dos usuários de SPA. No entanto, uma revisão sistemática sugere que a prevalência de transtornos mentais é maior na população negra ou na raça/cor não branca<sup>(17)</sup>; ainda há contradições quando se investiga essa associação. Os dados encontrados nesse estudo podem estar relacionados ao fato do Brasil ser um país miscigenado, além da maior acessibilidade da SPA, cujas raças estão susceptíveis de maneira similar para esse consumo.

Ademais, investigou-se a relação entre religião e TMC nos usuários de SPA, as quais apresentaram diferença estatisticamente significativa, em que a prática da religião católica (RP =0,86) ou evangélica (RP=0,97) se tornou fator protetor para o TMC. Estudo corrobora ao afirmar que a espiritualidade ou vivência religiosa colabora para o enfrentamento das dificuldades, proporcionando conforto e esperança em que os indivíduos se sentem mais seguros e amparados por um ser divino além dos sentimentos de pertencer ao grupo religioso, que amplia as redes de apoio e, por conseguinte, melhora o funcionamento social e a qualidade de vida, minimizando as ocorrências de TMC<sup>(18)</sup>.

Ao avaliar a escolaridade, observou-se que não apresentou associação estatisticamente significativa com o TMC nos usuários de SPA entrevistados, resultado similar ao encontrado no estudo com pessoas atendidas em um Centro de Referência de Assistência Social, em que essa relação não se mostrou significativa<sup>(19)</sup>.

Porquanto, estudo aponta que o TMC apresenta maior prevalência em indivíduos economicamente desfavorecidos, no que concerne à baixa escolaridade, menor nível socioeconômico e desemprego, por considerar esses fatores como preditores de piores condições de vida e saúde mental<sup>(20)</sup>. Nessa conjuntura, evidenciou-se que ter ocupação profissional (RP=0,85) se configurou como um fator protetor para o TMC.

Estudo<sup>(3)</sup> também realizado com usuários de SPA afirma que não ter renda fixa corrobora para o TMC, o que pode estar relacionado ao fato de que ter ocupação favorece socioeconomicamente o indivíduo, uma vez que amplia suas oportunidades e as suas redes, além de contribuir com o sentimento de utilidade, favorecendo a autonomia e autoestima e, por conseguinte, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos.

Nesse ínterim, o estado civil também é condição determinante nesse processo, em que ter companheiro fixo (RP=0,89) consiste em um fator protetor para o desenvolvimento do TMC. Esse resultado se justifica pelo fato de que os usuários sem companheiros, geralmente apresentam uma menor integração social e a percepção do sentido da vida mais negativa, em que o companheiro é visto como um importante ponto de apoio para enfrentamento

dos obstáculos, além de favorecer para recursos econômicos condizentes com a necessidade familiar<sup>(20)</sup>.

Na literatura, é comprovado que pessoas com baixa renda de até um salário mínimo apresentam maior probabilidade de desenvolver TMC, pois esse indicador reflete nas condições gerais da família e, por conseguinte, na saúde mental<sup>(21)</sup>. No entanto, ao avaliar a renda familiar, observou-se que essa não apresenta associação estatisticamente significativa nos usuários de SPA entrevistados.

Em relação a isso, avaliou-se a associação entre a presença de filhos e o TMC, a qual resultou em associação estatisticamente significativa em que ter filhos se tornou fator protetor para a ocorrência de TMC, diferentemente de outros estudos que demonstraram ser de risco decorrente da dualidade de papéis exercidos e da responsabilidade<sup>(21)</sup>. No entanto, nos casos de SPA, o fato de ter filhos foi retratado como principal motivação para a busca pelo tratamento em relação ao uso abusivo de SPA, bem como esse fato teve sentido positivo da vida, o que contribuiu para a promoção de saúde mental.

Nesse sentido, observou-se que o TMC apresenta relações no contexto biopsicossocial, com fatores protetores ou preditores. Evidenciou-se a necessidade de a equipe multiprofissional conhecer os aspectos envolvidos nesse processo, sobretudo os enfermeiros, que estão em maior contato com essa população<sup>(22)</sup>.

Entretanto, o estudo<sup>(23)</sup> demonstrou que os profissionais de enfermagem relatam dificuldades em atuar nesse contexto, destacando-se a necessidade de fomentar na formação de enfermagem o pensamento crítico para corresponder às necessidades reais dessa população, com aporte teórico e prático para que desenvolva habilidades no cuidado com os indivíduos envolvidos com SPA, a fim de minimizar os agravos envolvidos, como o desenvolvimento de TMC.

#### Limitações do estudo

Por ser um estudo transversal, inibe a possibilidade de inferências de causalidade.

#### Contribuições para a prática

A pesquisa utilizou uma amostra significativa da população estudada, contribuindo para as reflexões acerca do tema, em que explicitou o alto índice de TMC nos usuários de SPA, relacionando-o ao perfil socioeconômico e clínico, tornando-se importante fonte de informação para sensibilizar os profissionais à necessidade do cuidado integral ao usuário, para além do uso da SPA, com foco na promoção da saúde,

principalmente mental, a qual se apresenta fragilizada, denotando a necessidade de práticas de intervenção efetivas.

#### CONCLUSÃO

Constata-se que a maioria dos usuários apresentou rastreamento positivo para TMC, com índices elevados para a presença de pensamentos depressivos, humor ansioso e depressivo, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital. O sexo feminino e ter menor idade constituem fatores de risco para o desenvolvimento de TMC, enquanto ter religião católica ou evangélica, ter ocupação, um companheiro fixo e filhos consistem em fatores protetores para tal. Todavia, as variáveis referentes à raça, escolaridade e renda familiar não apresentaram associação estatisticamente significativa com o TMC.

Esse estudo possibilitou identificar condições associadas com o TMC em usuários de SPA, na perspectiva de risco ou proteção, os quais facilitam a tomada de decisões na tentativa de priorizar ações para grupos mais vulneráveis na perspectiva da promoção de saúde mental, a fim de evitar o desenvolvimento de TMC nos usuários e, conseqüentemente, minimizar o número de tentativas de suicídio que também estão relacionadas nesse contexto dual de TMC e uso de SPA.

Nesse sentido, é nítido que se trata de um tema complexo e que necessita de maiores estudos em âmbito nacional com caráter experimental ou, ainda, com abordagens qualitativas para compreender os fatores relacionados ao TMC e uso de SPA, a fim de uma maior produção de conhecimento.

**Contribuição dos autores:** Concepção e/ou desenho: Roberta Magda Martins Moreira, Eliany Nazaré Oliveira. Análise e interpretação dos dados: Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Paulo César de Almeida. Redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Roberta Magda Martins Moreira, Eliany Nazaré Oliveira, Roberlândia Evangelista Lopes, Heliandra Linhares Aragão.

**Agradecimentos e financiamento:** À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado da autora pesquisadora; À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo auxílio financeiro ao projeto intitulado Saúde Mental e o risco de suicídio em usuários de drogas por meio da Bolsa de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e à Inovação Tecnológica.

## REFERÊNCIAS

1. Cerqueira GLC. Fatores de influência dos efeitos das substâncias psicoativas no organismo. *Psicologia.Pt* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0920.pdf>
2. Guerra MRSR, Vandenberghe L. Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. *Pesqui. prá. Psicossociais* [Internet]. 2017 Sept [cited 2019 Aug 10]; 12 (3): 22 p. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n1/08.pdf>
3. Lucchese R, Silva PCD, Denardi TC, Felipe RL, Vera I, Castro PA, et al. Transtorno mental comum entre indivíduos que abusam de álcool e drogas: estudo transversal. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 10]; 26(1): 7 p. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_0104-0707-tce-26-01-4480015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-4480015.pdf)
4. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2016* [Internet]. New York: UNODC; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD\\_DRUG\\_REPORT\\_2016\\_web.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf)
5. Fernandes MA, Pinto KLC, Teixeira Neto JA, Magalhães JM, Carvalho CMS, Oliveira ALCB. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 12]; 13(2): 64-70. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762017000200002&lng=pt&nrm=i](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200002&lng=pt&nrm=i)
6. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos L, Teodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 2013; 4(13): 163.
7. Gonçalves DM, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 13]; 30(3):623-32. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000300623](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623)
8. Saban A, Flisher A, Laubscher R, London L, Morojele N. The association between psychopathology and substance use: adolescent and young adult substance users in inpatient treatment in Cape Town, South Africa. *Pan African Med J*. 2014; 17(8).
9. Guirado GMP, Pereira NMP. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 13]; 24(1): 92-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000100092&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000100092&script=sci_abstract&tlng=pt)
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
11. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 20]; 23(8): 2543-54. Available from: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2543.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2543.pdf)
12. Fernandes MA, Vieira FER, Silva JS, Avelino FVSD, Santos JDM. Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 15]; 71(suppl 5):2298-304. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2169.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2169.pdf)
13. Felix TA, Oliveira EN, Lopes MVO, Dias MSA, Parente JRF, Moreira RMM. Risk of self-inflicted violence: a presage of tragedy, na opportunity for prevention. *Enferm. glob.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 20]; 18(1): 373-416. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.18.1.304491>.
14. Costa MG, Dimenstein M, Leite J. Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas. *Rev. colomb. psicol.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 21]; 24(1):13-27. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/41968/61911>.
15. Leonardo BC, Cunha DF, Sakae TM, Remor KVT. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. *Arq. Catarin Med* [Internet]. 2017 abr-jun [cited 2019 Aug 21]; 46(2): 39-52. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/268/154>.
16. Bittencourt MN, Pena JLC, Vargas D, Barbosa CR, Alberti MV, Luz TB, et al. Primeiro consumo de álcool entre escolares da periferia de São Paulo: frequência e forma de introdução. *Enferm Foco*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 15]; 9(4): 3-7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1237/467>
17. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 22]; 22(12):4021-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-4021.pdf>.
18. Reinaldo AMS, Santos RLF. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 22]; 40 (110): 162-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0162.pdf>
19. Wiemann I, Munhoz TN. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. *Ensaio Cienc. Cienc. Biol. Agrar. Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 22]; 19(2): 89-94. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26042168007.pdf>
20. Assunção AA, Lima EP, Guimarães MDC. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 22]; 33(3): 14 p. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00166815.pdf>
21. Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FB. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 22]; 27(3):200-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0200.pdf>
22. Fernandes MA, Silva EM, Ibiapina ARS. Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em um hospital geral. *R. Interd* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sept 02]; 8(4):163-73. Available from: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/797/pdf\\_276](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/797/pdf_276)
23. Farias LMS, Azevedo AK, Silva NMN, Lima JM. O enfermeiro e a assistência a usuários de drogas em serviços de atenção básica. *Rev enferm UFPE online*. 2017; 11(Supl. 7): 2871-80.

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE DOMICILIAR

Fernanda Bernardo dos Santos<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5461-8621>

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4488-4912>

**Objetivo:** Identificar os tipos de riscos relacionados à segurança que os pacientes acamados estão mais expostos em seu domicílio e descrever as dificuldades que a equipe multidisciplinar de Atenção Básica encontra para proporcionar a segurança do paciente acamado de forma efetiva em seu domicílio. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, do tipo pesquisa-convergente-assistencial. Foram considerados como critérios de inclusão os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que exercem cuidados direcionados ao paciente. Os critérios de exclusão adotados, foram: profissionais que estiveram afastados por qualquer motivo durante a coleta de dados. Na coleta de dados foi utilizada uma oficina de Educação Permanente. **Resultados:** Confecção do instrumento de registro, com base na Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) e nas recomendações para anotações de enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). **Conclusão:** Foram identificados como principais riscos à segurança do paciente acamado no ambiente domiciliar: Falta de apoio familiar; Adesão ao regime medicamentoso; Reação medicamentosa; Risco de infecção; Capacidade de executar a higiene prejudicada; Risco de queda. Os profissionais de saúde devem estar capacitados para desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, no âmbito individual e coletivo.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Atenção Básica à Saúde; Processos de Enfermagem.

## SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE AND PATIENT SAFETY IN THE HOME ENVIRONMENT

**Objective:** To identify the types of safety-related risks that bedridden patients are most exposed to at home, and to describe the difficulties that the multidisciplinary Primary Care team encounters in providing effective bedridden patient safety at home. **Method:** This is a qualitative, descriptive, exploratory, research-convergent-care study. Inclusion criteria were professionals who agreed to participate in the research and who exercise patient-oriented care. Exclusion criteria were: professionals who were away for any reason during data collection. In the data collection a permanent education workshop was used. **Results:** Making the registration instrument, based on the International Classification for Nursing Practice (CIPE) and the recommendations for nursing notes of the Federal Council of Nursing (COFEN). **Conclusion:** The main risks to the safety of bedridden patients in the home environment were: Lack of family support; Adherence to the drug regimen; Drug reaction; Risk of infection; Ability to carry out impaired hygiene; Risk of falling. Health professionals should be able to develop health promotion, prevention, protection and rehabilitation actions, both individually and collectively.

**Descriptors:** Patient Safety; Primary Health Care; Nursing Processes.

## SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AMBIENTE DOMICILIAR

**Objetivos:** Identificar los tipos de riesgos relacionados con la seguridad a los que los pacientes encamados están más expuestos en el hogar y describir las dificultades que el equipo multidisciplinario de Atención Primaria encuentra para brindar seguridad efectiva al paciente encamado en el hogar. **Método:** Este es un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, de investigación-atención convergente. Los criterios de inclusión fueron profesionales que aceptaron participar en la investigación y que ejercen una atención orientada al paciente. Los criterios de exclusión fueron: profesionales que estuvieron fuera por cualquier motivo durante la recolección de datos. En la recolección de datos se utilizó un taller de educación permanente. **Resultados:** Realización del instrumento de registro, basado en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) y las recomendaciones para notas de enfermería del Consejo Federal de Enfermería (COFEN). **Conclusión:** Los principales riesgos para la seguridad de los pacientes encamados en el hogar se identificaron como: falta de apoyo familiar; Adherencia al régimen de drogas; Reacción a los medicamentos; Riesgo de infección; Capacidad para llevar a cabo una higiene deteriorada; Riesgo de caídas. Los profesionales de la salud deberían poder desarrollar acciones de promoción, prevención, protección y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectivamente.

**Descritores:** Seguridad del Paciente; Atención Primaria de Salud; Procesos de Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense

Autor correspondente: Fernanda Bernardo dos Santos E-mail: [nanndabernardo@hotmail.com](mailto:nanndabernardo@hotmail.com)

Recebido: 21/09/2019

Aceito: 10/12/2019

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), em 2013, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio das Portarias GM/MS nº 529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional<sup>(1)</sup>. A Segurança do Paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, importância cada vez maior para os pacientes e suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde no sentido de oferecer uma assistência segura. Os incidentes associados ao cuidado de saúde e, em particular, os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada morbidade e mortalidade em todos os sistemas de saúde. As ações do PNSP devem se articular às demais políticas de saúde com o objetivo geral de integrar e somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde<sup>(2)</sup>.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Essa normativa regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente<sup>(3)</sup>. Neste contexto, insere-se a adoção de medidas sistematizadoras de ações de cuidado, que venham a contribuir com a segurança do paciente e, portanto, privilegia-se como **objeto de estudo**: a Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma estratégia de cuidado do paciente acamado no ambiente domiciliar. De acordo com Ministério da Saúde (2011)<sup>(4)</sup>, a Atenção Domiciliar foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que foi substituída com o apoio do Ministério da Saúde pela Portaria nº 2.527, de 27 de outubro 2011, sendo revogada pela portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013)<sup>(5)</sup>.

Segundo dados do Ministério da Saúde, para os próximos trinta anos, não somente no Brasil, mas no mundo, a população de pessoas idosas triplicará. Nesse contexto, associados ao processo natural do envelhecimento, haverá mais pessoas vivendo com mais de sessenta anos, e, concomitantemente, teremos mais pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas. Assim, vislumbrando esta possibilidade de ampliação de ocupação dos leitos hospitalares, foi desenvolvido o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI (BRASIL, 2011)<sup>(4)</sup>.

Segundo a Prefeitura do Estado do Rio de Janeiro (2010)<sup>(6)</sup>, o PADI foi um projeto criado, em agosto de 2010, pela Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV), tendo como objetivo oferecer cobertura a pacientes idosos com possibilidade de tratamento domiciliar em toda a Zona Oeste da Cidade do Rio de Janeiro.

Este serviço, o PADI, oferece assistência prioritariamente a pessoas a partir dos sessenta anos de idade portadoras de doenças crônico-degenerativas tais como: Hipertensão Arterial Severa (HAS), Diabetes Mellitus (DM), pacientes que tenham sofrido Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico ou hemorrágico, mas que tenham condições de serem tratadas e acompanhadas no domicílio, em que seja viável o atendimento domiciliar.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segundo Silva, Oliveira, Neves e Guimarães<sup>(7)</sup>, pode ser conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados relevantes na implementação da assistência, com o objetivo de minimizar as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a recuperação do paciente.

O processo de enfermagem enquanto método consiste em cinco fases: a) Histórico de enfermagem, b) Diagnóstico de enfermagem, c) Planejamento assistencial, d) Prescrição de enfermagem, e) Implementação de enfermagem e f) Avaliação de enfermagem<sup>(8)</sup>.

Objetivos: Identificar os tipos de riscos relacionados à segurança que os pacientes acamados estão mais expostos em seu domicílio; Descrever as dificuldades que a equipe multidisciplinar de Atenção Básica encontra para proporcionar a segurança do paciente acamado de forma efetiva em seu domicílio.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, do tipo pesquisa-convergente-assistencial, desenvolvido no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: formação Interdisciplinar para o SUS, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – UFF, em convênio com o Conselho Federal de Enfermagem – Cofen.

### Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram: 1 enfermeiro, 6 agentes comunitários, 2 técnicos de enfermagem e 1 técnico de higiene bucal, atuantes na clínica da família, tendo em vista que são estes profissionais que prestam o atendimento domiciliar aos pacientes acamados. Foram considerados critérios de inclusão: os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e os profissionais que exercem cuidados direcionados ao paciente, que quiseram contribuir para o ensino e para a pesquisa, de modo a melhorar a qualidade da assistência ao paciente. Os critérios de exclusão adotados, foram: profissionais que estiveram afastados por qualquer motivo durante a coleta de dados.

### Local do estudo

O cenário escolhido para a coleta de dados foi uma unidade da Clínica da Família, localizada na região metropolitana do Rio de Janeiro. A Clínica da Família, onde parte do estudo foi desenvolvido, conta com seis equipes de saúde da família, composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 6 agentes comunitários. A unidade conta com, aproximadamente, 3.200 pessoas cadastradas. Oferece de atendimento domiciliar visita dos profissionais de saúde, como: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde e acompanhamento do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), com orientações sobre o cuidados de saúde e autocuidado aos pacientes e familiares.

### Coleta de dados

Na coleta de dados foi utilizada uma oficina de Educação Permanente. Para este fim, foi tomado como ponto de partida uma pergunta geradora no intuito de saber quais são as dificuldades encontradas pela equipe em relação a segurança do paciente acamado no domicílio. A seguir, foi formulada uma situação problema pelo grupo, com auxílio da pesquisadora; posteriormente, realizou-se um debate, no sentido de identificar os riscos à segurança do paciente e as dificuldades encontradas. As respostas foram gravadas na íntegra.

A partir de então, foi elaborado um mapa conceitual com as principais dificuldades apresentadas pelos participantes, e posterior articulação com os riscos mencionados. Com isto, foram traçados os aspectos relacionados à SAE para a segurança do paciente acamado no domicílio. Estes passos foram realizados pelo próprio grupo, com a coordenação da pesquisadora, conforme os critérios de Wanda Horta, que valoriza as necessidades Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais<sup>(9)</sup>. De acordo com essa tríade de Horta, foram selecionados os diagnósticos de enfermagem da CIPE relacionados com as necessidades humanas básicas e com a segurança do paciente:

**Fase de Perscrutação dos Dados:** caracterizada pelas estratégias de refinamento de obtenção dos dados através de um grupo focal, onde os atores da prática da visita domiciliar estavam presentes, trazendo suas vivências no domicílio, as dificuldades de adesão ao serviço de saúde por parte do paciente/ e ou familiares, entendimento das orientações sobre o tratamento no domicílio e aderência ao mesmo.

### Procedimento de Análise dos Dados

Os depoimentos resultantes da oficina de Educação Permanente e do grupo focal foram transcritos na íntegra para a realização da análise. A partir de então, foi elaborado um mapa conceitual com as principais dificuldades apresentadas pelos participantes, e posterior articulação com os riscos mencionados.

### Procedimentos Éticos

Atende os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(10)</sup>, e se baseia nas Normas de Pesquisa em Seres Humanos, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, de número 2.770.360 e assegurado o anonimato dos participantes por meio da sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

### RESULTADOS

As categorias de análise foram concluídas a partir das falas dos participantes de equipes diferentes que se mostraram enfáticas e repetitivas sobre problemas comuns ocorridos repetitivamente no domicílio do paciente acamado.

O referencial de análise utilizado para chegar às categorias foi o de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Neste estudo, a dualidade é observada quando o pesquisador se insere no serviço, na qual será realizada a pesquisa e, partindo dessa vivência, poderá investigar e propor uma nova forma de prática assistencial com a obtenção da melhoria do serviço. Assemelha-se a outras pesquisas, pois segue o passo a passo de o pesquisador perguntar-se o que pesquisar, para que pesquisar, por que pesquisar, com que suporte teórico, onde, com quem, com quais instrumentos, como e quais os resultados esperados<sup>(11)</sup>.

### Quadro 1 - Divisão das Categorias.

CATEGORIAS	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO (INDICADORES)
1. Cuidados no ambiente domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceituar / aceitar as competências por parte do profissional e familiares.</li> <li>• Atentar-se às necessidades básicas do paciente acamado.</li> </ul>
2. Riscos no ambiente domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar às necessidades do domicílio para melhoria da segurança do paciente.</li> <li>• Avaliar os riscos potenciais no domicílio.</li> <li>• Conscientizar o paciente e familiares dos potenciais risco no domicílio.</li> </ul>
3. Educação Permanente: estratégia para melhoria da assistência ao paciente acamado no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscientizar a equipe no fazer e conduzir a assistência ao paciente acamado dentro do conhecimento técnico científico.</li> </ul>

As categorias de análise foram evidenciadas pela fala dos participantes que se repetiam em questões relativas a cuidados diários com o paciente e a riscos expostos no domicílio por falta de orientação. Já em relação ao agrupamento das unidades de significados, este foi elaborado para atender as necessidades dos resultados referentes às categorias criadas.

**Quadro 2** – Quadro dos diagnósticos de enfermagem relacionados com as necessidades humanas básicas e com a segurança do paciente. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Diagnóstico de Enfermagem	Segurança do Paciente	Necessidades Humanas Básicas
Conhecimento sobre medidas de segurança	Identificação do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança emocional</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Autoimagem</li> <li>• Atenção</li> </ul>
Falta de apoio familiar	Comunicação efetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> <li>• Liberdade e participação</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</li> </ul>
Adesão ao regime medicamentoso	Prescrição segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> <li>• Comunicação</li> </ul>
Reação medicamentosa	Administração de medicamentos segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Terapêutica</li> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> </ul>
Risco de infecção	Cirurgia segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Terapêutica</li> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> <li>• Segurança emocional</li> </ul>
Capacidade de executar a higiene prejudicada	Higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física</li> </ul>
Risco de queda	Prevenção de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção dos órgãos dos sentidos</li> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Integridade física</li> </ul>
Risco de lesão por pressão	Prevenção de lesão por pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratação</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Oxigenação</li> <li>• Integridade física</li> <li>• Exercícios físicos</li> </ul>

## 1ª Categoria: Indicadores de Cuidados no Ambiente Domiciliar

Esta categoria, reforça que o ambiente domiciliar é importante para manutenção da saúde do indivíduo e o processo do cuidar de forma holística. O enfermeiro possui habilidades e competências para oferecer uma assistência domiciliar de qualidade, trazendo o paciente como percussor do seu cuidado e a família como participante deste processo. Sobre essa visão, uma participante do estudo vem corroborar:

*“...A partir do momento que eu entro no portão, eu já olho ao redor. Tem mato? Tem pneu? Tem caixa d'água? Porque principalmente agora que a gente está em época de verão, em época de dengue, Chikungunya. Então, eu já vou entrando e já vou olhando, eu olho, reparo. Entro na casa da pessoa, aí vejo a situação do paciente. É acamado? Se é acamado, vamos olhar o colchão. Se o colchão é apropriado, se o lençol está esticadinho, porque não adianta nada o colchão ser apropriado e a cama não está esticadinha.”. (Equipe Sul América)*

Observa-se um movimento de refletir sobre a própria prática no depoimento da participante, à medida que ela se sente responsável pelo entorno do cuidado domiciliar. Donald Schön<sup>(12)</sup>, valoriza a reflexão na ação – o pensar o que fazem, enquanto o fazem. Toda ação tem um propósito, uma finalidade. Não deve apenas ser algo mecanicista sem reflexão de quais benefícios a ação pode gerar no bem-estar do indivíduo naquele momento.

Wanda Horta<sup>(9)</sup> valoriza dentro do contexto das necessidades humanas básicas, a hidratação, alimentação, integridade física e o cuidado corporal como alguns pontos importantes para prevenção de lesões por pressão. Essa reflexão na ação, nos cuidados com o paciente acamado, nos faz correlacionar as ações da Sistematização da Assistência que proporcionará o bem-estar físico do indivíduo, o que é determinante para suas condições de saúde.

Segundo Vieira, Bezerra, Sobreira, Silva e Feitosa<sup>(13)</sup>, os profissionais de saúde da família, com enfoque na equipe de enfermagem, quando acompanha o paciente acamado no domicílio, altera direta ou indiretamente a rotina da família, a partir, dos cuidados oferecidos ao paciente. É importante frisar que de acordo com mesmos autores<sup>(14,1)</sup>: “Entende-se como paciente acamado aquele que se encontra impossibilitado de exercer o autocuidado de forma parcial ou total, necessitando de auxílio”.

Wanda Horta<sup>(9)</sup>, dentro de suas teorias, enfatiza a importância da prevenção dos riscos de queda que está relacionado com a segurança física dentro do espaço, do ambiente; pois essa prevenção de queda em um ambiente

domiciliar é extremamente importante em consequência de muitos pacientes possuírem um déficit de regulação neurológica.

Segundo Pires, Rodrigues e Nascimento<sup>(14)</sup>, a integralidade do cuidado aparece como complexo, inovador e com diversos sentidos que, de certo modo, associam às necessidades verbalizadas pelos usuários do sistema e suas famílias, vinculado a prática dos trabalhadores de saúde, visando a resolubilidade das questões apresentadas pela clientela, face ao cuidado integral. A abertura ao diálogo, entre os participantes deste processo, e a aplicabilidade das variadas formas de agir em saúde, para atender as demandas relacionadas às ações entre o indivíduo/família/grupos populacionais.

O cuidado no ambiente domiciliar visa atender, seja de forma total ou parcial, as demandas do paciente. A consciência da família em relação a essas demandas é extremamente importante para melhoria de sua terapêutica, pois nada pode ser feito de forma isolada, em relação às necessidades do mesmo. A equipe de saúde da família, precisa estar em conformidade com a família, para contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo de forma integralizada.

O paciente domiciliar acamado quando entende a sua condição e tenta promover o seu autocuidado mesmo de forma limitada, melhora a sua condição no âmbito domiciliar. Usa-se estratégias por parte dos profissionais de enfermagem juntamente com os agentes comunitários de saúde, para adesão ao tratamento de forma adequada, seja no uso de medicações como em outras necessidades do usuário. A enfermeira da unidade faz um breve relato em relação ao uso de medicações para atender as necessidades do paciente:

*“...Em relação às medicações, eu acho muito válido essa questão de você fazer o esquema mesmo de desenho ou de cor e tudo o mais, mas nem toda a família aceita...” (Equipe Cinco Bocas)*

*“...Eu falei “Rafa, vamos dar um jeito” aí ele não tinha muitas condições, mas não interessa. Eu fui na farmácia e peguei uma caixa de qualquer remédio que tinha acabado, cortei, fiz uma divisória e falei “Rafa, olha só, fala para ele que esse remédio que está aqui onde tem a fita é da manhã, o outro é o que ele tem que tomar pela manhã e à noite” funcionou muito bem...” (Equipe Cinco Bocas)*

Segundo Schön<sup>(12)</sup>, quando um profissional visualiza um problema, ele define que forma irá resolver o mesmo e que estratégias irá utilizar para alcançar os impactos na prática. O profissional precisa entender qual é a sua responsabilidade na ação, suas metas, e que estratégias precisam delimitar para gerar impacto na ação com a reflexão na prática. Os

conhecimentos técnicos e científicos adquiridos ao longo da graduação influenciam nas tomadas de decisões frente a assistência, desenvolvendo uma postura crítica e reflexiva diante das situações problemas de modo a desenvolver condutas que geram resultados na ação e reflexão da prática assistencial.

Enquanto Wanda Horta<sup>(9)</sup>, em sua teoria psicobiológica, no contexto terapêutico, correlaciona a importância da segurança física para estabelecer uma condição assertiva, promovendo a educação para a saúde do usuário, em relação a administração dos medicamentos e trabalhar o processo de aprendizagem em relação a orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde para o usuário e familiares.

### 2ª Categoria: Indicação dos Riscos no Ambiente Domiciliar

O conceito de saúde orienta as práticas de cuidados de cada indivíduo e se correlaciona aos acontecimentos socioeconômico-políticos-culturais, consequentemente, com diferenças ao longo do tempo. Por tal motivo, a importância de entender quais os pensamentos de populações específicas que norteiam o cuidar de sua própria saúde, pois quando não se entende claramente estas práticas, gera-se riscos no ambiente domiciliar.

Sobre este aspecto, o participante da entrevista exprime o seu pensamento em relação a indicação dos riscos:

*“...A gente chegou a orientar a família sobre a troca do colchão, que ela dormia. Ela não dormia, ela ficava no sofá direto na sala. Então a gente orientou sobre a troca do colchão para colocar um acolchoado - aquele casca de ovo - para ter como a pele respirar...” (Equipe Sainá)*

De acordo com Schön<sup>(12)</sup>, não é através de soluções técnicas para os problemas que convertamos situações problemáticas em problemas bem definidos; ao contrário, é através da designação e da concepção que a solução técnica de problemas que se torna-se possível.

Na prevenção de lesões por pressão, Wanda Horta<sup>(9)</sup> na percepção dos órgãos e sentidos, uns dos focos das necessidades psicobiológicas, afirma que a valorização da alimentação, hidratação e oxigenação podem melhorar a pele do paciente. Esse pensamento vai ao encontro da visão dos autores Gandolfi, Siega, Rostirolla, Kleba e Colliselli<sup>(15:3695)</sup> “sobre a melhoria das práticas assistenciais: Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui-se como ferramenta importante, em especial no desenvolvimento de cuidados aos pacientes com maiores necessidades. A realização da SAE revela compromisso com a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, enriquecendo a prática dos enfermeiros e elevando

o desempenho profissional nesse processo. Possibilita, ainda, ao enfermeiro fortalecer sua autonomia, delimitando a essência de sua prática profissional".

Outra participante se mantém na mesma linha de cuidado descrita acima:

*"...Esse sofá não era aconselhado por quê? Qualquer movimento que ela desse, ela não tinha segurança. Ela tinha a segurança das costas do sofá, mas na frente não tinha nenhuma..." (Equipe Sainá)*

Muitos riscos no ambiente domiciliar são provenientes da falta de informação por parte dos profissionais de saúde em orientar os pacientes e familiares na melhoria do conforto e da segurança do paciente. Existem metas que precisam ser vistas de forma muito criteriosa para não gerar riscos e maiores danos. Uma participante do estudo relata a questão:

*"...a pessoa é hipertensa e a gente chega lá às vezes umas 10h da manhã, umas 11h e família ainda não fez essa medicação no paciente. Assim, ela é hipertensa e ela tomou a medicação dela. O paciente que está lá. O familiar. Não tomou a medicação. Aí a gente chega "não tomou a medicação? Por que não tomou a medicação?..." (Equipe Sul América)*

Seguindo o estudo de Gomes, Salvador, Rodrigues, Silva, Ferreira e Santos<sup>(16:147)</sup>: "Os eventos adversos (EA) são incidentes passíveis de ocorrer durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, os quais podem ser de natureza física, social e/ou psicológica, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte".

A segurança do paciente visa proporcionar métodos que não causem danos ou riscos que possam levar o indivíduo a morte. A equipe de saúde da família tem como objetivo orientar o indivíduo e os familiares nesses riscos, desde a forma correta de manipulação e administração de medicamentos, para reduzir os riscos no domicílio.

Sobre o risco de queda, uma participante relata com muita veemência em relação a este problema:

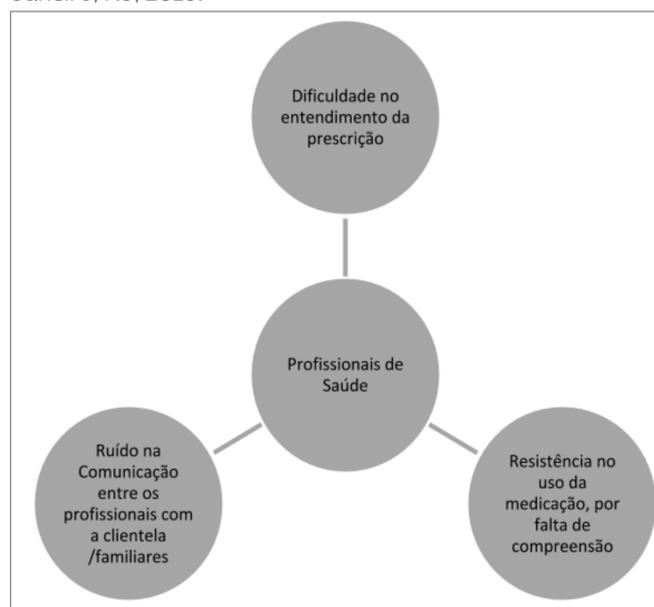
*"...Ah, essa foi a dona Ana. Dona Ana também mora sozinha. Ela caiu. Caiu 1h e meia da manhã e ficou até 8h da manhã pedindo socorro. Um senhor que passou na rua escutou ela gritando e perguntou - "o que que está havendo?" e ela - "pelo amor de Deus, me socorre! Me socorre!" ele foi e entrou, chamaram a SAMU, levaram ela..." (Equipe Minuanos)*

A Segurança do paciente precisa ser vista com relevância

para redução dos riscos e danos desnecessários associados à assistência no domicílio. Em saúde, nenhum risco deve ser aceito relacionado a segurança do paciente, visando que seja em qualquer aspecto, existem formas evitáveis para minimização ou redução do mesmo.

Foi construído um mapa conceitual, a partir dos problemas mais comuns ocorridos no domicílio pela fala dos participantes. Pode-se observar que existe necessidade de orientação por partes dos profissionais em algumas situações, e também existem algumas mistificações em determinadas condutas em relação a saúde do paciente, por parte da família.

**Figura 1** - Mapa conceitual da análise dos dados. Rio de Janeiro, RJ, 2018.



## DISCUSSÃO

Existem fatores que estão relacionados ao estado de saúde das pessoas, tais como: o nível de desenvolvimento social e econômico do país, a infraestrutura existente, as condições de saneamento básico, de moradia e de trabalho; a afetividade, a sexualidade e a diversidade cultural; o grau de desigualdade de renda, entre outros, afetam o processo de saúde e doença.

A família junto a equipe de saúde precisa estar conectada em todos os processos; entender que a terapêutica não está somente voltada para o tratamento medicamentoso, que as simples ações do cotidiano, como o padrão alimentar, a hidratação, a higiene, a integridade física, até o laços afetivos, como o amor, são fundamentais para se ter uma melhor condição de vida. Esses processos sistematizados pelo enfermeiro e orientados pela equipe de saúde são importantes e desafiadores. A educação deve ser valorizada como um trabalho de coletividade e valorização das vivências de cada

um, visando a busca constante de novos instrumentos para o trabalho. Dessa forma, a educação visa o movimento de reconstrução do conhecimento do indivíduo de forma personalizada. O indivíduo para promover a educação de forma eficiente precisa de autonomia intelectual, ser transformador da realidade, pensamento crítico e reflexivo para as práticas de saúde, valorizando suas potencialidades<sup>(18)</sup>.

A Educação Permanente (EP) pode transformar no processo de trabalho baseado com repercussão na vida do usuário, na perspectiva da educação, ampliando a construção de espaços coletivos que envolvem reflexão e avaliação das ações produzidas no processo de trabalho da equipe. Propõe-se buscar métodos de uma reflexão crítica em relação às práticas de serviço com a prática educativa associada ao trabalho que desenvolve transformando os processos de trabalhos, nas atitudes, na organização, com os profissionais da equipe; possibilita a transformação do processo de organização da atenção, um cuidado mais humanizado, articulação entre as equipes visando o benefício dos usuários<sup>(18)</sup>.

A Educação Permanente constitui alternativas viáveis para mudanças no ambiente de trabalho com objetivo de desenvolver formas diferenciadas de educar e aprender, através de técnicas e treinamentos específicos estimulando a participação dos atores envolvidos no processo, com a estimulação do pensamento crítico e reflexivo. Portanto, a educação permanente visa transformar as práticas profissionais dos trabalhadores por meio de respostas construídas através de reflexões da sua própria prática<sup>(19)</sup>.

Lavich, Terra, Mello, Raddatz, Arnemann<sup>(18,2)</sup>, reforçam que: "A EPS foi criada e implementada como Política, em conformidade com a Constituição Federal, Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, pelo Ministério da Saúde (MS). Com isso, a EPS se tornou uma possibilidade para o enfermeiro desenvolver suas competências relacionadas à sua atuação profissional de maneira qualificada, frente a complexidade de seu trabalho".

Evidencia-se que a importância do bem-estar e da segurança do paciente acamado no domicílio foi bem reforçada e clara, como discurso de todos os participantes, e a consciência de sua função e responsabilidades em relação ao paciente. As teorias de Wanda Horta<sup>(9)</sup> e Donald Schön<sup>(12)</sup>, entrelaçaram a valorização das necessidades básicas afetadas e a importância do profissional colocar ação e reflexão na prática assistencial. O estudo realizado, apresentou informações importantes em relação a sistematizar a assistência de enfermagem através das

tecnologias leves. No campo das tecnologias leves, a interação entre enfermeiros e pacientes, familiares ou cuidadores se configura como uma ação importante na atenção básica. Assim, as tecnologias leves de cuidado aparecem em ações como escuta ativa, apoio, conforto, respeito, relação de ajuda e diálogo, comunicação efetiva e no estabelecimento de uma relação de confiança com usuários e familiares, o que constitui parte fundamental do trabalho deste profissional na atenção básica.

### Limitações do estudo

A limitação do estudo se deve ao fato de terem poucos estudos e publicações acerca da temática, dificultando a análise dos dados e a discussão.

### Contribuições do estudo para a prática

O estudo contribui no âmbito da atenção básica elencada a Segurança do Paciente e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, uma assistência de enfermagem qualificada, de forma segura ao paciente, com o objetivo de reduzir complicações durante o tratamento de modo a facilitar a adaptação e recuperação do paciente no âmbito domiciliar.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a pesquisa realizada, foi possível identificar problemas potenciais no domicílio do paciente acamado, como: cama inadequada, administração incorreta de medicamentos em relação a dosagem e horários, queda da própria altura de pacientes acamados; e concluir que mudanças necessárias devem ser realizadas para melhoria da qualidade do serviço. Acredita-se que a aplicabilidade adequada para apresentação da educação em saúde é fundamental para o entendimento e a solidificação das informações por parte dos profissionais, com o intuito de oferecer uma assistência de qualidade no âmbito domiciliar ao paciente acamado, e estas informações precisam ser claras e concisas para facilitar as melhores condições de assistência a esse grupo. A equipe multidisciplinar tem papel fundamental neste processo, pois a assistência ao paciente deve ser realizada de forma holística. Todos os profissionais precisam se correlacionarem em busca de melhores condições de saúde do indivíduo.

**Contribuição dos autores:** Concepção e/ou desenho: "Autor 1"; Análise e interpretação dos dados: "Autor 1", "Autor 2"; Redação do texto: "Autor 1"; Revisão crítica: "Autor 1", "Autor 2"; Revisão final: "Autor 2".

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente. Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [cited 2017 Nov. 20]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
2. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [cited 2017 Oct 05]. Available from: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp>
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [cited 2017 Nov 12]. Available from: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a-4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a-4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e)
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html). Acesso em: 12 ago. 2019.
5. Ministério da Saúde (BR). Resolução de Diretoria Colegiada - DC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a-4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a-4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso em: 09 nov. 2017.
6. Prefeitura do Rio de Janeiro 2010. Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI. 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/padi>. Acesso em: 15 ago. 2019.
7. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do Enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2011 [cited 2018 Set 12]; 45(6):1380-1386. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>
8. Chaves LD, Solai CA. Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2013.
9. Horta WA. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. [cited 2018 Out 10]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
11. Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.
12. Schön DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Artmed: Porto Alegre; 2000.
13. Vieira HF, Bezerra ALD, Sobreira MVS, Silva JB, Feitosa ANA. Assistência de enfermagem ao paciente acamado em domicílio: uma revisão sistemática. FIEP Bulletin [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 03]; 85(II):478-486. Available from: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/85.a2.60/10671>
14. Pires VMMM, Rodrigues VP, Nascimento MAA. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 03]; 18(4):622-627. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a20.pdf>
15. Gandolfi M, Siega CK, Rostirolla LM, Kleba ME, Colliselli L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria ao cuidado integral. Revista de Enfermagem UFPE [Internet]. 2016 [cited 2018 Set 02]; 10(Supl. 4):3694-3703. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11146/12653>
16. Gomes ATS, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 15]; 70(1):146-154. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0146.pdf>
17. Azevedo IC, Silva GWS, Vale SL, Santos QG, Cassiano NA, Moraes IF et al. Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. Revista Saúde e Pesquisa [Internet]. 2015 [cited 2017 Out 10]; 8(1):131-140. Available from: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3275>
18. Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, Raddatz M, Arnemann CT. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2017 Ago 08]; 38(1):e62261. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170162261.pdf>
19. Sardinha LP, Gonçalves LC, Dutra TC, Tavares CMM, Dantas ACC, Cortez EA. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. Revista Enfermería Global [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 04]; 12(29):307-322. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000100017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017)

# “HORÁRIO DO SONINHO”: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUZIR OS NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Adriana Duarte Rocha<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0678-581X>

Patrícia Miranda Sá<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0479-2477>

Danielle Bonotto Cabral Reis<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0180-082X>

Ana Carolina Carioca Costa<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9456-3319>

**Objetivo:** verificar se o “horário do soninho” é capaz de reduzir os níveis de pressão sonora em uma unidade de cuidados neonatais. **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal. A medida do nível de pressão sonora foi realizada durante 15 dias não consecutivos, com tempo de avaliação de 30 minutos antes, 1 hora durante e 30 minutos após o “horário do soninho” **Resultado:** Observamos uma redução dos níveis de pressão sonora durante o “horário do soninho” ( $p = 0,00$ ). Essa redução permaneceu no período dos 30 minutos subsequentes, com diferença estatisticamente significativa quando comparada ao período antes do “horário do soninho” ( $p = 0,00$ ). **Conclusão:** O “horário do soninho” é uma ferramenta capaz de reduzir o nível de pressão sonora em uma unidade de terapia intensiva neonatal

**Descritores:** Ruído; Terapia Intensiva Neonatal; Recém-nascido.

## QUIET TIME: A STRATEGY TO REDUCE SOUND PRESSURE LEVELS IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

**Objective:** Verify if the “quiet time” is able to reduce the sound pressure levels in a neonatal care unit. **Method:** It is a cross-sectional research. The measurement of the sound pressure level was performed during 15 non-consecutive days with an evaluation time of 30 minutes before, 1 hour during and 30 minutes after the “quiet time” **Result:** We observed a reduction of the sound pressure levels during the hours of quiet time ( $p = 0.00$ ). This reduction remained in the period of the subsequent 30 minutes, with a statistically significant difference when compared to the period before sleep time ( $p = 0.00$ ). **Conclusion:** The “quiet time is a tool capable of reducing sound pressure level in a neonatal intensive care unit

**Descriptors:** Noise; Intensive Care; neonatal; Infant, newborn.

## TIEMPO DE SILENCIO: UNA ESTRATEGIA PARA REDUCIR LOS NIVELES DE PRESIÓN SONORA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

**Objetivo:** Verificar si el “tiempo de silencio” puede reducir los niveles de presión acústica en una unidad de cuidados neonatales. **Método:** Investigación transversal. La medición del nivel de presión sonora se realizó durante 15 días no consecutivos con un tiempo de evaluación de 30 minutos antes, 1 hora durante y 30 minutos después del “tiempo de silencio”. **Resultado:** Observamos una reducción de los niveles de presión sonora durante las horas de tiempo de silencio ( $p = 0.00$ ). Esta reducción se mantuvo en el período de los siguientes 30 minutos, con una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el período anterior al tiempo de sueño ( $p = 0,00$ ). **Conclusión:** el “tiempo de silencio es una herramienta capaz de reducir el nivel de presión acústica en una unidad de cuidados intensivos neonatales

**Descriptorios:** Ruido; Cuidado Intensivo Neonatal; Recién Nacido.

<sup>1</sup>Instituto Nacional em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira  
Autor correspondente: Adriana Duarte Rocha E-mail: rochachirol@gmail.com

Recebido: 27/09/2019

Aceito: 11/02/2020

## INTRODUÇÃO

Proporcionar um aumento na sobrevivência de neonatos tratados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal não é simples; portanto, é necessário utilizar recursos tecnológicos que garantam a melhor terapia e recuperação disponível em um curto período de tempo. No entanto, esses recursos podem produzir altos níveis de pressão sonora (NPS) e tornar o ambiente barulhento.

Segundo Lahav e Skoe<sup>(1)</sup>, a poluição sonora em unidades neonatais e a exposição excessiva a ruídos de alta frequência constituem um trauma para o sistema auditivo de um recém-nascido, principalmente de prematuros.

A Academia Americana de Pediatria defende que os níveis de ruído hospitalar não devem exceder 45dBA durante o dia e 35dBA durante a noite<sup>(2)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, no ambiente hospitalar, o Leq (nível de pressão equivalente) e o L<sub>Max</sub> (nível máximo de pressão sonora) estejam entre 30 e 40 dBA e que, durante o período noturno, entre cinco e dez por cento do nível de ruído na unidade<sup>(3)</sup>.

Alguns estudos, no entanto, mostram que os valores recomendados pelos padrões nacionais e internacionais são frequentemente excedidos, conforme relatado em estudos realizados em unidades neonatais utilizando decibelímetros e dosímetros<sup>(4-7)</sup>.

Na tentativa de minimizar os níveis de ruído nas unidades neonatais, alguns pesquisadores propuseram estratégias diferentes<sup>(8-10)</sup>.

Laubach et al.<sup>(11)</sup> propuseram uma mudança de cultura no comportamento da equipe, incluindo "tempo de silêncio". Inicialmente, os pesquisadores mediram os níveis de ruído da unidade, realizaram uma "pesquisa" com a equipe, implementaram as mudanças estruturais (transformaram a unidade em quartos individuais, entre outros) e o comportamento para posteriormente mensurar. Eles observaram que as mudanças resultaram em uma redução geral nos níveis de som.

O objetivo deste estudo foi verificar se o "horário do soninho" é capaz de reduzir os níveis de pressão sonora em uma unidade de cuidados neonatais.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um Hospital Federal do estado do Rio de Janeiro.

### Participantes da pesquisa

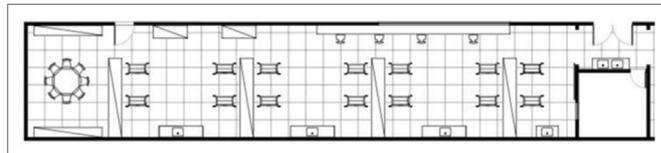
A amostra constou de 362 observações de níveis de pressão sonora, realizada em 15 dias não consecutivos.

### Local do estudo

A unidade de terapia intensiva neonatal, onde a pesquisa

foi realizada, possui 14 leitos divididos em cinco boxes. O grupo de 2 ou 4 incubadoras é separado por prateleiras de fórmica. A unidade possui uma área de 107,79 m<sup>2</sup>, de forma retangular, com uma altura de 2,80m. O piso é feito de material de alta resistência, paredes de concreto sem tratamento acústico, janelas de vidro com filme de controle solar que permanecem fechadas o tempo todo, possui portas automáticas de vidro, ambientes climatizados do tipo Split, armários de fórmica e pias localizadas próximo às incubadoras (Figura 1).

**Figura 1** - Planta baixa da Unidade Neonatal. Fonte: elaborado por José Carlos Seixas Filho.



### Coleta dos dados

O "horário do soninho" foi caracterizado por um período em que as luzes do setor foram desligadas, os cuidados e procedimentos eletivos realizados pela equipe multiprofissional foram agrupados e qualquer prática que pudesse levar ao ruído foi evitada.

Além disso, foi adicionado um pôster na entrada da unidade de terapia intensiva neonatal que sinalizava o momento em que o protocolo estava em vigor.

A medição do nível de pressão sonora foi realizada durante 15 dias não consecutivos, com um tempo de avaliação de 30 minutos antes, 1 hora durante e 30 minutos após o "tempo de silêncio"

Para medir o nível de pressão sonora, foi utilizado o equipamento SoundEar®, que é um dosímetro com visor que permite "feedback" com capacidade de coletar 256 valores de medição a cada cinco (5) minutos. A raiz quadrada de cada valor de medição é então calculada e dividido por 256. O valor médio é armazenado no SoundLog→ (que é uma pequena caixa que se acopla ao SoundEar→), que tem a capacidade de armazenar 8191 medições.

Os dados armazenados no SoundEar® foram exportados para o software específico (SoundLog v.1.3.4) e os níveis de pressão sonora resumidos graficamente usando gráficos de séries temporais foram tabulados em uma planilha do Epiinfo 7.0 e analisados pelo método estatístico descritivo, por meio do SPSS 14.0 programa.

### Procedimentos de análise dos dados

O banco de dados foi construído no ambiente Epi-Info, e todas as análises estatísticas foram realizadas no pacote estatístico SPSS, versão 14.0. Para testar a normalidade dos níveis de pressão sonora, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Com objetivo de verificar diferença entre os períodos antes, durante e após, o "horário do soninho" foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

## Procedimentos Éticos

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (parecer número 1.8279 / CAAE 43368315.2.0000.5269). Por ser o nível de pressão sonora o objeto do presente estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição dispensou o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

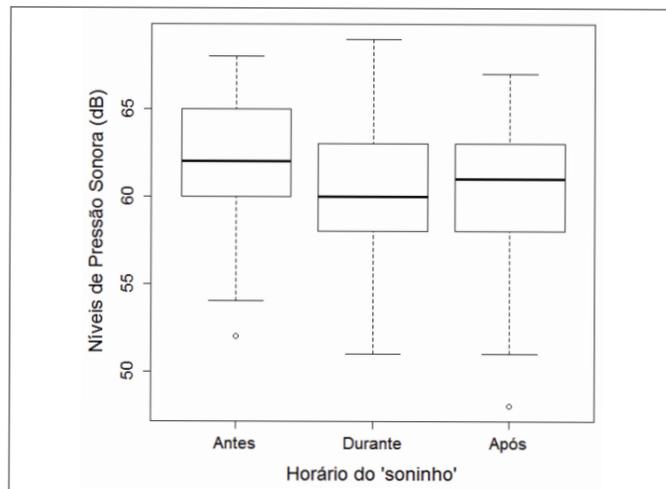
## Resultados

Um total de 362 observações foram feitas sobre os níveis de pressão sonora durante o período do estudo. Os níveis de pressão sonora foram medidos 30 minutos antes, 1 hora durante e 30 minutos após o "horário do soninho" (Figura 2).

O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para testar a normalidade dos níveis de pressão sonora e os dados não apresentaram distribuição normal. A mediana de decibéis no período de coleta 2 foi de 61,00 dBs.

O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para verificar se havia diferença entre os períodos e observamos que há diferença estatisticamente significativa entre eles ( $p < 0,05$ ).

**Figura 2** - Níveis de Pressão Sonora antes, durante e após o "horário do soninho".



Comparamos as diferenças nos níveis de pressão sonora entre os três períodos (teste de Mann-Whitney) e observamos uma redução nos níveis de pressão sonora durante o "horário do soninho" ( $p = 0,00$ ). Essa redução permaneceu no período dos 30 minutos subsequentes, com diferença estatisticamente significativa quando comparada ao período anterior ao "horário do soninho" ( $p = 0,00$ ).

Não houve correlação entre os níveis de pressão sonora e o número de lactentes hospitalizados ( $r = 0,04$ ; valor  $p = 0,44$ ).

Quando analisamos a correlação entre a gravidade dos recém-nascidos e os níveis de pressão sonora durante o sono, observamos que quanto maior o número de recém-nascidos mais graves internados, menor o nível de pressão sonora ( $r = -0,21$ ; valor de  $p < 0,01$ ). No entanto, essa é uma correlação fraca.

## DISCUSSÃO

Estudos mostram que, na maioria das vezes, os níveis de pressão sonora são bastante elevados nas unidades de terapia intensiva neonatal, o que não está de acordo com as recomendações nacionais e internacionais<sup>(6,12-14)</sup>.

Em estudo anterior do mesmo grupo de pesquisa, foi estabelecida a linha de base dos níveis de pressão sonora da UTIN. Havia 255 registros e a mediana desse período foi de 62,71 dB<sup>(15)</sup>. O presente estudo indicou um NPS com mediana de 61,00 dB durante o "horário do soninho". Isso mostra que, embora o "horário do soninho" tenha reduzido o NPS em 1,71 dB, em comparação com a linha de base determinada anteriormente nesta UTIN, os valores ainda estão bem acima do recomendado.

A redução de decibéis obtida com o "horário do soninho" neste estudo, embora ainda não seja satisfatória, proporcionou uma diminuição de cerca de 28,5% nos níveis de pressão sonora na escala logarítmica de medição de ruído em decibéis. Em estudo realizado por Santos et al, utilizando metodologia próxima a do nosso estudo, a redução obtida foi de 50%<sup>(16)</sup>.

Não houve correlação entre os níveis de pressão sonora e o número de lactentes hospitalizados, com oscilação significativa nessa variável. No entanto, observamos que os menores valores do nível de pressão sonora ocorreram no período em que houve lactentes mais graves hospitalizados.

Acredita-se que esse resultado esteja associado ao fato de os bebês mais graves exigirem mais da equipe, o que gera maior atenção aos alarmes emitidos pelo equipamento e consequente verificação deles. Além disso, como os bebês são intubados, ao usar sedativos, eles não têm atitudes geradoras de ruído, como o choro.

A literatura mostra que as fontes mais comuns de ruído vêm de equipamentos, conversas com funcionários, descuido ao abrir e fechar portas de unidades, manusear incubadoras, arrastar cadeiras e manusear armários, gavetas e tampas de lixo<sup>(17-19)</sup>.

Essas observações aumentam a importância de fazer ajustes na arquitetura e nos equipamentos da UTIN, porém, o mais indispensável é a implementação de programas de orientação contínua para os profissionais que trabalham neste setor, pois se a cultura do ruído permanecer inalterada, não haverá melhorias na unidade.

Ao longo da coleta de dados, percebeu-se que, inicialmente, houve alguma resistência por parte da equipe de enfermagem em aderir ao protocolo desenvolvido e em compreender os benefícios gerados para os bebês e para os próprios profissionais, mas durante a coleta esses trabalhadores assumiram uma nova postura em relação ao "horário do soninho", tendo atitudes positivas e contribuindo para a perpetuação do silêncio. Esse comportamento, resultado de automotivação, foi observado também no estudo de Swathi et al.<sup>(20)</sup> quando foi utilizado uma estratégia denominada "cultura do silêncio".

O resultado deste estudo mostra que é possível fazer

mudanças no ambiente, mesmo que seja uma transformação gradual e demorada, pois requer orientação permanente dos profissionais.

### Limitações do Estudo

A principal limitação do presente estudo foi o fato de a coleta ocorrer em 15 dias não consecutivos. Tal fato pode ter excluído da avaliação algum dia com maiores níveis de pressão sonora ou com níveis mínimos.

### Contribuições para a Prática

Apesar de ser um recorte do cenário local, no que diz respeito aos níveis de pressão sonora na unidade neonatal, este estudo demonstra que é possível realizar uma transformação no ambiente da Unidade Neonatal, utilizando uma estratégia simples, como o "horário do soninho".

### CONCLUSÃO

O "horário do soninho" é uma boa estratégia para reduzir os níveis de pressão sonora em uma unidade de terapia intensiva neonatal, mas por si só não é capaz de reduzir drasticamente os níveis de pressão sonora.

**Agradecimentos:** A José Carlos de Seixas Filho, por desenhar a planta baixa da Unidade Neonatal para o artigo.

**Contribuição dos autores:** Adriana Duarte Rocha: contribuiu com o delineamento do estudo, elaboração, revisão e aprovação final do manuscrito. Patrícia Miranda de Sá e Ana Carolina Carioca da Costa: contribuíram para a coleta e análise dos dados, elaboração, revisão e aprovação final do manuscrito. Danielle Bonotto Cabral Reis: contribuiu com a elaboração, revisão e aprovação final do manuscrito.

### REFERÊNCIAS

1. Lahav A, Skoe E. An acoustic gap between NICU and womb: a potential risk for compromised neuroplasticity of the auditory system preterm infants. *Front Neurosci.* 2014; 8: 381. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00381>
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health. Noise: a hazard for the fetus and newborn. *Pediatrics.* 1997; 100(4):724-7. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.100.4.724>
3. World Health Organization [WHO]. Guidelines for Community Noise. 1999. Available from: <http://www.who.int/docstore/peh/noise/guidelines2.html>. Access on: 2020 Feb 11.
4. Jordão KR, Pinto LAP, Costa LBVL, Trajano ETL. Possíveis fatores estressantes na unidade de terapia intensiva neonatal em hospital universitário. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2016; 28(3):310-314. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160041>.
5. Parra J, Suremain A, Audeoud FB, Ego A, Debillon T. Sound levels in a neonatal intensive care unit significantly exceeded recommendations, especially inside incubators. *Acta Paediatr.* 106(12):1909-14. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.13906>.
6. Santos J, Carvalhais C, Xavier A, Silva MV. Assessment and characterization of sound pressure levels in Portuguese neonatal intensive care units. *Archives of Environmental & Occupational Health.* 2018; 73(2):121-127. DOI: <https://doi.org/10.1080/19338244.2017.1304883>
7. Degorre C, Ghyselen L, Barcat L, Degrugilliers L, Kongolo G, Tourmeux P. Noise Level in the NICU: Impact of monitoring equipment. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4):404-9. *Arch Pediatr.* 2017; 24(2):100-106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.10.023>.
8. Calikusu Incekar M, Balci S. The effect of training on noise reduction in neonatal intensive care units. *J Spec Pediatr Nurs.* 2017; 22(3):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/jspn.12181>.
9. Ahamed MF, Campbell D, Horan S, Rosen O. Noise Reduction in the Neonatal Intensive Care Unit: A Quality Improvement Initiative. *Am J Med Qual.* 2018; 33(2):177-184. DOI: <https://doi.org/10.1177/1062860617711563>.
10. Chawla S, Barach P, Dwaihy M, Kamat D, Shankaran S, Panaitescu B, et al. A targeted noise reduction observational study for reducing noise in a neonatal intensive unit. *J Perinatol.* 2017;37(9):1060-1064. DOI: <https://doi.org/10.1038/jp.201793>.
11. Laubach V, Wilhelm P, Carter, K. Shhh... I'm growing: noise in the NICU. *Nurs Clin N Am.* 2014; 49:329-344. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.007>.
12. Santana LSR, Silva LS, Silva RR, Carvalho JE, Santana WS, Rossi-Barbosa LAR, Ruas EFG. Measurement of acoustic noise levels in a neonatal intensive care unit. *REME - Rev. Min. Enferm.* 2015; 19(2):27-3. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1003>. Access on: 2018 Dec 27.
13. Christensen M. Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study. *Nurs Crit Care.* 2007; 12(4):188-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17883600>. Access on: 2018 Dec 27.
14. Duarte ED, De Sena RR, Xavier CC. La vivencia de padres y profesionales en la unidad de terapia intensiva neonatal. *Cienc Enferm.* 2011; 17(2):77-86. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000200009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200009). Acceso en: 27 dez. 2018.
15. Salvador MS. Utilização da metodologia de análise e solução de problemas (MASP) na construção e implantação de um programa de redução de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. IBMEC- Production Engineering Course. Course Completion Paper [Monography]. 2019.
16. Santos BR, Orsi KCSC, Balieiro MMFG, Sato MH, Kakehashi TY, Pinheiro EM. Efeito do "horário do soninho" para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. *Esc Anna Nery.* 2015;19(1):102-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150014>.
17. Andrade KP, Oliveira LLA, Souza RP, Matos IM. Medida do nível de ruído hospitalar e seus efeitos em funcionários a partir do relato de queixas. *Rev. CEFAC.* 2016; 18(6):1379-1388. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201618619815>.
18. Jordão MM, Costa R, Santos SV, Locks MOH, Assuiti LFC, Lima MM. Ruidos na unidade neonatal: identificando o problema e propondo soluções. *Cogitare Enferm.* 2017; (22)4: e51137. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.51137>.
19. Daniele D, Pinheiro EM, Kakehashi TY, Balieiro MMFG. Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na unidade neonatal. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(5):1041-1048. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500002>.
20. Swathi S, Ramesh A, Nagapoornima M, Fernandes LM, Jisina C, Suman Rao PN et al. Sustaining a "culture of silence" in the neonatal intensive care unit during nonemergency situations: A grounded theory on ensuring adherence to behavioral modification to reduce noise levels. *Int J Qualitative Stud Health Well-being.* 2014; 9:22523. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.22523>.

# CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA “AVALIAÇÃO DA COMPREENSÃO DO PACIENTE SOBRE ORIENTAÇÕES DE ALTA”

Rednaj Jaure Bacury Souza Mota<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1680-8448>

Ana Claudia Giesbrecht Puggina<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8095-6560>

**Objetivo:** Construir e investigar as propriedades psicométricas de uma escala que avalia a compreensão do paciente sobre orientações de alta.

**Método:** Estudo metodológico quantitativo realizado com 72 pacientes e dois observadores. A validação foi obtida por meio da análise fatorial e correlação intra-classe. A consistência interna foi verificada pelo Alpha de Cronbach. **Resultados:** A escala foi construída em duas partes: a parte I (14 itens) refere-se a compreensão referida e é respondida pelo paciente, a parte II (8 itens) refere-se a compreensão percebida e é respondida por um observador. A consistência interna foi considerada excelente ( $\alpha=0.918$ ) na parte I e aceitável na parte II, tanto para observador 1 ( $\alpha=0.724$ ) quanto para o observador 2 ( $\alpha=0.749$ ). A reprodutibilidade inter-observador foi aceitável ( $r=0.824$ ). A análise fatorial da parte I determinou quatro fatores: (1) compreensão sobre medicamentos; (2) compreensão sobre tratamento e diagnóstico; (3) compreensão sobre restrição e (4) compreensão sobre retorno. **Conclusão:** A escala “Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta” foi considerada confiável e válida.

**Descritores:** Comunicação Não Verbal; Estudos de Validação; Alta do Paciente.

## CONSTRUCTION AND VALIDATION OF THE SCALE “ASSESSMENT OF PATIENT COMPREHENSION OF DISCHARGE INSTRUCTIONS”

**Objective:** To construct and evaluate the psychometric properties of a scale that assesses patient understanding of discharge guidelines.

**Method:** A quantitative methodological study involving 72 patients and two observers was conducted. Validation was obtained through factor analysis and intra-class correlation. Cronbach's alpha coefficient was used to measure internal consistency. **Results:** The scale consisted of two parts: part I (14 items) refers to the reported comprehension and is answered by the patient; part II (8 items) refers to the perceived comprehension and is answered by an observer. Internal consistency was excellent in part I ( $\alpha=0.918$ ) and acceptable in part II for both observer 1 ( $\alpha=0.724$ ) and observer 2 ( $\alpha=0.749$ ). Interobserver reproducibility was acceptable ( $r=0.824$ ). Factor analysis of part I determined four factors: 1) understanding of medications, 2) understanding of treatment and diagnosis; 3) understanding of restrictions, and 4) understanding of return.

**Conclusion:** The scale “Assessment of patient comprehension of discharge instructions” was considered reliable and valid.

**Descriptors:** Nonverbal Communication; Validation Studies; Patient discharge.

## CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA “EVALUACIÓN DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE SOBRE ORIENTACIONES DE ALTA”

**Objetivo:** Construir y investigar las propiedades psicométricas de una escala que evalúa la comprensión del paciente de las pautas de alta.

**Metodo:** estudio metodológico cuantitativo realizado con 72 pacientes y dos observadores. La validación se obtuvo mediante análisis factorial y correlación intra-clase. La consistencia interna fue verificada por el Alpha de Cronbach. **Resultados:** La escala fue construída en dos partes: la parte I (14 ítems) se refiere a la comprensión referida y es respondida por el paciente, la parte II (8 ítems) se refiere a la comprensión percibida y es respondida por un observador. La consistencia interna fue considerada excelente ( $\alpha=0.918$ ) en la parte I y aceptable en la parte II tanto para el observador 1 ( $\alpha=0.724$ ) como para el observador 2 ( $\alpha=0.749$ ). La reproductibilidad inter-observador fue aceptable ( $r=0.824$ ). El análisis factorial de la Parte I determinó cuatro factores: (1) la comprensión de los medicamentos; (2) comprensión sobre tratamiento y diagnóstico; (3) comprensión sobre restricción y (4) comprensión sobre retorno. **Conclusión:** La escala “Evaluación de la Comprensión del Paciente sobre Orientaciones de Alta” fue considerada confiable y válida.

**Descriptores:** Comunicación No Verbal; Estudios de Validación; Alta del Paciente.

<sup>1</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, AM

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina de Jundiaí, São Paulo, SP.

Autor correspondente: Ana Claudia Giesbrecht Puggina E-mail: [claudiapuggina@gmail.com](mailto:claudiapuggina@gmail.com)

Recebido: 11/10/2019

Aceito: 10/12/2019

## INTRODUÇÃO

Os problemas relacionados à segurança do paciente no ambiente hospitalar têm levado as organizações de saúde no mundo a investigar as causas, visando conscientizar os profissionais e propor medidas para reduzir os riscos de eventos adversos. Em 2000, o relatório *"To Err is Human: building a safer health system"* desperta a atenção das instituições de saúde sobre eventos adversos que poderiam ser evitados nos Estados Unidos da América<sup>(1)</sup>. Diante dos resultados alarmantes, o tema ganhou relevância e em 2004 foi criada uma Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que objetivou organizar os conceitos e definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e eventos adversos<sup>(2)</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 529 de 1º de Abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com intuito de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e define segurança do paciente como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>(3)</sup>. A partir de então foram traçadas ações para reduzir os riscos e difundiu-se o processo de acreditação em unidades de saúde, como por exemplo, em nível internacional a *Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations*<sup>(4)</sup>, que se baseia nas seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

Das seis metas elencadas, as instituições de saúde encontram dificuldades na comunicação segura como cultura a ser adotada para redução de eventos adversos relacionados à assistência. Comunicação efetiva pode melhorar o fluxo de informações e intervenções, aumentar a segurança, satisfação do paciente e diminuir o tempo de permanência hospitalar<sup>(4)</sup>.

A construção e aplicação de protocolos que visam a avaliação mais global das situações vivenciadas pelos profissionais, bem como programas de treinamento e educação adequados e eficazes, tornam a comunicação mais eficaz nas organizações de saúde, o que melhora a segurança e aumenta a satisfação do paciente. A crescente importância da satisfação do paciente e exigidas pelos credenciamentos estão causando uma mudança na forma como os hospitais avaliam e gerenciam suas organizações de saúde<sup>(5)</sup>.

Comunicação e segurança do paciente assumem particular importância em situações de transição do cuidado, como alta hospitalar. A alta hospitalar traz ao paciente, sentimentos ambíguos, tais como satisfação e medo. Satisfação pela recuperação e retorno para casa, e medo por sentir-se sem o suporte da equipe de saúde, ao considerar que a continuidade dos cuidados será realizada em domicílio<sup>(6)</sup>. A adequada

orientação ao paciente em alta hospitalar é necessária para prevenir, reduzir e detectar os riscos de eventos adversos<sup>(7)</sup>.

A relevância deste estudo está na originalidade da proposta de construção e validação de um instrumento que utiliza como indicador o processo de comunicação centrada na percepção do paciente. Ao considerar a necessidade de instrumentos para avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta, o presente estudo teve como objetivo construir e investigar as propriedades psicométricas da escala "Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta".

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico quantitativo constituído por duas partes: construção de instrumento para a avaliação da compreensão do paciente sobre as orientações de alta e validação deste instrumento.

### Participantes da pesquisa

O comitê de juizes foi composto por quatro enfermeiros, dois professores e dois leigos, totalizando oito participantes. O público alvo foi constituído por 20 pessoas: 10 pacientes e 10 enfermeiros.

O cálculo da amostra mínima para avaliação das propriedades psicométricas do instrumento foi obtido adotando o critério preconizado de cinco participantes por item da parte I escala elaborada<sup>(10)</sup> e foi estabelecido mínimo de 70 pacientes.

Os critérios de inclusão foram pacientes internados nas unidades de internação eleitas para o estudo, adultos com idade superior a 18 anos de ambos os sexos e escolaridade mínima completa, 5º ano do ensino fundamental. A escolaridade mínima foi proposta pelas próprias características do instrumento, por tratar-se de uma avaliação da compreensão por meio de um instrumento escrito e pela escolha dos autores de mensurar o tempo de preenchimento da escala pelo paciente como um indicador de compreensão ou possibilidade de dúvida. Foram excluídos pacientes com diagnóstico de síndrome demencial ou transtornos psiquiátricos.

Participaram da etapa de avaliação psicométrica do instrumento também dois observadores. Um dos observadores foi o pesquisador, o outro foi uma enfermeira capacitada na decodificação dos sinais não verbais e que não atuava no hospital selecionado. Os dois observadores responderam simultaneamente a parte II da escala (compreensão percebida) e avaliaram a frequência de sinais não-verbais dos pacientes enquanto os mesmos respondiam a parte I (compreensão referida).

### Local do estudo

O estudo foi realizado em unidades de internação de um hospital filantrópico de São Paulo.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a dezembro de 2015. O processo de construção e validação do instrumento baseou-se no modelo proposto por Pasquali<sup>(6)</sup>, composto por três etapas: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos e procedimentos analíticos.

Na fase de procedimentos teóricos, são descritas a construção, validação aparente e de conteúdo do instrumento. A finalidade da escala é mensurar o processo de comunicação profissional-paciente, por meio da compreensão do paciente às orientações de alta hospitalar, e proporcionar maior segurança para o paciente na alta hospitalar. Entende-se que ao receber a alta hospitalar o paciente compreenda o seu tratamento e tenha elucidado as dúvidas referidas ou percebidas. Ao considerar que as orientações de alta hospitalar podem ser realizadas durante o tratamento, em um processo contínuo, a escala não se limita a avaliação de um profissional em um momento específico. Sendo assim, tem-se como finalidade a avaliação de um processo de comunicação e não exatamente de uma relação interpessoal.

A escala foi construída pelos autores, em 2013, devido a necessidade da avaliação tanto da comunicação verbal (referida) quanto não verbal (percebida) no processo de compreensão dos pacientes nas interações com a equipe de saúde durante situações de alta hospitalar, ao reconhecer que a comunicação efetiva é tão importante para adesão ao tratamento e prevenção de iatrogenias.

A revisão inicial da literatura sobre o tema foi realizada na plataforma Pubmed (2013), com a sintaxe ("*Patient Discharge*" [Mesh] AND "*Validation Studies*" [Publication Type] AND *treatment information*), na qual identificou-se 51 artigos. Esses artigos mostraram que há instrumentos disponíveis para mensurar satisfação dos pacientes com os serviços hospitalares, identificar eventos adversos, complicações pós-alta, fatores de risco, necessidade de aprendizagem de pacientes e cuidadores, risco de readmissão precoce, percepção do paciente sobre fatores cotidianos que afetam o cuidado pós alta, avaliação do conteúdo das anotações e planejamento do processo de alta. No entanto, não foram identificados instrumentos para a avaliação da compreensão do paciente sobre as orientações de alta, mostrando a lacuna de conhecimento neste tema.

Os referenciais teóricos utilizados na construção da escala "Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta" foram o livro "Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde"<sup>(7)</sup> e o Programa Nacional

de Segurança do Paciente<sup>(3)</sup>. Os pressupostos teóricos eleitos para a construção da escala foram os sinais não-verbais que representam a compreensão ou a dúvida do paciente, e as informações necessárias e que devem ser compartilhadas na relação profissional-paciente no processo de alta hospitalar para assegurar a segurança do paciente neste processo.

A escala foi construída em duas partes: a parte I e II. A parte I refere-se à compreensão referida pelo paciente sobre as orientações de alta, foi respondida pelo paciente e possui 14 itens. Foi utilizada escala tipo *Likert* e os graus variados de concordância, neste estudo, foram os seguintes: 1- não recebi orientação, 2- discordo, 3- discordo parcialmente, 4- concordo parcialmente e 5- concordo.

A parte II refere-se à compreensão percebida em que os indicadores são os sinais não verbais do paciente. Foi respondida por um observador enfermeiro e continha oito itens. Foi utilizada também uma escala tipo *Likert* e os graus variados de frequência, neste estudo, foram: 1- nunca, 2- quase nunca, 3- às vezes, 4- quase sempre e 5- sempre.

Na parte II, o observador avalia a frequência de sinais não verbais do paciente durante o preenchimento da primeira parte do instrumento, bem como, controla o tempo de preenchimento da parte I. A parte II contém pictogramas, símbolos que representam um objeto ou um conceito por meio de desenhos figurativos, para facilitar a identificação dos sinais não verbais. Outro indicador utilizado foi a identificação do item em que o paciente teve maior hesitação em responder. Após a observação de hesitação, o profissional teve a oportunidade de identificar as possíveis dúvidas e registrar o que deve ser orientado novamente.

A escala tem quatro itens negativos (Q16, Q17, Q19 e Q21) que requerem codificação reversa antes do cálculo do escore. Após a recodificação destes itens, o cálculo do escore de cada fator e de cada parte do instrumento é obtido por uma somatória simples. Por fim, o escore final de cada fator (são 4 fatores) e de cada parte do instrumento (parte I e II) é obtido pelo re-escalamento de 0 a 100 para torná-los comparáveis. Sendo assim, quanto maior o escore, melhor é a compreensão do paciente em relação ao seu tratamento e alta.

Na fase dos procedimentos teóricos, os juizes foram convidados por e-mail, receberam pessoalmente o questionário após agendamento e foram orientados a verificar a equivalência semântica, conceitual e objetividade dos itens.

O questionário aplicado aos juizes possibilita concordar ou discordar de cada uma das partes que compõe a escala (título, objetivos, instruções gerais, instruções para o preenchimento da parte I, itens da parte I, respostas psicométricas tipo *Likert* da parte I, instruções para o preenchimento da parte II, itens da parte II, respostas psicométricas tipo *Likert* da parte

II, pictogramas ilustrativos). Foram questionados também em relação a alguma dificuldade de compreensão em algum item da escala, se tiveram que ler mais de uma vez algum item e se recomendariam a exclusão de algum item. Em caso de resposta afirmativa, eles precisam descrever a sugestão. O nível de concordância considerado como aceitável para os itens analisados foi de 80% e baseou-se no Índice de Validade de Conteúdo<sup>(6-9)</sup>.

Ainda na fase dos procedimentos teóricos, o instrumento foi aplicado no público alvo por conveniência. A escala foi aplicada de forma individual para que cada participante relatasse suas dificuldades e facilidades no seu preenchimento, e sugerisse modificações na redação dos itens, caso necessário. Por fim, foi realizada uma revisão do processo de validação de conteúdo e os pesquisadores procederam adequações necessárias elaborando a versão para fase de procedimentos empíricos.

Na fase dos procedimentos empíricos, os pacientes foram abordados no quarto/enfermaria onde se estavam internados enquanto o acompanhante foi entregar a documentação referente à alta no setor de internação para registro da saída do hospital. Isso levava em torno de 10 minutos e permitiu a realização da pesquisa sem transtornos para o paciente. Após o convite para participar do estudo, para aqueles que concordaram, foi solicitado sentar-se na poltrona situada dentro do quarto e oferecida uma prancheta com a escala para responder os itens sobre a caracterização da amostra e a parte I da escala.

Os pacientes receberam instruções de marcar a resposta que melhor reflete a sua compreensão das orientações de alta durante toda sua internação e assinalasse somente uma alternativa em cada item. Também foi solicitado não deixar nenhum item em branco e não conversar com os observadores durante o preenchimento. As dúvidas deveriam ser esclarecidas após o preenchimento, para assegurar a acurácia das informações. O paciente foi instruído que "não ter medicação", "não ter restrição física ou alimentar" ou "não ter cuidados especiais e/ou procedimentos" são consideradas orientações. Além disso, os pacientes tinham a oportunidade de redigir por extenso outras dúvidas em relação às orientações de alta.

Os observadores leram atentamente os itens antes de preencher a parte II da escala e mantiveram uma distância mínima de aproximadamente 2 passos largos do paciente, em uma posição que possibilitasse a visualização da face do paciente e foram orientados a não fixar o olhar na face do paciente por um tempo prolongado. Essa recomendação teve como finalidade diminuir a probabilidade do paciente sentir-se invadido no espaço pessoal, além de permitir a identificação por parte do observador a compreensão

percebida do item em que o paciente teve maior hesitação em responder.

Também receberam outras orientações, tais como, o profissional que realizou a última orientação não deveria ser o mesmo que fosse realizar a observação para evitar o viés de constrangimento do paciente em assumir que não compreendeu as orientações imediatas. Ao identificar incompreensão referida ou percebida, o profissional deveria, por uma questão ética, esclarecer as dúvidas do paciente. O observador avaliou a frequência de sinais não verbais do paciente durante o preenchimento da parte II do instrumento, bem como, controlou o tempo de preenchimento da parte I.

### Procedimentos de análise dos dados

Na fase dos procedimentos analíticos, os dados foram analisados por meio da análise descritiva e inferencial com o uso do *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 20.0. Para as variáveis categóricas, foram apresentadas as frequências absolutas e relativas, e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão). As associações lineares entre duas variáveis numéricas foram avaliadas por Correlação de Pearson.

Para fins estatísticos, as respostas ao item "Não recebeu orientação" foram desconsideradas apenas da análise do processo de validação, pois a finalidade do instrumento é avaliar a compreensão sobre as orientações de alta; entretanto essa resposta não deve ser excluída na aplicação do instrumento, pois representa um item sem orientação, ou seja, um dado de pesquisa.

Procedeu-se à avaliação da dimensionalidade utilizando-se a análise fatorial pelo método por componentes principais e rotação ortogonal VARIMAX. A concordância inter-observadores do escore total foi avaliada via correlação intraclass. Para todos os testes estatísticos foram adotados um nível de significância de 5%. Em seguida, foram calculados os coeficientes Alpha de Cronbach para se avaliar a consistência interna dos itens que compunham cada fator. De acordo com George e Mallery<sup>(11)</sup>, Alpha de Cronbach acima de 0,9 é considerado excelente; de 0,8 a 0,9 bom; de 0,7 a 0,8 aceitável; de 0,5 a 0,7 pobre; e abaixo de 0,5 inaceitável.

### Procedimentos éticos

A realização desta pesquisa atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos: Declaração de Helsink<sup>(12)</sup> e Resolução Nacional 466/2012<sup>(13)</sup>, foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição co-participante (número de parecer 1.001.679) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Em relação à avaliação dos juízes, os resultados mostraram que houve avaliação positiva da escala, bem como a relevância da construção deste instrumento de medida. Foi necessária apenas uma rodada de validação para atingir o índice de concordância. Dentre sugestões propostas, apenas uma não foi acatada pelos autores e foi incluído um item na parte I da escala, denominado "Compreendi cuidados especiais e/ou procedimentos que devo realizar após minha alta (ex.: curativo, sonda nasointestinal, sonda vesical de demora, oxigenioterapia...". No item "Compreendi os horários diários (ex.: 6h, 14h, 22h) e os intervalos (ex.: 4/4h, 8/8h, 12h/12h) em que devo tomar cada uma das minhas medicações", foram suprimidas as informações entre parênteses e uma palavra foi substituída nas instruções da parte I da escala, "não interaja" por "não converse".

Um dos juízes sugeriu a troca da escala tipo *Likert* de concordância para uma tipo *Likert* de frequência, que contemplassem as respostas: não recebi orientação, recebi pouca orientação, recebi as orientações necessárias, estou plenamente orientado e satisfeito para a alta. Essa sugestão não foi atendida, pois o objetivo da escala é avaliar a compreensão e não a frequência de orientação. Os resultados do pré-teste com o público alvo mostraram que os itens da escala estavam adequados e não houve sugestões para alterações.

Para obtenção do perfil psicométrico, a escala "Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta" foi aplicada em uma amostra de 72 pacientes e dois observadores. A média de idade dos pacientes foi de 43,1 anos ( $\pm 12,6$ ), tempo médio de internação médio 10,7 dias ( $\pm 5,7$ ), a maior parte dos diagnósticos médicos referia-se ao sistema cardiovascular (n=15; 20,8%), seguido do sistema digestório (n=14; 19,4%) e a maioria dos pacientes recebeu a última orientação por enfermeiros (n=52; 72,2%).

Os resultados mostraram que houve participação similar de homens e mulheres ( $p=0,480$  – Teste de Qui-Quadrado), sendo 54,2% do sexo masculino e 45,8% do feminino. A maioria é natural do estado de São Paulo (n=48; 66,7%), metade dos pacientes eram católicos (n=36; 50%) e a maior frequência foi de pacientes casados (n=34; 47,2%) e que possuíam até o ensino fundamental 2 completo (n=31; 43,1%).

A análise fatorial da parte I resultou em quatro fatores que explicam 77,9% da variância total dos dados. A escolha deste número de fatores deu-se a partir do número de autovalores da matriz de correlação maiores do que um. Um autovalor pequeno sugere uma pequena contribuição do fator na explicação na variação das variáveis originais. Os resultados da análise fatorial foram interpretados por meio das "cargas fatoriais" em que cada uma representa a medida de correlação entre o fator derivado da análise e os itens originais (Tabela 1).

A análise fatorial permite a decomposição da variância de cada item em duas partes: parte comum e parte específica. A parcela da variância comum ocorre devido a fatores comuns e é denominada de comunalidade. Dessa forma, itens cuja variância devido a fatores comuns for inferior a 50% devem ser excluídos por estarem pouco representados na análise fatorial, o que não aconteceu com nenhum item da escala<sup>(10)</sup> (Tabela 1).

O fator 1 foi nomeado "compreensão sobre medicamentos" e é formado por quatro itens (Q.3, Q.4, Q.5 e Q.6). O fator 2, nomeado "compreensão sobre tratamento e diagnóstico", é composto por cinco itens (Q.1, Q.2, Q.12, Q.13 e Q.14). O Fator 3 foi nomeado "compreensão sobre restrição" e é formado por três itens (Q.9, Q.10 e Q.11). O último fator, o fator 4, foi nomeado "compreensão sobre retorno" e é formado apenas por dois itens (Q.7 e Q.8). Valores altos obtidos nestes fatores, apontam concordância em relação aos itens (Tabela 1).

**Tabela 1** - Cargas fatoriais rotacionadas pela transformação VARIMAX e comunalidades dos itens da parte I da escala "Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta". São Paulo, SP, 2015.

	Fatores				Comunalidades
	1	2	3	4	
Q.5 Compreendi até quando devo tomar ou aplicar cada uma das minhas medicações.	0,885	0,206	0,158	0,095	0,860
Q.4 Compreendi os horários diários e os intervalos em que devo tomar cada uma das minhas medicações.	0,857	0,332	0,199	0,000	0,884
Q.3 Compreendi quantas medicações precisarei tomar ou aplicar.	0,839	0,377	0,142	0,111	0,879
Q.6 Compreendi para que serve cada uma das minhas medicações, ou seja, o benefício de tomar cada uma delas.	0,776	0,209	0,191	0,184	0,716

Q.13 Compreendi as orientações sobre o meu tratamento.	0,177	0,758	0,247	0,106	0,678
Q.2 Saberei explicar para os outros o meu problema de saúde.	0,376	0,754	0,165	0,092	0,745
Q.14 Fui esclarecido em minhas dúvidas	0,235	0,741	0,261	0,128	0,688
Q.1 Compreendi o meu diagnóstico médico.	0,394	0,728	0,136	0,149	0,726
Q.12 Compreendi o período total do meu tratamento, ou seja, até quando devo seguir as orientações dadas.	0,197	0,719	0,387	0,101	0,717
Q.10 Compreendi a necessidade de restrição ou estímulo à atividade física no meu tratamento.	0,116	0,231	0,854	0,176	0,827
Q.11 Compreendi cuidados especiais e/ou procedimentos que devo realizar após minha alta	0,238	0,242	0,828	0,015	0,802
Q.9 Compreendi cuidados que devo ter com a minha alimentação diária.	0,213	0,338	0,803	0,036	0,806
Q.7 Compreendi se é preciso e quando deve ser o meu retorno para acompanhamento.	0,097	0,140	-0,078	0,887	0,823
Q.8 Compreendi quais os sinais de piora da minha doença, ou seja, quando devo procurar um serviço de emergência.	0,143	0,146	0,320	0,783	0,757
Autovalores	3,39	3,34	2,61	1,56	
Alpha de Cronbach	0,919	0,868	0,884	0,650	

N=70. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) verificou a adequação amostral para a análise (KMO=0,779). O teste de esfericidade de Bartlett [Qui-quadrado (91) = 762,66, (p<0,001)], indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. Nenhum autovalor foi menor que 1, portanto nenhum fator deve ser excluído. Fonte: elaboração própria com base nos dados obtidos no estudo.

Verificou-se consistência interna excelente quanto ao fator "compreensão sobre medicamentos" ( $\alpha=0,919$ ) e boa relacionada aos fatores "compreensão sobre tratamento e diagnóstico" ( $\alpha=0,868$ ), e "compreensão sobre restrição" ( $\alpha=0,884$ ). Exceto o fator referente à "compreensão sobre retorno" ( $\alpha=0,650$ ) apresentou moderada consistência interna. O valor de Alpha de Cronbach global para a parte I da escala foi considerada excelente ( $\alpha=0,918$ ).

Para a parte II da escala, procedeu-se a análise fatorial pelo método por componentes principais e rotação ortogonal VARIMAX, entretanto estabeleceu-se uma fraca interdependência entre as variáveis, não sendo possível identificar fatores com um grau razoável de interpretação. Portanto, optou-se pelo uso da parte II como um fator único.

Na parte II, verificou-se consistências internas aceitáveis, tanto para observador 1 ( $\alpha=0,724$ ) quanto para o observador 2 ( $\alpha=0,749$ ). Nota-se ainda que, apesar dos itens Q.17 e Q.22 apresentarem correlações item-total valores inferiores a 0,30 (correlação fraca), a exclusão desses itens acarreta uma pequena elevação na consistência interna. Por isso, nenhum item é sugestivo de eliminação (Tabela 2).

**Tabela 2** - Correlação de cada item com o escore total do instrumento, Alpha de Cronbach global se o item for excluído na parte II da escala "Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta". São Paulo, SP, 2015.

Itens	Correlação Item - total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
<b>Observador 1 (Alpha de Cronbach global = 0.724)</b>		
Q.15 Expressão facial sorridente, mostrando satisfação ou compreensão.	0,356	0,707
Q.16 Expressão facial de dúvida, sobrancelhas franzidas ou boca cerrada.	0,499	0,681
Q.17 Pára para pensar na resposta, olhando para cima ou direcionando o olhar para alguma direção.	0,183	0,745
Q.18 Meneio positivo com a cabeça, ou seja, dar sim com a cabeça.	0,433	0,692
Q.19 Meneio negativo com a cabeça, ou seja, dar não com a cabeça.	0,406	0,698
Q.20 Postura relaxada, mas atenta.	0,623	0,649

Q.21 Postura rígida, tensa ou mostrando preocupação.	0,537	0,668
Q.22 Responde prontamente os itens.	0,315	0,715
<b>Observador 2 (Alpha de Cronbach global = 0.749)</b>		
Q.15 Expressão facial sorridente, mostrando satisfação ou compreensão.	0,364	0,738
Q.16 Expressão facial de dúvida, sobrancelhas franzidas ou boca cerrada.	0,467	0,721
Q.17 Pára para pensar na resposta, olhando para cima ou direcionando o olhar para alguma direção.	0,417	0,728
Q.18 Meneio positivo com a cabeça, ou seja, dar sim com a cabeça.	0,519	0,708
Q.19 Meneio negativo com a cabeça, ou seja, dar não com a cabeça.	0,397	0,732
Q.20 Postura relaxada, mas atenta.	0,653	0,682
Q.21 Postura rígida, tensa ou mostrando preocupação.	0,573	0,696
Q.22 Responde prontamente os itens.	0,200	0,769

N=72. Os itens Q.16, Q.17, Q.19 e Q.21 tem codificação reversa.

A concordância entre os observadores na parte II do instrumento obteve um coeficiente de correlação Intra-classe = 0,824 (IC95%: 0,734-0,886) e apontou uma boa reprodutibilidade inter-observador. Corroborando com esse resultado, verificou-se uma forte correlação ( $r = 0,826$ ,  $p < 0,001$  - Correlação de Pearson) entre os escores da parte II pontuados pelos observadores 1 e 2.

Tanto para o escore do paciente como do observador, o escore bruto foi obtido via soma das pontuações atribuídas aos itens. Em seguida, para tornar todos os escores comparáveis, os escores brutos foram reescalados de tal forma que variam de 0 a 100 pontos (Tabela 3).

**Tabela 3** - Medidas-resumo dos escores da escala "Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta". São Paulo, SP, 2015.

Escore	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	N
<b>Parte I - paciente</b>						
Total	77,4	19,2	23,8	100,0	79,8	70
Compreensão sobre medicamentos	71,4	26,9	0,0	100,0	75,0	72
Compreensão sobre tratamento e diagnóstico	83,4	20,2	20,0	100,0	93,3	71
Compreensão sobre restrição	69,0	29,9	0,0	100,0	77,8	71
Compreensão sobre retorno	87,6	17,8	33,3	100,0	100,0	71
<b>Parte II - observador</b>						
Total	61,3	18,2	28,1	90,6	64,1	72

Foram comparadas as percepções sobre compreensão da orientação de alta dos pacientes (total parte I) e dos observadores (total parte II), e observou-se uma correlação positiva entre os dois escores de compreensão ( $r = 0,439$ ,  $p < 0,001$ ), entretanto fraca. Sendo assim, quanto maior a percepção de compreensão sobre orientação de alta referida pelos pacientes, mais os observadores, perceberam essa compreensão pela decodificação dos sinais não verbais.

Também, verificaram-se correlações fracas positivas entre os escores totais dos observadores (parte II) e os fatores "compreensão sobre medicação" ( $r = 0,428$ ,  $p < 0,001$ ), "compreensão sobre tratamento e diagnóstico" ( $r = 0,421$ ,  $p < 0,001$ ) e "compreensão sobre retorno" ( $r = 0,254$ ,  $p = 0,032$ ). Não se verificou correlação significativa entre o escore total do observador (parte II) e o fator "compreensão sobre restrição" ( $r = 0,226$ ,  $p = 0,058$ ).

Essas correlações estatisticamente significativas entre os sinais não verbais percebidos nos pacientes pelos observadores e a compreensão referida em relação a medicação, tratamento/diagnóstico e as condições de retorno, reforçam a necessidade de os profissionais ficarem atentos para além da comunicação verbal dos pacientes, ou seja, os sinais não verbais são indicadores também seguros nas relações interpessoais.

O tempo médio de preenchimento da parte I da escala pelos pacientes foi de 5,9 ( $\pm 1,9$ ) minutos e o item percebido pelo observador com maior hesitação de resposta foi o Q.6 "Compreendi para que serve cada uma das minhas medicações, ou seja, o benefício de tomar cada uma delas", o que reforça falta de informação sobre os medicamentos.

## DISCUSSÃO

Considerar o processo de comunicação na sua totalidade aumenta as chances do profissional ser mais assertivo. Do processo de interação interpessoal, apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras<sup>(7)</sup>, ou seja, a valorização das palavras, por si só, é insuficiente para interpretar a compreensão do paciente. Entretanto, a correta decodificação e interpretação da comunicação não verbal requerem capacitação, adaptação e atenção constante, pois sinais não verbais são emitidos ao mesmo tempo da fala<sup>(14)</sup>.

Confirmar o entendimento dos pacientes sobre o tratamento e diagnóstico é essencial para segurança. Validar a compreensão das orientações dadas é uma forma de identificar a necessidade de reorientação das ações educativas e planejamento dos cuidados<sup>(15)</sup>.

A falta de compreensão sobre para que servem as medicações e o benefício de tomá-las é séria e pode interferir na adesão do paciente ao tratamento e na sua segurança. Estudos mostram que pacientes, em geral, apresentam baixos níveis de conhecimento sobre seu tratamento, especialmente sobre medicamentos e, conseqüentemente baixa adesão ao tratamento<sup>(16-20)</sup>. Outro estudo apontou que dois terços das informações prestadas pelos profissionais de saúde são esquecidas imediatamente e 50% das informação que parece ter sido memorizada é recordada de forma errada pelos pacientes<sup>(21)</sup>.

Promover a compreensão do paciente sobre sua condição de saúde-doença e/ou tratamento exige que o profissional de saúde ressignifique o cuidar nas diferentes propositivas técnicas e políticas para a ampliação das práticas seguras. Além disso, é importante o profissional se capacitar cientificamente e comprometer-se eticamente com ações sistêmicas de avaliação e prevenção, para com isso viabilizar a redução de desfechos indesejados e analisar, criteriosamente, o impacto das práticas seguras sobre a qualidade do cuidado<sup>(22)</sup>.

### Limitações do estudo

Uma limitação encontrada no estudo, refere-se à exclusão dos indivíduos analfabetos ou com baixa escolaridade. Por outro lado, a inclusão desses indivíduos no presente estudo poderia trazer o risco em relação a respostas imprecisas e pouco confiáveis, devido às características do instrumento que exigem leitura e compreensão. Portanto, estudos futuros são necessários para avaliação da validade deste instrumento em pacientes analfabetos ou com baixa escolaridade.

### Contribuição do estudo para a prática

Este estudo contribui para a prática de pesquisadores e

profissionais da área de saúde na melhoria da comunicação e segurança do paciente no processo de alta hospitalar. Acredita-se que a construção e a validação de um instrumento baseado na avaliação das compreensões referidas e percebidas sobre as orientações de alta poderá aprimorar as estratégias e intervenções durante esse processo.

### CONCLUSÃO

A escala "Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta" é um instrumento confiável e válido para avaliar as orientações dadas por profissionais de saúde aos pacientes sobre o seu tratamento pós-alta. Correlações existentes entre os sinais não verbais e a compreensão referida reforçam a importância e necessidade do uso da parte II da escala. A parte I (compreensão referida) e a parte II (compreensão percebida) são complementares e devem ser utilizadas como um instrumento único.

**Contribuição dos autores:** Rednaj Jaure Bacury Souza Mota: coleta de dado, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final. Ana Claudia Puggina: concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

### REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine: National Academy Press; 2000.
2. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Swi): World Health Organization; 2010.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 01 abr 2013;Seção 1.
4. Joint Commission International. Joint commission international accreditation standards for hospitals. 6th ed. Estados Unidos: Joint Commission Resources; 2017.
5. Burgener AM. Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. Health Care Manag (Frederick) [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 23];36(3):238-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/HCM.0000000000000165>
6. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 [cited 2016 Mai 16];20(3):345-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300017>
7. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9ª ed. São Paulo: Loyola; 2013.
8. Pasquali L. Psicometria - Teoria dos testes na psicologia e educação. 5ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.
9. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. Int J Nurs Stud [Internet]. 2003 [cited 2019 Nov 23]; 40(6):619-25. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1)
10. Hair JF Jr, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
11. George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 23 step by step: A simple guide and reference. 14th ed. New York: Routledge; 2016.
12. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64.a Asamblea General de la AMM; 2013 [cited 2019 Mar 14]. Available from: <https://goo.gl/hvf7l1>
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. [cited 2019 Mar 14]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
14. Knapp ML, Hall JA, Horgan, TG. Nonverbal communication in human interaction. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2013.
15. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 16];37(Suppl 1):S144-S153. Available from: <https://doi.org/10.2337/dcl2-1707>
16. Sgnaolin V, Figueiredo AEPL. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. J Bras Nefrol [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 20];34(2):109-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002012000200002>
18. Chan FW, Wong FY, So WY, Kung K, Wong CK. How much do elders with chronic conditions know about their medications? BMC Geriatrics [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 22];13:59. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-59>
19. Martins K, Macedo-Costa KN, Oliveira DS, Valdevino S, Rezende LC, Costa T. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 01];7(1). 1756-1764. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764>
20. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 03];30(1):126-136. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00092613>
21. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. Rev Saúde Públ [Internet]. 2016 [cited 2016 Abr 16];50(Suppl 2):10s. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>
22. Sathvik BS, Mangasuli S, Narahari MG, Gurudev KC, Parthasarathi G. Medication knowledge of hemodialysis patients and influence of clinical pharmacist provided education on their education. Indian J Pharm Sci [Internet]. 2007 [cited 2016 May 16];62(2):232-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0250-474X.33149>
23. Vargas MA, Luz AMH. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. Enferm foco [Internet]. 2010 [cited 2019 Nov 23];1(1):23-7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5>

# CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA DE MACEIÓ-AL

Aryanna Vanessa Gomes Timóteo<sup>1</sup>

John Victor dos Santos Silva<sup>1</sup>

Larissa Karolline Gonçalves Gomes<sup>1</sup>

Ahyas Sydley Santos Alves<sup>1</sup>

Vivian Mayara da Silva Barbosa<sup>2</sup>

Thyara Maia Brandão<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8078-8202>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4671-102X>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3436-5078>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7103-8389>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2838-7396>

ORCID: <http://orcid-org/0000-0003-4630-6956>

**Objetivo:** caracterizar o trabalho e as ações desenvolvidas pelas equipes do consultório na rua de Maceió-AL. **Métodos:** estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 13 profissionais que compõem as equipes do Consultório na Rua de Maceió-AL. Foi realizada entrevista semiestruturada, com registro em diário de campo e gravação de áudio, no período de outubro a dezembro de 2018. O material produzido foi transcrito e analisado através da Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática, proposta por Bardin. **Resultados:** Através das falas dos profissionais, foram encontradas as temáticas “Caracterizando o trabalho” e “Limitações e desafios do trabalho”. **Conclusão:** é necessário um trabalho diferenciado para a população em situação de rua, diminuição do preconceito e descriminalização desse público, além de maior investimento para garantir a manutenção e condições adequadas para a assistência das pessoas em situação de rua.

**Descritores:** Serviços de Saúde; Trabalho; Pessoas em Situação de Rua.

## CHARACTERIZATION OF WORK AND ACTIONS DEVELOPED BY CONSULTING TEAMS IN STREET

**Objective:** to characterize the work and the actions developed by the office teams in the street of Maceió-AL. **Methods:** exploratory study with a qualitative approach, conducted with 13 professionals who compose the teams in the office in Rua de Maceió-AL. A semi-structured interview with field diary and audio recording was conducted in October and December 2018. The material produced was transcribed and analyzed through Content Analysis in the Thematic Analysis mode, proposed by Bardin. **Results:** Through the speeches of the professionals, the themes “Characterizing the work” and “Limitations and challenges of the work” were found. **Conclusion:** differentiated work is required for the homeless population, less prejudice and decriminalization of this public, as well as greater investment to ensure the maintenance and adequate conditions for the care of homeless people.

**Descriptors:** Health services; Job; People in Street Situation.

## CARACTERIZACIÓN DE TRABAJOS Y ACCIONES DESARROLLADAS POR EQUIPOS CONSULTORES EN RUA

**Objetivo:** caracterizar el trabajo y las acciones desarrolladas por los equipos de oficina en la calle de Maceió-AL. **Métodos:** estudio exploratorio con enfoque cualitativo, realizado con 13 profesionales que componen los equipos de la oficina en Rua de Maceió-AL. En octubre y diciembre de 2018 se realizó una entrevista semiestruturada con diario de campo y grabación de audio. El material producido se transcribió y analizó a través del Análisis de contenido en el modo Análisis temático, propuesto por Bardin. **Resultados:** a través de los discursos de los profesionales, se encontraron los temas “Caracterización del trabajo” y “Limitaciones y desafíos del trabajo”. **Conclusión:** Se requiere un trabajo diferenciado para la población sin hogar, menos prejuicios y despenalización de este público, así como una mayor inversión para garantizar el mantenimiento y las condiciones adecuadas para el cuidado de las personas sin hogar.

**Descritores:** Servicios de salud; Trabajo; Personas en situación de calle.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), AL

<sup>2</sup>Universidade Federal de Alagoas (UFAL), AL

Autor correspondente: John Victor dos Santos Silva E-mail: [john.setedejulho@gmail.com](mailto:john.setedejulho@gmail.com)

Recebido: 14/10/2019

Aceito: 11/02/2020

## INTRODUÇÃO

O Consultório na Rua (CnaR) é um dispositivo de produção de saúde, que vai além da forma tradicional de consultório que atende com estrutura física fechada. Sua dinâmica de trabalho se dá por meio da busca ativa a pessoas em situação de rua em diversos locais da cidade, valorizando o acolhimento e criação de vínculos, de forma a suprir as necessidades trazidas desses indivíduos, sem julgamentos ou padrões sociais, garantindo-lhes o direito à saúde preconizada em constituição.<sup>(1)</sup>

Essa estratégia pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituída no âmbito da Atenção Básica através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e é responsável pela assistência integral em saúde da população em situação de rua ou pessoas com características semelhantes na comunidade ou território. Suas atividades e ações são realizadas na rua e articuladas com os demais serviços de saúde, como Unidade Básica de Saúde (UBS), serviços hospitalares, de Urgência e Emergência, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Centros de Saúde, entre outros, através de uma equipe qualificada e preparada para as demandas dessa população.<sup>(2)</sup>

As Equipes do Consultório na Rua (eCR) são de composição multiprofissional para suprir as demandas e necessidades das pessoas que vivem em situação de rua, através de suas atividades desempenhadas de forma itinerante e utilizando, sempre que necessário, as instalações da UBS do território que a equipe estiver atuando, articulando a assistência com toda a Rede de Atenção à Saúde.<sup>(3)</sup>

As equipes podem conter profissionais de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educação física, odontologia, medicina, além dos profissionais de nível técnico e médio, a depender da modalidade. Existem três modalidades de equipes: Modalidade I, composta por 4 profissionais, dois de nível superior e dois de nível médio; Modalidade II, composta com 6 profissionais, três de nível superior e três de nível médio; e a Modalidade III, composta por 7 profissionais, quatro de nível superior sendo um médio e três do nível médio. Essas equipes multiprofissionais e multidisciplinares são importantes para que se possa assegurar uma assistência integral e completa.<sup>(4)</sup>

Na cidade de Maceió, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, existem cerca de cinquenta profissionais que atuam no consultório na rua, divididos em seis grupos compostos por uma equipe multidisciplinar, atendendo em diferentes bairros da cidade, nos três turnos do dia. Embora as equipes realizem atividades semelhantes em todo o território brasileiro, cada município possui realidade e características culturais, econômicas e políticas distintas, fazendo com que a assistência tenha suas particularidades.<sup>(5)</sup>

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió-AL.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Estes estudos tem a finalidade de se aproximar do

objeto da forma como ele se apresenta e conhecê-lo dentro da sua realidade, baseado na sua própria perspectiva. Por sua vez, esta abordagem vem sendo muito utilizada nas pesquisas de saúde, pois permite conhecer as subjetividades dos indivíduos, dando significado para suas percepções, emoções e sentimentos, através das experiências de vida.<sup>(6)</sup>

### Participantes da pesquisa

Participam do estudo 13 profissionais de nível superior, técnico e médio que atuam no consultório na Rua de Maceió-AL. Os participantes foram escolhidos por conveniência, seguindo os critérios de amostragem em pesquisa qualitativa que não se preocupa com o quantitativo dos sujeitos, mas com a contribuição de cada um para o estudo. Para o número final de participantes, foi utilizado o critério de saturação, que é a interrupção da inclusão de novos indivíduos participantes quando os dados da pesquisa passam a ser repetitivos, segundo a avaliação do pesquisador.<sup>(7)</sup>

### Cenário do estudo

Os pesquisadores entraram em contato com a coordenação do Consultório na Rua de Maceió, onde foram solicitados os contatos dos líderes de cada uma das equipes. Cada líder foi contatado por meio eletrônico e de forma individualizada, agendando com cada equipe a data, local e hora para a realização das entrevistas. Os participantes foram recrutados nas unidades de saúde de apoio para cada equipe em bairros e horários distintos, durante o período do trabalho.

### Coleta de dados

Foi realizada pesquisa de campo com uso de entrevista semiestruturada, com questionário elaborado pelos pesquisadores, contendo 15 perguntas relacionadas ao objeto de pesquisa. Foi utilizado o diário de campo para anotações e realização da gravação da entrevista em áudio, após permissão registrada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta ocorreu de outubro a dezembro de 2018.

### Análise dos dados

Todo o material produzido durante as entrevistas foi transcrito na íntegra e analisado pelos pesquisadores através da Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática, escolhida por permitir que os pesquisadores pudessem explorar minuciosamente o conteúdo das falas dos sujeitos e atribuindo significados para elas.<sup>(8)</sup>

A análise seguiu três etapas. Na primeira etapa, chamada de pré-análise, os pesquisadores realizaram uma leitura flutuante no material transcrito, com a intenção de encontrar as unidades das falas dos sujeitos. Na etapa seguinte, todo o material é explorado com o intuito de encontrar temas nos conteúdos das falas, de acordo com os sentidos que os sujeitos atribuíram para cada uma das questões da pesquisa. Na última etapa, as unidades das falas foram agrupadas de acordo com os temas estabelecidos através das unidades das falas.<sup>(8)</sup>

A partir da análise feita do material produzido durante as entrevistas com os profissionais do Consultório na Rua de Maceió-AL, foram identificados as seguintes temáticas: “Caracterizando o trabalho” e “Limitações e desafios do trabalho”.

### Procedimentos éticos

O presente estudo respeitou as condições éticas, atendendo à resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, através do CAAE de nº 90815118.5.0000.5100. Para preservar a identidade dos participantes, foi atribuído a cada um o termo “Colaborador” de 1 a 13, de forma aleatória. Todos concederam a sua participação através da assinatura do TCLE.

## RESULTADOS

### Caracterizando o trabalho

A primeira e principal característica do trabalho das equipes do Consultório na Rua, identificada neste estudo, são as ações norteadas pelas políticas de redução de danos, como podemos observar na seguinte fala: “A estratégia principal é a redução de danos, então acaba que todas as ações vão ser norteadas para esse fim. Então, assim, tem usuários e grupos de usuários que a gente pensa em como tá trabalhando a redução de danos, não só voltando para o uso do álcool e outras drogas, mas sim para questões de saúde no geral” (Colaborador 3).

Quando perguntados sobre o que seria o trabalho de redução de danos, percebe-se que o entendimento dos profissionais sobre o processo de trabalho é bastante amplo, como mostra o seguinte relato: “Vamos dizer que pra mim a redução de danos é ampliação de vida. Então, se eu me cuido, se eu trato um ‘TB’, se eu vou ‘pro’ médico, se faço um exame ou se eu participo de uma roda de conversa, ou se eu participo de um batuque, de música, eu tô fazendo uma redução de danos” (Colaborador 4).

É comum que a redução de danos seja voltada para o consumo de álcool, crack e outras drogas, pois grande parte da população em situação de rua de Maceió faz uso dessas substâncias de forma abusiva.

As equipes relatam que a intervenção acontece de diversas formas, com vários tipos de estratégias, como podemos observar a seguir: “A gente não chega tirando a droga da vida deles, a gente chega orientando assim: ‘você vai beber? Pelo menos tome água. Tome a bebida, mas tome água para amenizar os danos da bebida’, entendeu? Orientamos eles a diminuírem o uso. Se tá usando hoje, amanhã procure não usar, e assim por diante. A gente vai conquistando essa diminuição do uso, orientando em relação aos materiais que eles usam, a evitar a troca de cachimbo, por exemplo, entendeu?” (Colaborador 6).

Sobre as atividades mais desenvolvidas pelas equipes, os profissionais destacaram as seguintes: distribuição de água e diversos insumos, realização de curativos, atendimento de pré-natal, acompanhamento para tratamentos de doenças infecciosas e encaminhamentos para consultas. Outras ações também são desenvolvidas pelas equipes, por exemplo: “Oficinas de violência, de DST sobre artes. A gente trabalha muito a música,

teatro [...] O que eu acho mais encantador nessa coisa da redução de danos é que a gente consegue fazer com que eles se percebam, dentro das experiências, que colocamos para eles, durante as rodas de conversas” (Colaborador 7).

Os profissionais atuam na perspectiva do bem-estar biopsicossociocultural das pessoas em situação de rua, como se observa na fala a seguir: “Olhe, a gente trabalha com saúde, arte e educação, a gente sai passando isso aí, com essas três coisas, então envolve muita beleza. A gente trabalha a higiene com eles, fazendo futebol, que a gente tem professor de educação física. A gente atua também com música, pois nós temos o batuque, né. Esse batuque mundaú existe hoje através também do consultório na rua” (Colaborador 1).

### LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DAS EQUIPES

Percebe-se através das falas das equipes que uma das maiores dificuldades enfrentadas até hoje por eles e os usuários ainda é a resistência, o preconceito e o despreparado por parte dos demais profissionais de outros serviços. “Infelizmente, a gente esbarra em alguns profissionais que ainda não conhecem. Às vezes até a gente é esculhambado, mal tratado. A conversa que a gente escuta é de que estamos enxugando gelo. Eles dizem: ‘não traga essa pessoa pra cá, essa pessoa tá fedorenta’ ou ‘essa pessoa tá suja, vá dá um banho nela pra ela vir pro hospital’. Infelizmente, quando elas vão sozinhas às vezes nem são atendidas” (Colaborador 2).

As equipes relatam que as pessoas em situação de rua são bastante estereotipadas e rotuladas pelos profissionais dos outros serviços, e até mesmo pela sociedade, o que torna a assistência a esses indivíduos mais difícil, gerando uma barreira no trabalho em saúde. “É uma relação um pouco complicada porque o usuário é bem estereotipado, né. Então a gente acaba enfrentando algumas barreiras junto com o usuário e às vezes tem esses choques com outros serviços por não entenderem um pouco a estratégia de redução de danos e não entende a nossa visão” (Colaborador 3).

Alguns profissionais da equipe acreditam que essas barreiras existem por falta de habilidade e conhecimento sobre como assistir esses indivíduos, como observado na seguinte fala: “Muitas vezes não é culpa nem do profissional, é por que ele não tá preparado pra lidar com essa população, com esse povo, porque eles estão excluídos da sociedade, estão à margem da sociedade. A gente já teve casos da gente dá uma solicitação pro usuário acessar o serviço e ele não ser atendido, e quando ia com a gente, com nosso jaleco, ele era atendido diferentemente. Os profissionais de saúde precisam tá trabalhando um atendimento mais humanizado, independente do cheiro, se tá mal vestido, entendeu? Porque mesmo se ele estiver com a higiene precária, ele está acessando os direitos deles” (Colaborador 7).

Percebeu-se que a relação entre a equipe é boa, mas o que realmente limita o trabalho é a dificuldade de acesso desses usuários nos demais serviços da rede de saúde de Maceió. Somado a essas questões, há queixas também quanto à fragilidade da rede e a falta de estrutura e suporte. “Porque, às vezes, a gente chega

aqui e não tem nada, chega de manhã não tem um carro, um transporte, não tenho nada” (Colaborador 10).

Uma dificuldade também relatada pelas equipes é a frustração dada à má adesão por parte dos usuários aos tratamentos e assistência. “Ele não se reconhece como protagonista do cuidado, né. Eu não sei se porque não tem conhecimento do cuidado que deveria ter, até falta de instrução, não sabe ler, né, o compromisso mesmo, a questão do uso da droga também dificulta muito nos tratamentos. A gente leva no serviço, marca consulta, leva os exames, medicamentos, mas a adesão deles ainda é muito baixa” (Colaborador 12).

## DISCUSSÃO

A redução de danos é a principal estratégia das eCR. Essa estratégia deve ser planejada de acordo com a realidade sociocultural para a população a qual ela será aplicada, de forma humanizada para que o tratamento alcance o usuário, possibilitando também que o mesmo participe ativamente de seu tratamento.<sup>(9)</sup>

Sob o mesmo ponto de vista, a redução de danos é descrita como um conjunto de políticas públicas, cujas ações objetivam minimizar os agravos de saúde<sup>(10)</sup>. Desta forma, Medeiros e Cavalcante<sup>(11)</sup> colocam que é imprescindível a criação de programas e estratégias, que trabalhem a redução de danos e que sejam específicas para a assistência dessas populações em situação de rua, trabalhando desde o cuidado à saúde, até mesmo voltado para o uso das drogas.

Cerca de 10% da população mundial que vive nas regiões urbanas centrais fazem uso de forma abusiva de drogas, portanto essa temática precisa estar dentro das estratégias das eCRs<sup>(12)</sup>. Nesse aspecto, a redução de danos serve como instrumento de luta para garantia dos direitos dos usuários, pois permite o acesso do indivíduo à saúde, e proporciona instrumentos que minimizem os danos causados pelo uso habitual de álcool e de outras drogas, respeitando a vontade do usuário.<sup>(5)</sup>

O uso de álcool e drogas por parte das pessoas em situação de rua é algo bastante evidente, porém não pode ser generalizada. Nem toda pessoa que usa da rua como sua moradia, faz uso de substância psicoativa<sup>(13)</sup>. Desta maneira, destaca-se a importância de profissionais capacitados e com percepção crítico-reflexiva para fazer o reconhecimento de cada situação e de cada indivíduo, para elaborar as estratégias de cuidado baseados apenas na necessidade do usuário.<sup>(14)</sup>

Os profissionais que trabalham sobre a perspectiva da redução de danos, geralmente, procuram a aproximação do usuário através da criação de vínculo respeitando o direito de escolha do usuário, favorecendo a construção de novas alternativas para o processo de mudança de hábitos dentro das suas limitações, mediando o acesso dessa população aos serviços de saúde.<sup>(15)</sup>

O consultório na rua representa a porta de entrada para os serviços e a rede de saúde. Sendo assim, a recomendação é que ele desenvolva ações individuais e coletivas, promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde dentro do contexto

desta população<sup>(16)</sup>. Sem equipes preparadas para o trabalho, Machado e Rabello<sup>(17)</sup> relatam que dificilmente as ações realizadas irão atingir seu objetivo, pois existem muitas particularidades entre esses indivíduos.

Além disso, utilizar dos serviços clínicos imediatos como oferta de analgésico, curativo, cuidado dentário e outros, é importante para o primeiro contato e criação de vínculo com esses usuários, para que outros serviços e tecnologias sejam posteriormente ofertados, tais como: acesso a medicamentos, exames laboratoriais, citologia, testes rápidos, entre outros, é o mínimo para que o cuidado em saúde seja integral.<sup>(16)</sup>

Com relação às dificuldades que existem, tomam destaque aquelas referentes à rede de atendimento. Diante da falta de preparo por parte dos demais profissionais, e a dificuldade de acesso do usuário nos serviços, a assistência torna-se precária.<sup>(18)</sup>

Outra dificuldade existente no trabalho das eCR é a articulação intersetorial, além do conflito contínuo que é lidar com o preconceito e discriminação com que esses indivíduos vivem. Isso traz dificuldade no acesso dessa população aos serviços de saúde.<sup>(5)</sup> O Consultório na Rua não trabalha sozinho, ele precisa e faz parte da rede de atenção à saúde para assistir ao usuário de forma integral.<sup>(16)</sup>

Além das dificuldades em ofertar uma assistência integral às pessoas em situação de rua, as equipes do consultório na rua também passam por situações de risco no trabalho e, também, de preconceito por parte de outros profissionais, que não compreendem as ações realizadas e pelos usuários, que não recebem de forma positiva às demandas.<sup>(19)</sup>

Esta população lida com a dificuldade de acesso por meio dos serviços e todo preconceito já existente, onde são estigmatizados e conhecidos pela marginalidade e criminalidade<sup>(12)</sup>. Além disso, as equipes estão expostas a riscos diante dos cenários os quais precisam se inserir para prestar assistência.<sup>(18)</sup>

Para a continuidade do cuidado, são necessários materiais, além de transporte que viabilizem o deslocamento até os usuários, em locais de difícil acesso. Quando faltam insumos, e também locais e estruturas adequadas, torna-se difícil o trabalho das equipes.<sup>(20)</sup>

## Limitações do estudo

Esse estudo apresentou uma dificuldade relacionada ao acesso e encontros com os profissionais das equipes para as entrevistas. Além de representar uma realidade local, podendo ser diferentes nas demais equipes no país.

## Contribuições para a prática

Esse estudo apresenta informações importantes para o conhecimento do trabalho das equipes do consultório na rua de Maceió, possibilitando a reflexão sobre as práticas e a assistência às pessoas em situação de rua e as particularidades nos territórios brasileiros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da pesquisa trouxeram informações acerca do

processo de trabalho dos profissionais do consultório na rua e os aspectos que o caracteriza, e quais são as dificuldades que enfrentam diariamente para realização de suas atividades e ações.

Mostra-se que o trabalho é norteado pelas políticas de redução de danos e que as dificuldades referidas pelas equipes estão relacionadas à rede de atendimento e intersetorialidade ao público atendido, aos profissionais do consultório na rua, a criação de vínculo com os usuários e a adesão do tratamento por parte dos mesmos.

As dificuldades mais apontadas pelos profissionais foram o preconceito e as barreiras de acesso por parte dos outros serviços de saúde, a má adesão por parte dos usuários ao tratamento e aos serviços prestados pela equipe, e muitas vezes, a falta de estrutura para que eles possam realizar suas ações.

Ainda, faz-se necessário que haja maiores e melhores

investimentos para a manutenção, a realização das atividades e ações. Além disso, o fortalecimento da rede para que haja interligação e consigam se articular e trabalhar em conjunto em benefício do usuário, além de contínua capacitação dos profissionais que estão atuando na assistência das pessoas em situação de rua.

**Contribuição dos Autores:** Aryanna Vanessa Gomes Timóteo: concepção e desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; John Victor dos Santos Silva: concepção e desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; Larissa Karolline Gonçalves Gomes: análise e interpretação dos dados; redação do artigo; Ahyas Sydcley Santos Alves: revisão crítica e revisão final; Vivian Mayara da Silva Barbosa: revisão crítica e revisão final; Thyara Maia Brandão: concepção e desenho; revisão crítica e revisão final.

## REFERÊNCIAS

- Londero MFP, Ceccim RB, Bilbio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 06];18(49):251-260. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en)
- Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017 [cited 2019 Oct 06]. Available from: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 122 de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. 2011 [cited 2019 Oct 06]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html).
- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.029 de 20 de Maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em Suas Diferentes Modalidades e dá outras providências. 2014. [cited 2019 Oct 06]. Available from: <http://atencaoabasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141104154400portaria-n-1-029-de-20-de-maio-de-2014-legislacao-federal.pdf>.
- Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 06];32(8):e00070515. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X20160008050038&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20160008050038&lng=en).
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017 [cited 2019 Jun 21];5(7):1-12. Available from: <http://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [cited 2019 Oct 06];31(7):1497-1504. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>.
- Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 06];21(6):1839-1848. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en).
- Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. *Saude soc.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 19];27(3):754-768. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000300754&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000300754&lng=en).
- Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017 [cited 2019 Oct 06];33(2):e00196916. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-361X00196916>.
- Bittencourt MN, Pantoja PVN, Silva Júnior PCB, Pena JLC, Nemer CRB, Moreira RP. Street clinic: the care practices with users of alcohol and other drugs in Macapá. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 19];23(1):e20180261. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452019000100218&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100218&lng=en).
- Campos A. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. *Saúde e Sociedade* [online]. 2018 [cited 2019 Dec 19];27(4):997-1003. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180908>.
- Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 06];22(67):1043-1052. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000401043&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401043&lng=en).
- Santana C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014 [cited 2019 Oct 06];30(8):1798-1799. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>>. ISSN 1678-4464. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>.
- Machado MPM, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2019 [cited 2019 Dez 19];28(4):e280413:1-24 Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>.
- Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018 [cited 2019 Oct 06];42:e170. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e170/#>.
- Lima AFS, Almeida LWS, Costa LMC, Marques ES, Lima Júnior MCF, Rocha KRSL. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 19];53:e03495:1-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0008-62342019000100465&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0008-62342019000100465&lng=en).
- Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Out 06];72(1):211-220. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000100211&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100211&lng=pt).

# NÍVEIS DE ESTRESSE ENTRE ENFERMEIROS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM HOSPITAIS ESTADUAIS NO ESPÍRITO SANTO

Luciene Gonçalves da Costa Zorzal ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8036-2252>

**Objetivo:** avaliar o nível de estresse de enfermeiros na classificação de risco em hospitais públicos do estado do Espírito Santo. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em três hospitais estaduais no Espírito Santo. População composta por 25 (100,0%) enfermeiros classificadores. Utilizou-se como instrumento a Escala Bianchi de Stress, escala validada e composta por 51 itens estressores na atuação profissional distribuídos em 6 dimensões. **Resultados:** A maioria (96,0%) era do sexo feminino; com média de idade de 31 anos; casados; sem filhos; mais de 5 anos na classificação de risco (44,0%); realiza algum tipo de atividade física e lazer (64,0%). **Conclusão:** Quanto à Escala de Stress, 52,0% apresentaram nível baixo de estresse geral (escore igual ou abaixo de 3,0), no entanto 48,0% com nível médio de estresse. Verificou-se presença de estresse com níveis baixos e médios.

**Descritores:** Estresse ocupacional; saúde do trabalhador; enfermagem, triagem.

## STRESS LEVELS BETWEEN NURSES IN RISK CLASSIFICATION IN STATE HOSPITALS IN THE HOLY SPIRIT

**Objective:** To evaluate the stress level of nurses in risk classification in public hospitals in the state of Espírito Santo. **Methods:** Exploratory, descriptive study with a quantitative approach, conducted in three state hospitals in Espírito Santo. Population composed of 25 (100,0%) classifying nurses. The instrument used was the Bianchi Stress Scale, a validated scale composed of 51 professional stressor items distributed in 6 dimensions. **Results:** Most (96,0%) were female; with an average age of 31 years; married; without children; over 5 years in risk rating (44,0%); performs some type of physical activity and leisure (64,0%). **Conclusion:** Regarding the Stress Scale, 52,0% had a low level of general stress (score equal to or below 3.0), however 48,0% had a mean stress level. Stress was found with low and medium levels.

**Descriptors:** Occupational stress; occupational health; nursing; screening.

## NIVELES DE ESTRÉS ENTRE ENFERMERAS EN CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN HOSPITALES ESTATALES EN EL ESPÍRITU SANTO

**Objetivo:** Evaluar el nivel de estrés de las enfermeras en clasificación de riesgo en hospitales públicos del estado de Espírito Santo. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado en tres hospitales estatales de Espírito Santo. Población compuesta por 25 (100,0%) enfermeras clasificadoras. El instrumento utilizado fue la Bianchi Stress Scale, una escala validada compuesta por 51 elementos estresantes profesionales distribuídos en 6 dimensiones. **Resultados:** La mayoría (96,0%) eran mujeres; con una edad promedio de 31 años; casado sin hijos; más de 5 años en calificación de riesgo (44,0%); realiza algún tipo de actividad física y de ocio (64,0%). **Conclusão:** Con respecto a la Escala de estrés, el 52,0% tenía un bajo nivel de estrés general (puntaje igual o inferior a 3.0), sin embargo, el 48,0% tenía un nivel de estrés promedio. El estrés se encontró con niveles bajos y medios.

**Descriptoros:** Estrés laboral; salud laboral; enfermeira; tamizaje.

<sup>1</sup>Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

Autor correspondente: Luciene Gonçalves da Costa Zorzal E-mail: [lucienegcz@gmail.com](mailto:lucienegcz@gmail.com)

Recebido: 02/12/2019

Aceito: 11/02/2020

## INTRODUÇÃO

A política nacional de urgência e emergência, implementada a partir de 2002 pelo Ministério da Saúde (MS), surgiu com um objetivo de reorganizar a assistência à saúde nos Prontos-Socorros (PS).

A complexidade deste setor exige uma equipe interdisciplinar, preparada para prestar atenção imediata com tecnologias avançadas destinadas a diagnósticos, monitorização e terapias medicamentosas<sup>(1)</sup>. Deste modo, o setor de PS passa a ser visto pela população como um local de atenção à saúde com rápida resolutividade<sup>(2)</sup>. Esse fato leva à ocorrência de elevado número de procura por atendimentos de urgência que, por sua vez, desviam o foco para atendimentos pouco urgentes, causando desgaste e estresse na equipe de trabalho, insuficiência de recursos, impaciência, reclamação dos usuários e tempo dispensado inapropriadamente<sup>(2)</sup>.

Em uma mudança econômica nacional, ocorreu aumento na procura por atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), surgindo uma crescente exigência de melhoria da qualidade e assistência à saúde. Assim, o MS desenvolveu a Política Nacional de Humanização (PNH), com foco no acolhimento com classificação de risco ao usuário, tornando-o participante ativo no processo de construção e produção do cuidado desde a recepção até sua alta<sup>(3-4)</sup>.

Nas unidades de urgência e emergência, o acolhimento se torna articulado com as ações de classificação de risco, tendo como objetivo acolher cada usuário e classificá-lo de acordo com as queixas e sintomas, direcionando-o ao atendimento médico, conforme a gravidade do caso<sup>(5)</sup>. Com base nesta nova metodologia, busca-se reduzir o tempo de espera, humanizar o atendimento, descongestionar o serviço e proporcionar melhor satisfação pelo usuário<sup>(6)</sup>.

A classificação de risco é um processo que envolve tomada de decisão rápida, ocorrendo em ambiente altamente dinâmico, com restrição de tempo e espaço físico, realizada pelo enfermeiro, por meio de protocolos estabelecidos internacionalmente<sup>(7)</sup>.

No entanto, as atividades realizadas pelos enfermeiros podem levar a um quadro de estresse, devido às responsabilidades e às sobrecargas diárias vivenciadas por esses profissionais, de modo pessoal e laboral. Em pesquisas já realizadas em diversos setores, os enfermeiros são os mais acometidos pelo estresse<sup>(8)</sup>. O estresse ocupacional na enfermagem vem sendo estudado desde a década de 1960, e ao longo de 50 anos de pesquisas, o trabalho do enfermeiro foi identificado como profissão estressante, podendo gerar agravos e danos à saúde do trabalhador<sup>(9)</sup>. No entanto, até o presente momento, há escassez de informações relacionadas ao nível de estresse em enfermeiros atuantes no setor de classificação de risco.

Diante das evidências científicas e da escassez de estudos nacionais, o presente estudo tem o objetivo avaliar o nível de estresse de enfermeiros na classificação de risco em hospitais públicos do estado do Espírito Santo.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa.

### Participantes da pesquisa

Esta pesquisa foi composta por 25 enfermeiros (100,0% da população estimada) que atuam nas salas de classificação de risco de três hospitais estaduais, em uma escala de 12X60 horas e duas complementações (mensais) de 12 horas nos finais de semana.

### Local do estudo

Realizado em salas de classificação de risco de três hospitais do estado do Espírito Santo, localizados nas regiões norte, noroeste e metropolitana, que utilizavam o sistema de classificação de risco (Protocolo Manchester).

### Coleta de dados

Aconteceu entre janeiro e setembro de 2018, por meio da aplicação da Escala Bianchi Stress (EBS), instrumento validado que visa o levantamento dos estressores mediante situações específicas da atuação profissional do enfermeiro. É composta de 51 itens, tipo Likert, com variação escalonada de um a sete, determinando o valor um como pouco desgastante. O valor quatro como médio e o valor sete como muito desgastante. O valor zero indica a não existência do evento abordado<sup>(10)</sup>. A EBS é uma escala usada em pesquisas entre enfermeiros hospitalares, cujo coeficiente de confiabilidade é alto (Alpha de Cronbach acima de 0,90)<sup>(10)</sup>.

Para caracterizar os dados demográficos e laborais dos participantes, foi aplicado o Questionário Demográfico, constituído dos seguintes itens: idade, sexo, estado civil, número de filhos, tempo de trabalho, vínculo de trabalho, atividade física e lazer.

A aplicação destes instrumentos aconteceu nos plantões diurnos e noturnos, a fim de abordar todos os turnos de trabalho e oferecer a oportunidade de participação da pesquisa a todos os enfermeiros envolvidos no setor de classificação de risco, que atendiam os critérios de inclusão. Não foi realizado teste piloto pelo fato de que a escala utilizada nesta pesquisa é usada de forma ampla e validada em todo o país<sup>(10)</sup>.

### Análise e tratamento dos dados

Os dados foram descritos por meio de frequências

absolutas e relativas para as variáveis categóricas e por médias, desvio padrão (DP), medianas e quartis, valores mínimos e máximos para as variáveis numéricas. A investigação das associações entre a presença de estresse e características, pessoais e profissionais dos enfermeiros participantes da pesquisa, foi feita por modelos de regressão logística em abordagem simples e os resultados apresentados por estimativas de razões de chances e intervalos de confiança de 95%. A presença de estresse foi determinada pelo nível médio de estresse, mensurado pelo escore médio maior que três na EBS<sup>(10)</sup>. As análises foram realizadas com o programa SPSS 20.0, considerando nível de significância 5%.

### Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein e Plataforma Brasil sob Parecer n.º 2.448.780/2017, seguiu as recomendações da Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### RESULTADOS

Os enfermeiros pesquisados em sua maioria eram mulheres (96,0%), com média de idade de 31,3 anos ( $\pm 4,6$  anos). Na maioria casados (44,0%) e sem filhos (40,0%). Observou-se que 40,0% dos enfermeiros eram graduados, no máximo há um ano, e a maior parte deles (64,0%) tinha curso de pós-graduação. Quanto ao turno de trabalho, 52,0% trabalhavam no período diurno e 60,0% deles com apenas um vínculo empregatício. A maioria (64,0%) realizavam atividades de lazer/físicas. (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização pessoal dos enfermeiros participantes da pesquisa (n=25) -Espírito Santo, Brasil, 2018.

Idade (anos)	
Média (DP)	31,3 ( $\pm 4,6$ )
Mínimo; máximo	24; 41
Faixa etária	
20 a 30 anos	10 (40,0%)
31 a 40 anos	14 (56,0%)
41 a 50 anos	1 (4,0%)
Gênero	
Feminino	24 (96,0%)
Masculino	1 (4,0%)
Estado civil	
Solteiro	10 (40,0%)
Casado	11 (44,0%)
Divorciado	4 (16,0%)

Número de filhos	
Nenhum	15 (60,0%)
Um a três	10 (40,0%)

DP (desvio padrão)

Os participantes da pesquisa avaliaram sua percepção quanto aos 51 itens estressores, presentes na EBS, conforme sua atuação profissional. Vários itens não faziam parte da rotina laboral dos enfermeiros classificadores, gerando baixo nível de estresse. Estes itens referem-se às atividades administrativas executadas de forma esporádica, tais como, realizar atividades burocráticas (100%), elaborar e atualizar normas, rotinas e procedimentos (80,0%). No entanto, dos itens estressores que mais geram estresse aos enfermeiros destacam-se o enfrentamento da morte do paciente (68,0%), realizar discussão de caso com equipe multiprofissional (60,0%) e realizar tarefas com tempo mínimo disponível (60,0%).

A EBS é subdividida em seis domínios e observamos menor nível de estresse nos domínios A e C, nos quais 100% dos respondentes foram classificados em baixo nível de estresse. E nível médio de estresse nos domínios B (76,0%), D (68,0%), E (72,0%) e F (52,0%). (Ver tabela 2).

Considerando o escore médio total, representado na tabela 2, observa-se que 52,0% dos enfermeiros que atuam no setor de classificação de risco foram classificados com baixo nível de estresse, 48,0% com nível médio de estresse e nenhum identificado com nível alto de estresse. Portanto, existem estressores presentes na atividade de classificação de risco.

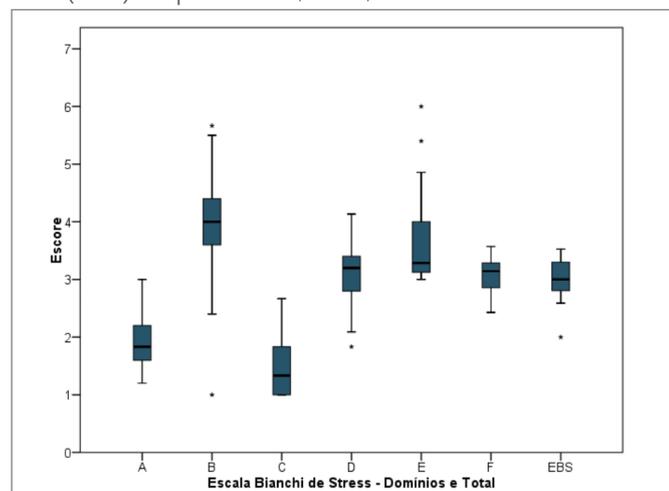
**Tabela 2** - Classificação dos escores dos domínios e escore total da Escala Bianchi Stress (EBS) dos enfermeiros participantes da pesquisa (n= 25) – Espírito Santo, Brasil, 2018.

Escore dos domínios e do escore total do instrumento EBS	Nível de Estresse		
	Baixo	Médio	Alto
<b>A</b> (Relação outras áreas no hospital)	25 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>B</b> (Funcionamento do setor)	6 (24,0%)	19 (76,0%)	0 (0,0%)
<b>C</b> (Administração de pessoal)	25 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>D</b> (Assistência de enfermagem ao paciente)	8 (32,0%)	17 (68,0%)	0 (0,0%)
<b>E</b> (Coordenação de atividades na CR)	6 (24,0%)	18 (72,0%)	1 (4,0%)
<b>F</b> (Condições de trabalho para o enfermeiro)	12 (48,0%)	13 (52,0%)	0 (0,0%)
<b>Escore Total</b>	<b>13 (52,0%)</b>	<b>12 (48,0%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>

CR: Classificação de Risco

Os escores dos domínios e o escore total (Figura 1) são calculados pela média dos escores dos itens componentes, considerando apenas itens com respostas válidas (itens com valores diferentes de zero), podendo assumir valores entre 1,0 e 7,0.

**Figura 1** - Escores dos domínios e total da Escala Bianchi de Stress (EBS) dos enfermeiros que atuam no setor de classificação de risco (n=25) – Espírito Santo, Brasil, 2018.



## DISCUSSÃO

Houve predomínio do sexo feminino (96,0%) nesta pesquisa. Isso demonstra uma proximidade com outras pesquisas, na qual, o sexo feminino continua sendo maioria na enfermagem, representando 85,1% da categoria<sup>(11)</sup>. Outro fator que pode determinar a representação feminina no setor de classificação de risco é o tipo de atividade exercida pelos enfermeiros, a qual não exige a realização de esforço físico, mas exige que o profissional tenha um “pensamento crítico e rápido, para acolher, classificar e encaminhar ao atendimento médico em um tempo estimado entre 5 a 10 minutos”<sup>(2)</sup>.

Entre os dados analisados, podemos observar uma prevalência na faixa etária entre 24 a 41 anos, compondo uma população de jovens enfermeiros atuantes em um setor que necessita de profissionais com boa desenvoltura. Outra variável que despertou atenção foi quanto ao tempo de trabalho na classificação de risco, em que se verificou diferenciação mínima entre enfermeiros com mais de cinco anos de atuação na classificação de risco (44,0%) e enfermeiros com menos de um ano de atuação na mesma atividade (32,0%). Parece haver uma facilidade de conseguir o primeiro emprego de enfermeiros para atuar no setor de classificação de risco.

A maioria dos enfermeiros (40,0%) tinham entre dois e cinco anos de formados. Ao se realizar uma junção de tempo de graduação, entre seis meses e dez anos de conclusão de curso, obtém-se um contingente de 80,0% da população pesquisada. Apenas 20,0% relataram estar há mais de onze anos graduados. Os resultados assemelham-se a uma pesquisa em que grande número dos pesquisados tinha entre um e dez anos de formados<sup>(12)</sup>.

Embasados em pesquisas, trazemos à luz desta discussão a importância de se introduzir a classificação de risco como disciplina na grade curricular da graduação em enfermagem, tendo em vista que muitos graduandos têm muito pouco conteúdo sobre classificação de risco durante sua formação<sup>(13)</sup>. Atualmente, torna-se necessário realizar curso de Protocolo Manchester extracurricular, no entanto, se incluído a capacitação ao enfermeiro, ainda na graduação, mesmo que recém-formado, ofereceria maior aptidão para assumir a classificação de risco.

Quanto ao turno de trabalho, a maior parte (52,0%) trabalhava no período diurno. Outro fato que chamou a atenção foi quanto à variável referente à ausência de duplo vínculo de trabalho em que 60,0% dos enfermeiros pesquisados não possuem outra relação de trabalho, oferecendo dedicação exclusiva à instituição hospitalar pesquisada. No entanto, se observa que grande parte da população pesquisada é do sexo feminino, pode-se pensar que a exclusividade laboral se torna inexistente, pois é a mulher, em maior número, a grande responsável pelas atividades do lar, da família, além de conciliar estudos e outras tarefas, fazendo com que o *vínculo único de trabalho seja inexistente*.

Em se tratando de atividade física, observamos que 64,0% dos profissionais responderam que realizam atividade física e de lazer. Em uma pesquisa que avaliou a relação entre estresse e atividade física, concluiu-se que o nível de estresse é maior para aqueles que não praticavam exercícios físicos regularmente<sup>(13)</sup>. A prática de atividade física diária e o lazer podem ser boas aliadas contra o estresse, e empregadores e trabalhadores devem estar alinhados, buscando um ambiente de trabalho saudável.

Quando perguntados sobre o que deveria ser melhorado no local de trabalho para o exercício da profissão, foram listadas as melhorias: ambiente físico, equipamentos, segurança, carga horária de trabalho e descanso, número de funcionários, salário, capacitação, comunicação, valorização, reconhecimento e respeito.

Quanto à avaliação da EBS, foi possível identificar os itens estressores que mais afetam os enfermeiros, gerando médio e alto nível de estresse. Os maiores graus de estresse foram identificados nos domínios B – atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade; D – assistência de enfermagem prestada ao paciente; E – coordenação das atividades da unidade e F – condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro.

Levando-se em consideração o escore médio total, observou-se que a maioria (52,0%) dos enfermeiros que atua no setor de classificação de risco foi classificada com baixo nível de estresse. No entanto, observamos que o nível médio de estresse se apresentou elevado (48,0%) entre os enfermeiros pesquisados, havendo pouca significância estatística entre as variáveis que avaliaram os graus de estresse.

Por meio desses achados, tornam-se interessantes estudos futuros que avaliem a mudança dos fatores estressantes e seu impacto no nível de estresse nos enfermeiros responsáveis pela classificação de risco.

Compreendendo a Política de Urgência e Emergência e sua importância, esta pesquisa oportunizou a abordagem e compreensão do estresse ocupacional, que atinge inúmeros trabalhadores da enfermagem.

Compreende-se que a metodologia utilizada foi adequada ao alcance dos objetivos deste estudo. Todavia, nesta pesquisa lançou-se mão de uma escala construída, validada e desenvolvida para avaliar níveis de estresse entre profissionais do setor de urgência e emergência, porém a EBS ainda não havia sido aplicada no setor de classificação de risco.

No entanto, a prática vivenciada no decorrer da aplicação da pesquisa mostrou um quadro que difere dos resultados estatísticos, ou seja, observaram-se setores insalubres e sem ambiência para o desempenho da função, além de enfermeiros desestimulados por falta de melhorias físicas, estruturais e trabalhistas.

Ser enfermeiro atuante no setor de classificação de risco não exime o profissional de suas responsabilidades ético-profissionais-sociais, muito pelo contrário, demanda uma equipe de profissionais capacitados, treinados, experientes e, acima de tudo, valorizados pelo que fazem em sua esfera de trabalho.

#### Limitações do estudo

Enfermeiros atuantes na classificação de risco de hospitais públicos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

#### Contribuições do estudo para a prática

A implantação de rodízio bimestral entre enfermeiros da classificação de risco e enfermeiros assistenciais nos referidos prontos-socorros poderia ser uma estratégia de melhoria. Essa

ação visa capacitar todos os enfermeiros atuantes, conhecendo as realidades de cada setor e oferecendo a realização de procedimentos e condutas de enfermagem inerentes a um enfermeiro de pronto-socorro.

O desenvolvimento de um Grupo Capixaba de Classificação de Risco, formado por enfermeiros e médicos, para oferecer suporte e treinamentos específicos aos enfermeiros classificadores, fiscalização, auditorias, trocas de experiências e debates de temas específicos, também poderia ser uma ação de melhoria.

Nessa perspectiva, acredita-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas no setor de urgência e emergência, bem como melhorar a realidade dos enfermeiros que atuam nos setores de classificação de risco, visando seus benefícios físicos, psicológicos, sociais e, acima de tudo, espirituais.

#### CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que enfermeiros atuantes no setor de classificação de risco de três hospitais públicos do Espírito Santo apresentam baixo nível de estresse, seguidos por elevado nível médio de estresse.

Isso exige das empresas responsáveis por esses profissionais, maior atenção para que o estresse não evolua, prevenindo doenças psicológicas ou psiquiátricas e, por conseguinte, afastamento do trabalho.

**Contribuição dos Autores:** Luciene G. da Costa Zorzal: Autoria, concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão. Karina Tavares Timenetsky (Orientadora): Revisão crítica, revisão final. Rita de Cássia F. Grássia (Coorientadora): Revisão crítica, revisão final.

#### REFERÊNCIAS

1. Cruz EJ, Souza NV, Correa RA, Pires AS. Dialética de sentimento do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na terapia intensiva. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2014 [citado 2017 abr. 29]; 18(3): 479-485. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000300479](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300479).
2. Bellucci Junior JA, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *REME rev. min. enferm.* 2012; 16(3): 419-428.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde - HumanizaSUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [citado 2017 abr. 30]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizausus>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. [citado 2017 mai. 05]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/.../acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/.../acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf).
5. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RI, Chavaglia SR. Acolhimento com classificação de risco do serviço de pronto socorro adulto: satisfação do usuário. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2016 [citado 2017 mai. 07]; 50(3): 427-433. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt\\_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf).
6. Paixão TC, Campanharo CR, Lopes MC, Okuno MF, Batista RE. Dimensionamento da equipe de enfermagem na sala de emergência de um hospital universitário. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2015 [citado 2017 mai. 18]; 49(3): 481-87. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000300481&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000300481&script=sci_abstract).
7. Gibaut MA, Hori LM, Freitas KS, Mussi FC. Conforto da família do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva relacionada ao acolhimento. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2013 [citado 2017 mai. 20]; 47(5): 1117-1124. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt\\_0080-6234-reeusp-47-05-1114.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1114.pdf).
8. Silva MF, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IE. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet]. 2014 [citado 2017 mai. 22]; 22(2): 218-225. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000200218&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200218&lng=en&tlng=en).
9. Costa ME, Maciel RH, Rêgo DP, Lima LL, Silva ME, Freitas JG. Síndrome do Burnout ocupacional no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2017 [citado 2017 jun. 01]; 51(Esp): 01-12. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03235.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03235.pdf).
10. Bianchi ER. Escala Bianchi de Stress. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2009 [citado 2018 out. 28]; 43(Esp): 1055-62. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500009).
11. Machado MH, Aguiar WF, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco* [Internet]. 2015 [citado 2019 abr. 12]; 7 (Esp): 09-14. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>.
12. Gianasi LB, Oliveira DC. A síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde. *Rev. enferm. UERJ.* [Internet]. 2014 [citado 2018 out. 30]; 14(3): 756-772. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revpspsi/article/view/13880>.
13. Souza CC, Chianca TCM, Cordeiro JW, Rausch MCP, Nascimento GFL. Análise de confiabilidade do Manchester Triage System: concordância entre observador e intra-observador. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2018 out. 29]; 26: e3005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100328&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100328&lng=en).

# PASSOS E DESCOMPASSOS NO PROCESSO DE CUIDADO AOS PORTADORES DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Lucila de Sousa Olímpio de Melo<sup>1</sup>

Eliany Nazaré Oliveira<sup>2</sup>

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto<sup>2</sup>

Lorena Saraiva Viana<sup>3</sup>

Flávio Araújo Prado<sup>4</sup>

João Breno Cavalcante Costa<sup>5</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6587-8904>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6408-7243>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1496-5164>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8310-2330>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4512-1944>

**Objetivo:** realizar um diagnóstico da realidade situacional relativo ao acompanhamento de usuários com tuberculose e desenvolver oficinas educativas com foco nas vulnerabilidades detectadas no processo do cuidado. **Método:** pesquisa/intervenção realizada com onze enfermeiros do município de Ibiapina-Ceará. O grupo focal foi a técnica utilizada para coleta das informações, que foram organizadas e sintetizadas com suporte da análise temática. **Resultados:** os profissionais apresentam dificuldades no desenvolvimento de estratégias preconizadas para o controle e combate da tuberculose. Surgiram ainda questões relacionadas a problemas estruturais e logísticos, como limitação de locais para a realização dos exames, falta de materiais ou equipamentos, inexistência de uma conexão entre os serviços, assim como o medo do contágio da doença. **Conclusão:** o estudo permitiu subsidiar a tomada de decisão e a definição de estratégias de intervenção, auxiliando na superação das fragilidades dos serviços de saúde.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Tuberculose; Atenção Primária à Saúde.

## MISMATCHES AND STEPS IN THE CARE PROCESS FOR TUBERCULOSIS CARRIERS IN PRIMARY CARE

**Objective:** to carry out a diagnosis of the situational reality related to the monitoring of users with tuberculosis and to develop educational workshops focusing on the vulnerabilities detected in the care process. **Method:** Research / intervention conducted with eleven nurses from the municipality of Ibiapina-Ceará. The focus group was the technique used to collect information, which was organized and synthesized with the support of thematic analysis. **Results:** Professionals have difficulties in developing recommended strategies for tuberculosis combat and control. There were also questions related to structural and logistical problems, such as limitation of places for the exams, lack of materials or equipment, lack of a connection between the services involved, as well as the fear of contagion of the disease. **Conclusion:** The study supporting the decision making and the definition of intervention strategies, helping to overcome the weaknesses of health services.

**Descriptors:** Nursing Care; Tuberculosis; Primary Health Care.

## DESAJUSTES Y PASOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN PARA PORTADORES DE TUBERCULOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Objetivo:** Realizar un diagnóstico de la realidad situacional relacionada con el monitoreo de usuarios con tuberculosis y desarrollar talleres educativos enfocados en las vulnerabilidades detectadas en el proceso asistencial. **Método:** Investigación / intervención realizada con once enfermeros del municipio de Ibiapina-Ceará. El grupo focal fue la técnica utilizada para recolectar informaciones, que se organizó y sintetizó con el apoyo del análisis temático. **Resultados:** Los profesionales tienen dificultades para desarrollar estrategias recomendadas para el combate y control de la tuberculosis. También surgieron preguntas relacionadas con problemas estructurales y logísticos, como la limitación de plazas para los exámenes, falta de materiales o equipos, falta de conexión entre los servicios involucrados, así como el miedo al contagio de la enfermedad. **Conclusión:** permitió subvencionar la toma de decisiones y la definición de estrategias de intervención, ayudando a superar las debilidades de los servicios de salud.

**Descriptor:** Cuidado de Enfermería; Tuberculosis; Atención Primaria de Salud.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Piauí, PI

<sup>2</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE

<sup>3</sup>Universidade Federal do Ceará, CE

<sup>4</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Forquilha, CE

<sup>5</sup>Santa Casa de Misericórdia de Sobral, CE

Autor Correspondente: João Breno Cavalcante Costa Email: [brenocavalcanteenfermagem@gmail.com](mailto:brenocavalcanteenfermagem@gmail.com)

Recebido: 10/10/2019

Aceito: 11/02/2020

## INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, o acesso ao tratamento para Tuberculose (TB) gerou significativa redução nos índices de mortalidade e incidência do agravo. No entanto, a TB permanece como importante problema de saúde mundial. Observando o cenário mundial, em 2013, estima-se que nove milhões de pessoas desenvolveram a doença e um milhão e meio delas morreram desse agravo<sup>(1)</sup>.

No Brasil, mesmo apresentando em 2013, a menor taxa de incidência da história (35/100.000 hab.), a TB continua na pauta de prioridades do Ministério da Saúde devido à presença de casos resistentes ao tratamento e do seu impacto social. Estima-se que, em 2015, cerca de 10,4 milhões de pessoas adoeceram por TB no mundo, com 1,4 milhão de mortes pela doença e notificou-se aproximadamente 69 mil casos novos, com 4,5 mil mortes. A TB é a terceira causa de morte por doença infecciosa na população geral e a primeira causa de morte entre as doenças infecciosas definidas nas pessoas que vivem com HIV/AIDS<sup>(2)</sup>. Esta realidade levou à inclusão da TB entre as sete prioridades estabelecidas no Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas<sup>(3)</sup>.

Evidencia-se, portanto, que ainda existem diversas fragilidades na organização dos serviços de saúde para a prestação de atendimento ao sintomático respiratório, principalmente na agilidade ao atendimento, suspeição e discussão da temática nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, frente à relevância da APS, como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e pela sua capacidade instalada para realização de ações de controle da doença, compreende-se a importância de que as equipes se organizem adequadamente para acolher e identificar os possíveis casos na comunidade, e conseqüentemente, detectá-los precocemente a fim de se obter um controle mais efetivo<sup>(5)</sup>.

Diante disso, este artigo tem por objetivo realizar um diagnóstico da realidade situacional relativo ao acompanhamento de usuários com TB, bem como desenvolver oficinas educativas, tendo como foco as vulnerabilidades detectadas no cuidado.

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa.

### Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na APS do município de Ibiapina, localizado na região noroeste do estado do Ceará.

### Participantes da Pesquisa

O universo desta pesquisa-intervenção foram onze profissionais enfermeiros das equipes da APS, do município de Ibiapina-Ceará, de modo que, todos foram convidados a participar. Como critério de inclusão, o enfermeiro deveria estar em pleno exercício da profissão e atuar na APS, aceitar participar do estudo mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo enfermeiros em licença por doença, maternidade ou outros fins.

### Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre março de 2015 a setembro de 2016, por meio do grupo focal, uma vez que permite ao pesquisador não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema, mas também explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal e, ainda, como isto se relaciona à comunicação de pares e às normas grupais<sup>(6)</sup>. Sendo assim, desenvolveram-se quatro oficinas pedagógicas, com duração de aproximadamente duas horas, de acordo com a demanda dos enfermeiros, acerca das tramas do trabalho no cuidado à pessoa com TB, o que é ideal versus o real e as dificuldades encontradas.

A metodologia empregada foi o *Community Based Participatory Research (CBPR)*, que consiste numa abordagem colaborativa para o estudo que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa e reconhece as qualidades únicas que cada um traz<sup>(7)</sup>.

### Procedimentos de Análise dos Dados

Para análise do conteúdo, empregou-se a análise temática, uma vez que permite analisar as informações buscadas, e por ser considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Os segmentos de relatos foram separados e classificados de acordo com seu conteúdo, depois de repetidas leituras das entrevistas. Em seguida, buscou-se obter indicadores que permitissem a inferência do significado latente dos enunciados e dos fatores que determinaram as condições de produção das mensagens. Por fim, os dados foram confrontados com o contexto mais amplo dos participantes da pesquisa e com o contexto de produção dos relatos, permitindo a análise do contexto das relações e das percepções do fenômeno estudado<sup>(8)</sup>.

### Procedimentos Éticos

Adotaram-se as recomendações éticas para pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e obteve-se a aprovação no

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o número de parecer 1.483.171. Assim, procedeu-se à coleta de dados junto aos enfermeiros mediante assinatura do TCLE. Para assegurar a confidencialidade dos participantes, seus nomes foram substituídos pela letra "E" (enfermeiro), seguida de números crescentes, conforme ordem das entrevistas.

## RESULTADOS

Dos 11 enfermeiros participantes deste estudo, 8 eram do sexo feminino, 5 eram solteiros, possuíam entre 24 e 41 anos, 7 possuíam especialização, 3 possuíam mestrado e 1 possuía apenas graduação. Destes profissionais, 9 possuíam formação relacionada à APS, 9 já atuaram em outras áreas profissionais e 3 atuaram apenas na APS. Nenhum deles possuía jornada dupla de trabalho, em relação ao tempo de formação, 8 tinham de 5 a 10 anos.

Da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias temáticas: "As tramas do trabalho no cuidado à pessoa com TB: discussão a partir da fala dos enfermeiros", "Ideal x Real: quando nem sempre o preconizado é realizado" e "Uma dificuldade leva a outra".

### As tramas do trabalho no cuidado à pessoa com TB: discussão a partir da fala dos enfermeiros.

Com a discussão do grupo focal, identificou-se que o acesso do usuário à APS para diagnóstico e tratamento de TB se procede com semelhança entre as equipes de saúde do município:

*O paciente vem até a unidade, com tosse e febre [...] o médico suspeita de TB, aí pede os exames, escarro, raios-X [...] e eu sempre peço ao médico que me avise que é pra eu fazer a parte burocrática [...] os contatos [...] aí a gente comunica também pro ACS acompanhar [...] (ENF.01).*

*Geralmente é o médico quem diagnostica. Quando ele lembra, encaminha pra gente, pra gente poder fazer, o que eles chamam de parte burocrática, sabe, a investigação e a notificação, a avaliação dos contatos e a entrega da medicação. Aí a gente fica acompanhando ele até o final. (ENF.05)*

Os depoimentos revelam que o acompanhamento do usuário com TB em tratamento não visa à promoção da autonomia do usuário, sua adesão ao tratamento e a qualidade do cuidado prestado.

*Aquí, na maioria das vezes o paciente vem encaminhado do hospital, então ele já vem com a solicitação da*

*baciloscopia e raio-x, aí ele vai fazer os exames e se confirmado, a gente faz a investigação, ver os contatos, solicita a medicação na farmácia do município e entrega todo mês. No dia-a-dia é pra ser acompanhado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). (ENF.02)*

No entanto, a APS por possuir um fluxo menor de atendimento aos casos, o controle da TB fica deixado de lado, as equipes acabam preocupando-se mais com as outras áreas programáticas de sua responsabilidade, e que possuem um fluxo de atendimento muito maior (hipertensão, diabetes, saúde da mulher, do idoso, etc.), em detrimento das ações de controle da TB. Conforme as falas:

*Não [...] a gente não combate [...] não considero um combate o que fazemos. Uma campanha, de vez em quando nas ações do PSE, se restringe a isso (ENF.08).*

*[...] não é rotina [...] é uma coisa pontual [...] na escola [...] eu mesmo só lembro de fazer algo relacionado com a TB, quando entrego medicação e fui na escola uma vez só esse ano (ENF.07).*

### Ideal x Real: quando nem sempre o preconizado é realizado.

Durante a discussão, pôde-se entender que as equipes apresentam dificuldades no desenvolvimento de estratégias voltadas para o controle e combate da TB, e que nem sempre o preconizado é passível de ser realizado.

*Eu sei que o ministério pede pra fazer busca ativa, TDO, diagnosticar o mais rápido possível para iniciar o tratamento, tem também o HIV, as baciloscopia de controle [...] os casos que apareceram na unidade, foi o próprio paciente que chega dizendo que tá com uma gripe mal curada. Os ACS parecem que não sabem [...] (ENF.08).*

*Ir até o paciente, ver a tomada da medicação pelo menos 3 vezes na semana? (risos) [...] eu nunca fiz [...] (risos), mal temos carro todo dia a disposição [...] aí tem o ACS que às vezes vem e leva a medicação pro paciente [...] (ENF.05).*

### Uma dificuldade leva à outra

A partir das falas, surgiram diversas dificuldades estruturais e logísticas relacionadas aos serviços de saúde para a realização dos exames, encaminhamento para especialistas e a falta de materiais ou equipamentos, transporte, além da inexistência de uma rede, que conecte todos os serviços envolvidos, tornando o processo mais fluido e eficiente. Como é apontado abaixo:

*[...] mas na minha unidade, a gente nem tem coletor. Ai fica difícil. Então a gente entrega a solicitação e quando dá a gente já traz esse paciente pra fazer no laboratório [...] se não fica com o coração na mão esperando o paciente voltar [...]* (ENF.07)

*Falta de comunicação, de ligação entre os setores. A gente desconhece que caminho seguir, sabe? Onde posso mandar o paciente pra fazer a baciloscopia [...] o que fazer. Ai a gente perde tempo correndo de um lado pro outro.* (ENF.01)

*Eu sinto falta, sabe, tipo de uma equipe que abraçasse os casos junto comigo, não é que eu queira me livrar do paciente, mas que ela pudesse visitar toda semana esse paciente, corresse atrás dessas pendengas [...] A gente não tem transporte disponível sempre, carro é uma grande dificuldade.* (ENF.01)

*A gente tem tanta coisa pra fazer, vacina, pse, pré-natal, campanha [...] tu imagina como é que a gente ainda daria pra fazer como o ministério diz [...]* (ENF.06)

Nas falas, percebe-se ainda a condição de sobrecarga de trabalho em detrimento a uma categoria profissional. Em relação à atuação do enfermeiro, no acompanhamento à pessoa com TB, deve contemplar principalmente duas dimensões: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, englobando o gerenciamento dos recursos humanos e a integração entre os programas; e a assistencial, ligada à organização e à realização das ações do cuidado diretamente envolvidas no tratamento com o TDO e os registros utilizados.

Além dos problemas relacionados, ficam evidentes sentimentos de medo no que diz respeito ao contágio da TB, mas também o sentimento de angústia, desânimo, frustração e impotência na luta contra a doença. O profissional sente-se muitas vezes sozinho nessa luta, o que consequentemente leva a uma frustração das ações no serviço.

*[...] e quando a gente diz pro ACS que na área dele tem um paciente com TB ele fica com medo de visitar* (ENF.01).

*Tenho medo [...] a gente atende muita gente, entra em contato com pessoas que a gente não sabe o que tem [...] nem sempre a gente tem os EPI's [...] ou usa quando tem.* (ENF.05)

De maneira geral, foram identificadas dificuldade dos participantes em articularem as ações de promoção de saúde das ações de prevenção de doenças, incentivo da gestão frente às fragilidades encontradas e o apoio da equipe multidisciplinar aos profissionais da APS.

## DISCUSSÃO

A partir dos resultados, constatou-se que na maioria das vezes, as ações de assistência e controle da TB se limitam às consultas realizadas nos consultórios e muitas vezes de maneira individualizada<sup>(9)</sup>. A assistência prestada a esse paciente é oriunda da demanda espontânea ou do encaminhamento da atenção secundária, o que é considerado ineficiente para interromper a cadeia de transmissão, uma vez que o controle é baseado na busca de casos, diagnóstico precoce e adequado, seu tratamento até a cura, evitando possíveis adoecimentos<sup>(5)</sup>. Tal constatação leva à reflexão de que ações de saúde precisam ser intensificadas na perspectiva da integralidade, permitindo a ampliação da atenção ao usuário com TB, em consideração à complexidade do processo saúde-doença e suas várias dimensões<sup>(10)</sup>.

Em relação às estratégias voltadas para o controle e combate da TB, é importante pontuar que a Organização Mundial de Saúde estabeleceu políticas e estratégias para fortalecer a capacidade de resposta contra a TB. A mais recente delas é o Tratamento Diretamente Observado (TDO), cujos principais objetivos incidem na adesão dos pacientes ao tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação, apoio social, prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, redução dos casos de abandono e aumento da probabilidade de cura do paciente<sup>(1)</sup>.

Nesse sentido, ações de saúde precisam ser intensificadas na perspectiva da integralidade, permitindo a ampliação da atenção ao usuário com TB, em consideração à complexidade do processo saúde-doença e suas várias dimensões<sup>(10)</sup>.

A dificuldade para a busca de sintomáticos respiratórios (SR) na demanda dos serviços está associada diretamente ao modo como a assistência é prestada; na falta de empenho, envolvimento e falta de diálogo com o usuário, passando despercebidos os sintomas<sup>(11)</sup>.

Um relatório do Grupo de Ação para Tratamento sobre TB de 2014 mostra quão pouco é investido em pesquisa e desenvolvimento, comparado com o que é necessário, o investimento global total em pesquisa e desenvolvimento em TB foi de cerca de US \$ 675 milhões. Embora esse valor possa parecer substancial, é apenas um terço dos estimados US \$ 2 bilhões necessários para desenvolver novos medicamentos, vacinas e diagnósticos<sup>(1)</sup>.

O ACS pode ser grande aliado na luta contra a TB, devido sua participação no processo terapêutico, pela busca ativa, contribuindo para diminuir a transmissão entre os contatos intradomiciliares do portador da doença e para o fortalecimento do vínculo dos pacientes com as unidades de saúde<sup>(2)</sup>.

Compreende-se que a incorporação das atividades de controle da TB por parte dos profissionais das equipes se

mostrou prejudicada, principalmente a busca ativa de SR, que não é realizada eficientemente como rotina no serviço. Para tanto, é necessário que as equipes passem a ter o controle da TB incorporado à sua rotina diária de trabalho. Se esta busca não é feita, não há como fechar o ciclo de detecção precoce, tratamento e cura<sup>(2)</sup>.

A falta de insumo pode atrasar o diagnóstico e o início do tratamento, além de prolongar o tempo de transmissibilidade. A disponibilização dos insumos, portanto, é considerada de vital importância à sustentabilidade do TDO, principalmente no que tange a viabilização da baciloscopia<sup>(9)</sup>.

Ademais, sinaliza-se a importância de que os diversos serviços de saúde estejam interligados aos pontos das RAS, sendo capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado<sup>(9)</sup>. É necessário que todos os atores envolvidos neste processo estejam integrados e articulados de forma a garantir todo o tratamento e acompanhamento do paciente com TB na APS, além de ser imprescindível uma estrutura mínima para os procedimentos, como os insumos necessários para o exame de baciloscopia e a disposição em tempo hábil de outros serviços referenciados<sup>(12)</sup>.

A equipe da APS vivencia no cotidiano de suas práticas, situações limite, como pobreza, desigualdade social, violência, abandono, doença, dentre outras, o que favorece o aparecimento de sentimentos de frustração, impotência e de angústia. A frustração do trabalhador acontece quando se identifica com o sofrimento do usuário, reconhecendo sua própria dor e a incapacidade de lidar com ela, percebendo suas vulnerabilidades enquanto ser humano<sup>(13)</sup>.

Por vezes o tratamento da TB é prejudicado pela dificuldade do trabalhador em lidar com suas limitações, como o medo em adquirir a doença, seja por não saber enfrentá-lo, por preconceito ou por não possuir conhecimento específico da enfermidade<sup>(12)</sup>.

De maneira geral, para que o trabalho do enfermeiro da ESF se qualifique, com base nos cuidados prioritários da APS (promoção de saúde e prevenção de doenças em todos os seus níveis), faz-se necessário que esse profissional aprimore seus saberes, o que é reforçado quando se identifica em países como Canadá, Estados Unidos, Austrália, China, Nova Zelândia, Reino Unido, Espanha, Holanda e Suíça, a incorporação do enfermeiro de prática avançada que monitora rigorosamente pessoas com doenças crônicas e patologias agudizadas tênues, conforme protocolos preestabelecidos<sup>(4)</sup>.

Com embasamento na CBPR, os participantes tiveram a oportunidade de (re)conhecer o seu cotidiano, o modo como o reconstruam em seu imaginário, bem como identificar a relação que com ele estabelecem para, ancorados na sua

subjetividade, buscar criticá-lo e, simultaneamente, agir sobre ele<sup>(14)</sup>.

AAPS representa na atualidade o recurso norteador para a reorientação do sistema de saúde brasileiro e o enfermeiro que integra esta equipe deve ter conhecimento sobre promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, como uma estratégia que contribui para a referida reorganização. Para tanto, se faz necessário à ampliação das ações de enfermagem com vistas à melhoria da cobertura universal e ampliação do acesso aos serviços de saúde<sup>(15)</sup>.

Diante do exposto, considera-se a possibilidade de se aumentar o escopo da prática do enfermeiro e nesse sentido, o que pode favorecer o funcionamento do sistema de saúde e possibilitar a efetivação das mudanças no paradigma da atenção em saúde, nas legislações e nas políticas de saúde.

### Limitações do estudo

O estudo apresenta a realidade de um município do estado do Ceará, porém com realidades e resultados semelhantes com estudos ademais discutidos. O acesso aos pacientes com TB tornou-se limitação devido à ausência de transporte institucional para a realização de visitas domiciliares, subnotificando os indicadores para a identificação precoce diagnóstica do paciente e dos contactantes, outra limitação identificada foi o medo dos profissionais em adquirir a doença, seja por não saber enfrentá-lo, por preconceito, ou por não possuir conhecimento específico da enfermidade.

### Contribuições para a prática

Os resultados deste estudo refletem em uma prática que precisa se fortalecer por meio da educação permanente, uma vez que as iniquidades ainda estão presentes entre os profissionais em relação aos níveis instrucionais no Brasil, exigindo assim, um maior protagonismo desse sujeito frente às atitudes e tomada de decisão da APS no âmbito da prevenção de doenças e promoção de saúde, executando o que é ideal, em oposição ao real, instigando sempre a prática baseada em evidências.

Portanto, é fundamental que as instituições brasileiras que regulam o ensino de graduação e pós-graduação ofereçam uma preparação sólida e fundamentada nos desafios enfrentados pelos enfermeiros para se oferecer um cuidado integral ao paciente acometido por TB.

### CONCLUSÃO

Acompanhar um usuário com TB é um desafio para os profissionais e para o serviço de saúde. A compreensão, a partir de reflexões de como acontece o trabalho no

controle e combate da TB na APS, permitiu a identificação das dificuldades e vulnerabilidades pelos enfermeiros, subsidiando a tomada de decisão e a definição de estratégias de intervenção, auxiliando, assim, na superação das fragilidades existentes nos serviços de saúde.

Para tanto, foi primordial a associação entre os diferentes métodos de coleta, fundamentado nos pressupostos da CBPR que promoveu o desenvolvimento de confiança entre os pesquisadores e os enfermeiros, fator essencial para se alcançar uma participação significativa. Possibilitou, ainda, o aumento de capacidades

dos participantes no que diz respeito ao desenvolvimento de uma consciência crítica, bem como o direcionamento da intervenção para uma compreensão mais ampla acerca dos fatores intervenientes no enfrentamento da TB pela APS.

**Contribuição dos Autores:** Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Lucilla de Sousa Olímpio de Melo, Eliany Nazaré de Oliveira, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Lorena Saraiva Viana, Flávio Araújo Prado, João Breno Cavalcante Costa.

## REFERÊNCIAS

1. Zumla A, George A, Sharma V, Herbert RHN, Oxley A, Oliver M. The WHO 2014 global tuberculosis report—further to go. *The Lancet Global Health*, 2015; 3(1): e10–e12.
2. Ministério da Saúde (BR). Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde- Tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
3. Batalha E, Morosini L. Atenção aos esquecidos. 18<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária. *Rev Radis*. 2013; jan. 1(124):08-17.
4. Moll M, Boff N, Silva P, Siqueira T, Ventura C. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enferm Foco*. 2019; 10(3): 134-140.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
6. Kitzinger J, Barbour R (Ed.). *Developing focus group research: politics, theory and practice*. Sage, 1999.
7. Minkler M, Wallerstein N. *Community-based participatory research for health: From process to outcomes*. John Wiley & Sons. 2011.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13<sup>rd</sup> ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Lavôr DCBDS, Pinheiro JDS, Gonçalves MJF. Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50(2): 247-254.
10. Cecilio HPM, Teston EF, Marcon SS. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(3): 1-9.
11. Soares HBM, Coelho IM, da Costa Monteiro SH, Sousa Araújo AS, Rocha FCV. Evaluation contact tuberculosis in the family health strategy for nurses. *Rev Enferm da UFPI*. 2016; 5(1): 52-59.
12. Scatolin BE, Pinto ESG, Arcêncio RA, Andrade RL P, Wysocki AD, Ponce MAZ, Palha PF. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(2): 261-269.
13. Cardoso CML, Pereira MO, Moreira DDA, Tibães HBB, Ramos FRS, Brito MJM. Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no cotidiano. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(spe): 89-95.
14. Maia CPRF. C. Entre desafios e potencialidades [manuscrito]: avaliação da participação comunitária em um programa de controle da esquistossomose e de promoção da saúde. 2015.148fl. Dissertação (Mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 2015.
15. Paz EPA, Cunha CLF, Menezes EA, Santos GL, Ramalho NM, Werner RCD. Práticas avançadas em enfermagem: discutindo a valorização do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2018; 9(1):41-3.

# PERFIL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO ONCOLOGISTA: RETRATO DE SERGIPE

Simone Yuriiko Kameo<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0035-2415>

Larissa Raquel Costa Rocha<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0858-9326>

Moniery da Silva Santos<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4626-8462>

**Objetivo:** traçar o perfil do enfermeiro de unidades ambulatoriais e hospitalares oncológicas no estado de Sergipe e analisar seu nível de satisfação no trabalho em oncologia. **Método:** estudo exploratório, transversal, quantitativo, realizado com 26 enfermeiras que atuam em oncologia em Sergipe. Realizadas entrevistas sobre os aspectos sociodemográficos, acadêmicos, profissionais e avaliação do nível de satisfação profissional, mediante questionário S20/23, no período de julho/dezembro de 2017. **Resultados:** todas do sexo feminino, média de 35 anos de idade, maioria sem especialização na área oncológica. Quanto à satisfação profissional global, verificou-se que 45% são parcialmente satisfeitas e 30% totalmente satisfeitas para os fatores abordados, com escore médio de satisfação de 4,22. **Conclusão:** ficou evidente a falta de qualificação especializada, predomínio da satisfação no trabalho quanto ao relacionamento com os pacientes. Espera-se que os gestores percebam a importância de um olhar para a saúde e subjetividade de enfermeiros oncológicos para melhoria da assistência.

**Descritores:** Enfermagem; Oncologia; Competência Profissional.

## PROFILE AND PROFESSIONAL SATISFACTION OF THE ONCOLOGIST NURSE: PORTRAIT OF SERGIPE

**Objective:** To profile the nurse of oncology outpatient and hospital units in the state of Sergipe and analyze their level of job satisfaction in oncology. **Method:** Exploratory, cross-sectional, quantitative study conducted with 26 nurses working in oncology in Sergipe. Interviews were conducted on sociodemographic, academic, and professional aspects and assessment of the level of job satisfaction, using the S20 / 23 questionnaire, in July / December 2017. **Results:** All females, average 35 years old, mostly without specialization, in the cancer area. Regarding overall job satisfaction, it was found that 45% are partially satisfied and 30% fully satisfied for the factors addressed, with an average satisfaction score of 4.22. **Conclusion:** It was evident the lack of specialized qualification, predominance of job satisfaction regarding the relationship with patients. It is expected that managers realize the importance of a look at the health and subjectivity of cancer nurses to improve care.

**Descriptors:** Nursing; Medical Oncology; Professional Competence.

## PROFILE AND PROFESSIONAL SATISFACTION OF THE ONCOLOGIST NURSE: PORTRAIT OF SERGIPE

**Objective:** To profile the nurse of oncology outpatient and hospital units in the state of Sergipe and analyze their level of job satisfaction in oncology. **Method:** Exploratory, cross-sectional, quantitative study conducted with 26 nurses working in oncology in Sergipe. Interviews were conducted on sociodemographic, academic, and professional aspects and assessment of the level of job satisfaction, using the S20 / 23 questionnaire, in July / December 2017. **Results:** All females, average 35 years old, mostly without specialization, in the cancer area. Regarding overall job satisfaction, it was found that 45% are partially satisfied and 30% fully satisfied for the factors addressed, with an average satisfaction score of 4.22. **Conclusion:** It was evident the lack of specialized qualification, predominance of job satisfaction regarding the relationship with patients. It is expected that managers realize the importance of a look at the health and subjectivity of cancer nurses to improve care.

**Descriptors:** Nursing; Medical Oncology; Professional Competence.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Sergipe, SE.

Autor correspondente: Simone Yuriiko Kameo E-mail: [simonekameo@hotmail.com](mailto:simonekameo@hotmail.com)

Recebido: 05/11/2018

Aceito: 05/11/2019

## INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença com grande importância epidemiológica e magnitude social, representando a segunda causa de mortalidade no Brasil e no mundo. Esse crescimento tem se refletido no aumento do número de tratamentos ambulatoriais, das taxas de internações hospitalares e dos recursos utilizados para custear os tratamentos<sup>(1)</sup>. Diante desta realidade epidemiológica, o aumento crescente do número de pessoas diagnosticadas com câncer inspira cuidados especiais e necessidade de profissionais qualificados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, pode-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer e 17 milhões de mortes por câncer<sup>(1)</sup>.

Na enfermagem, essa evolução da oncologia como especialidade, nas últimas décadas, mostra um grande progresso da prática profissional. Observa-se um crescente entendimento do câncer como um problema não só biológico, mas também social, econômico e psicológico<sup>(2)</sup>. A qualidade do cuidado de enfermagem abarca a prestação de serviços que atendam com segurança as necessidades dos pacientes, alavanquem a sua satisfação e/ou de familiares; e, ao mesmo tempo, se utilize estrategicamente dos recursos disponíveis à assistência<sup>(3)</sup>.

A avaliação da satisfação profissional tem sido fator importante na busca pela melhoria do cuidado, sobretudo nos profissionais da área da enfermagem que sofrem com carga horária excessiva, falta de política salarial mais justa, melhores condições de trabalho, como salas de descanso nas instituições de saúde<sup>(4,5)</sup>.

Esses aspectos podem ser acentuados no trabalho em unidades de oncologia, no qual os profissionais estão bastante expostos ao sofrimento psicológico, o que pode implicar em satisfação ou insatisfação destes profissionais durante a atividade laboral<sup>(6)</sup>.

Assim, este estudo teve como objetivo traçar o perfil do enfermeiro que atua em unidades ambulatoriais e hospitalares oncológicas no estado de Sergipe, e analisar o nível de satisfação no trabalho em oncologia.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, transversal com abordagem quantitativa.

### Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 26 enfermeiros que atuam em instituições oncológicas no estado de Sergipe. Foram incluídos, na pesquisa, enfermeiros que exerciam funções ligadas a pessoas com câncer, seja na assistência ou gerência dos serviços oncológicos. Dentre os critérios de exclusão, estão enfermeiras ausentes no momento da coleta de dados, por motivos de licenças, férias ou impossibilidades justificadas

pelas mesmas nas instituições de saúde, além de enfermeiros atuantes na atenção primária.

### Local do estudo

O referido estudo foi desenvolvido em oito das nove instituições de saúde que realizam tratamento de pessoas com câncer, a nível secundário e terciário no estado de Sergipe. Foram incluídos 02 hospitais gerais de atendimento pelo SUS, 02 hospitais gerais privados e 04 ambulatorios privados de tratamento com quimioterapia.

### Coleta de dados

O instrumento para coleta de dados foi construído com dados sociodemográficos, além de aspectos acadêmicos e profissionais, como universidade em que se formou, titulações, categoria e funções, turno de trabalho, carga horária, escala de trabalho, tempo de atuação na área da oncologia, locais de trabalho em oncologia e fora desta e renda mensal. Foi realizado teste piloto com 03 enfermeiras, feitas adequações pertinentes, utilizando-se o instrumento para a coleta dos dados.

A avaliação do nível de satisfação profissional foi feita através de questionário S20/23, validado e adaptado à realidade brasileira, na língua portuguesa, por Carlotto e Câmara<sup>(6)</sup>, com profissionais da área da saúde e educação, o que determinou a escolha do instrumento. Contém perguntas fechadas de múltipla escolha, cujo objetivo é avaliar a satisfação no trabalho em três contextos organizacionais: relação intrínseca, ambiente físico e relações hierárquicas. Em cada pergunta, o entrevistado pode responder através de uma legenda que varia de 1 a 5, sendo 1 totalmente insatisfeito e 5, totalmente satisfeito.

### Procedimentos de análise dos dados quantitativos

Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa IBM® SPSS Statistics Version 22, no qual os dados foram apresentados de forma numérica e em porcentagem, além de serem mostrados em tabelas e confrontados com a literatura atual. O escore médio de cada dimensão da escala de satisfação profissional foi obtido de acordo com a quantidade de itens que cada dimensão possui. Para estimar os fatores associados à satisfação do trabalho, foi feita análise bivariada. Os testes t de student ou ANOVA foram utilizados para comparar médias entre os índices de satisfação global, intrínseca e hierarquia.

### Procedimentos éticos

A coleta de dados foi realizada durante 4 meses, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Sergipe (UFS), nº CAE 69489917.2.0000.5546 em conformidade com as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. As pesquisadoras solicitaram que as enfermeiras informassem

previamente a data e horário para realização da coleta de dados e, após o agendamento, as entrevistas foram realizadas, em ambiente reservado, nas dependências das instituições selecionadas.

## RESULTADOS

Foram identificadas 33 enfermeiras que atuam na área da oncologia no estado de Sergipe. Desses, foram entrevistadas 26 enfermeiras que trabalham em funções diretamente ligadas a pessoas com câncer, seja na assistência ou gerência dos serviços oncológicos. A média de idade foi de 35 anos. Quando perguntadas sobre as titulações, 80% respondeu que possuía apenas a graduação em enfermagem, sem nenhuma especialização na área da oncologia, mas que sempre buscam cursos de atualização profissional na área em que trabalham. Além disso, a maioria das entrevistadas não teve, na graduação, uma matéria específica de oncologia.

Sobre o local de trabalho, 83% trabalham no setor de quimioterapia, 7% em radioterapia e 10% em internação hospitalar com pacientes acometidos pelo câncer. A maior parte (62%) respondeu não trabalhar em cargos de gestão. A renda mensal líquida de 5 a 8 salários mínimos predomina entre as entrevistadas.

Na análise da satisfação profissional global, 45% das enfermeiras afirmaram estar parcialmente satisfeitas e 30% manifestaram-se totalmente satisfeitas, enquanto apenas 2% se mostraram totalmente insatisfeitas. A tabela 1 descreve os resultados das questões de satisfação profissional através do agrupamento dos fatores: satisfação com as relações hierárquicas, ambiente físico do trabalho, intrínseca do trabalho e satisfação global.

**Tabela 1** - Média, desvio-padrão de cada item, por dimensão e global das respostas sobre satisfação profissional das enfermeiras. Aracaju, 2018.

Itens	Média	Desvio Padrão
<b>Relações hierárquicas</b>	<b>4,06</b>	<b>3,09</b>
10 - com as relações pessoais com as instâncias do poder	4,04	0,84
11 - com a supervisão sobre o trabalho que realiza	4,04	0,66
12 - com a periodicidade das inspeções realizadas	3,73	0,87
13 - com a forma como avaliam e julgam seu trabalho	3,46	0,90
14 - com a igualdade de tratamento e sentido de justiça	4,50	4,14
15 - com o apoio recebido das instâncias superiores	4,61	4,18
16 - com a autonomia de decidir sobre o seu próprio trabalho	4,76	4,35
17 - com a participação nas decisões na área de trabalho a que pertence	4,56	4,34

18 - com a possibilidade que lhe dão de participar nas decisões da área de trabalho a que pertence sobre assuntos relacionados à organização	4,53	4,40
19 - com o espírito de colaboração dos meus colegas de trabalho	4,33	4,26
20 - com o seu salário atual	3,93	4,25
21 - com o seu relacionamento com os pacientes	3,31	4,82
22 - com o seu relacionamento com a equipe	4,73	4,31
24 - com preocupações exigidas pelo meu trabalho	4,47	4,12
<b>Ambiente físico</b>	<b>4,01</b>	<b>1,63</b>
5 - com a higiene e salubridade do seu local de trabalho	3,96	1,03
6 - com o ambiente e espaço físico do seu local de trabalho	3,62	1,23
7 - com a iluminação do seu local de trabalho	4,08	0,89
8 - com a ventilação do seu local de trabalho	3,96	1,21
9 - com a climatização do seu local de trabalho	3,92	1,19
23 - com os materiais e recursos oferecidos para realização do trabalho	4,53	4,26
<b>Relação intrínseca</b>	<b>4,07</b>	<b>0,91</b>
1 - com o trabalho enquanto fator de realização	4,2	1,14
2 - com as oportunidades para fazer coisas nas quais se destaca	4,04	0,82
3 - com a oportunidade de fazer coisas de que gosta	4,12	0,86
4 - com os objetivos e metas que deve alcançar	3,92	0,84
<b>Escala global</b>	<b>4,22</b>	<b>2,05</b>

## DISCUSSÃO

O Brasil possui 507.887 enfermeiros inscritos nos Conselhos Regionais de Enfermagem; já, em Sergipe, são 5.112 enfermeiros com inscrições ativas<sup>(7)</sup>; destes, 33 atuam na área de oncologia nos níveis secundário e terciário.

Este estudo reforça a predominância de mulheres na enfermagem, que historicamente prevalece nas áreas da saúde e educação com características de papéis eminentemente femininos. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos que avaliam qualidade de vida, satisfação no trabalho, estresse e burnout em docentes de nível superior na área da saúde<sup>(6,8)</sup>.

Parcela expressiva das profissionais investigadas atuavam no setor sem especializações na área da oncologia (80%) e não tiveram matérias/disciplinas em oncologia durante a graduação em enfermagem (65%), o que remete à falta de especialização nesta área e pouca inserção desta especialidade nas universidades cursadas pela amostra pesquisada. Em estudo de Lins<sup>(9)</sup>, quando questionados os enfermeiros sobre formação para o cuidado em oncologia, 56% não receberam e 44% receberam informações sobre o tema. Apesar disso,

85% relataram participar de cursos de atualização profissional, demonstrando grande interesse em se manter atualizados e capacitados para atender as especificidades do paciente oncológico, além de aprimoramento para exercer suas funções.

A qualificação profissional deve estar em conformidade e sintonia com os padrões de competitividade do mercado de trabalho, destacando que é imprescindível que os enfermeiros busquem, constantemente, um saber científico que subsidie a prática assistencial<sup>(9)</sup>. Em pesquisa realizada por Silva<sup>(10)</sup>, com equipe de enfermagem, constatou-se que os profissionais têm conhecimento diferenciado e alto nível intelectual, sendo que a Instituição pesquisada apresenta Plano de Carreiras do Ministério da Ciência e Tecnologia, com valorização monetária do profissional com qualificação e titulação, fator motivador na busca por aprimorar conhecimentos e de retenção profissional.

Quanto ao salário, prevaleceu a média de 2 a 4 salários mínimos, com média de satisfação de 3,93 com o salário atual, sendo uma preocupação cotidiana dos profissionais de enfermagem, mostrando insatisfação e a busca por outros empregos, a fim de aumentar a renda e melhorar a qualidade de vida. A ameaça constante de desemprego e os baixos salários impactam na subjetividade dos trabalhadores provocando sentimento de insegurança, desvalorização, insatisfação e desmotivação<sup>(11)</sup>.

A maioria trabalha em clínica privada (57%), fora de cargos de gestão (62%), no setor de quimioterapia (83%), um setor que requer uma assistência de enfermagem de qualidade, aliando conhecimento científico e técnico. Os resultados apontaram que 73% não possuíam outro vínculo empregatício, corroborando com estudo realizado por Silva<sup>(10)</sup>, no qual a maior parte dos sujeitos (60,34%) atua em apenas um hospital e 67,24% sentem-se satisfeitos em trabalhar no setor atual.

Quanto à satisfação profissional global, verificou-se um escore médio de satisfação de 4,22. Os resultados indicaram que, de uma maneira geral, as enfermeiras estão satisfeitas com as relações hierárquicas, ambiente físico e relações intrínsecas no trabalho, evidenciadas na satisfação com o relacionamento com pacientes (80,7%), climatização (38,4%) e recursos do ambiente de trabalho (46,3%), e como trabalho como fator de realização (50%). Isso demonstra que quanto mais o profissional for valorizado e participar nas tomadas de decisões da instituição, mais satisfeito ele estará no seu trabalho.

No que se refere às relações hierárquicas, 37,8% consideraram estar totalmente satisfeitas, com destaque ao relacionamento com os pacientes, relatado por 80,7% da amostra e supervisão dos superiores sobre o trabalho que realiza diariamente (57,6%). Na oncologia, há formação de fortes vínculos afetivos entre a equipe de enfermagem, o paciente e sua família, em decorrência do tratamento que, em geral, é prolongado. O ambiente hospitalar é rico em situações conflituosas e estressantes que afetam a qualidade de

escuta dos clientes e fragilizam os vínculos interprofissionais, dificultando o encontro de espaços projetores de satisfação no trabalho<sup>(12)</sup>.

Quanto aos aspectos relacionados ao ambiente físico, foram considerados parcialmente e totalmente satisfeitos (36,9%), com destaque para higiene e salubridade do local de trabalho (46,3%), e materiais e recursos oferecidos para a realização do trabalho (46,3%). A satisfação no trabalho é um estado emocional resultante da interação de profissionais, suas características pessoais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho. O impacto do trabalho provoca repercussões sobre a saúde e o sentimento de bem-estar do indivíduo e da equipe, como analisado em estudo realizado por Andrade<sup>(12)</sup>, no qual a formação específica não garante a inexistência de dificuldades no exercício profissional no atendimento pré-hospitalar e estas evocam a necessidade de aperfeiçoamento, atualização constante e educação em saúde da população.

Assim como a satisfação do paciente é considerada um construto complexo e multifatorial, que inclui diferentes elementos relacionais, do ambiente e contexto organizacional, compreende-se que a satisfação entre os profissionais de saúde perpassa a mesma singularidade, devendo ser igualmente estudada e receber maior atenção, por meio da ampliação de debates<sup>(10)</sup>.

Sobre as relações intrínsecas, 53,3% consideraram estar parcialmente satisfeitas, destacando-se relatos de 65,3% quanto aos objetivos e metas que devem alcançar; 50% manifestaram estar totalmente satisfeitas com o trabalho como fator de realização. As dificuldades nas relações intrínsecas contribuem para a ocorrência de estresse ocupacional e, conseqüente, aumento do absenteísmo e afastamento do trabalho por motivo de doença, readaptação funcional e aposentadorias precoces<sup>(13)</sup>.

Os motivos de insatisfação profissional foram descritos pela minoria (15%). Relataram estar totalmente insatisfeitos nas relações hierárquicas (3,4%), com destaque no salário atual; totalmente insatisfeitos no ambiente físico (2,5%), com destaque à insatisfação com o ambiente e espaço físico do local de trabalho e ventilação; totalmente insatisfeitos na relação intrínseca (0,9%), com destaque para insatisfação com oportunidades de fazer coisas que gosta. A insatisfação surge quando não são concretizadas ou atendidas necessidades e expectativas pessoais em relação ao trabalho, considerando desempenho pessoal e profissional, seguindo um parâmetro considerado exequível nos aspectos econômicos, sociais, físicos e mentais<sup>(14)</sup>.

De acordo com Theme<sup>(15)</sup>, a insatisfação pode ser gerada pela precariedade e insuficiência de recursos materiais, organização inadequada do trabalho, exaustiva carga de trabalho e falta de comprometimento de alguns trabalhadores, tendo como consequência distúrbios psíquicos, pior percepção

da própria saúde, maior rotatividade, queda na qualidade do serviço, esgotamento, além de outros prejuízos ao trabalhador, a sua saúde e qualidade de vida<sup>(10,15)</sup>.

### Limitações do estudo

O método de coleta de dados (entrevista face a face e no próprio ambiente de trabalho) pode ter se constituído em uma limitação do estudo, pela dificuldade dos participantes criticarem a instituição de trabalho e chefias, principalmente, quando se trataram de clínicas e instituições hospitalares. Outra limitação pode estar associada ao instrumento de coleta de dados que, apesar de validado no Brasil com profissionais da educação e da saúde, pode ter falhado em captar particularidades da oncologia.

### Contribuição do estudo para a prática

Este estudo possibilitou um diagnóstico situacional das enfermeiras que assistem pacientes oncológicos no estado de Sergipe, assim como sua caracterização, qualificação, abrangência e satisfação com o trabalho. Através disso, as gerências das instituições têm subsídios para analisar o atual quadro de profissionais nesta área e a necessidade de investimentos em especializações, capacitações, mudança na grade curricular, a fim de qualificar cada vez mais a assistência de enfermagem a estes pacientes.

### CONCLUSÃO

Este estudo traçou o perfil de enfermeiras que atuam no atendimento a pessoas com câncer, mostrando a falta de

qualificação especializada no exercício da profissão e o vínculo empregatício maior na iniciativa privada.

O estudo revelou fontes de satisfação e insatisfação das enfermeiras, sendo que a maior parte relatou estar totalmente satisfeitas com as relações hierárquicas, a citar: relação com seus superiores, participação nas tomadas de decisões, colaboração dos colegas de trabalho e relacionamento com a equipe e com os pacientes; totalmente e parcialmente satisfeitas com o ambiente físico (higiene, iluminação, ventilação) e parcialmente satisfeitas com o trabalho que realiza. As fontes de insatisfação foram reduzidas, sendo a mais descrita aquela relacionada ao salário atual.

O relacionamento com os pacientes, disposição de materiais e recursos no trabalho, e o trabalho como fator de realização, foram os principais motivos de satisfação profissional relatado neste estudo.

Ressalta-se que esta investigação deve provocar a reflexão dos gestores, centros formadores e futuros enfermeiros quanto ao perfil necessário para o desenvolvimento de atividades especializadas, visto que se almeja a formação de profissionais com uma perspectiva crítica e reflexiva, para que transformem, favoravelmente, suas ações na área da oncologia.

**Contribuição dos Autores:** concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica: Simone Yuriko Kameo, Larissa Raquel Costa Rocha e Moniery da Silva Santos. Todos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

### REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2018: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
- Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>. Acesso: 11 nov. 2018.
- Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de Ensino. Rev. latinoam. Enferm. [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 9]; 22(3). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt\\_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf)
- Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 11]; 26(3). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072017000300325&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000300325&lng=en).
- Silva MCN. O nursing now desembarca no Brasil para evidenciar a força e a capacidade da enfermagem. Enferm Foco. [Internet] 2019 [cited 2019 Set 18]; 10(1). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2322/494>.
- Carlotta MS, Câmara SG. Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). 2008. Psico-USF, 13(2), 203-10.
- Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em números. Brasília (DF): 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
- Oliveira NA, Thofehn MB, Cecagno D, Siqueira HCH, Porto AR. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. Texto contexto - Enferm. 2009. Vol.18 n.º.4.
- Lins FG, Souza SR. Formação dos Enfermeiros para o cuidado em oncologia. Rev enferm UFPE on line. 2018. 12(1):66-74.
- Silva VR, Velasque LS, Tonini T. Satisfação profissional de uma equipe de enfermagem oncológica. Rev. Bras. Enferm. [Internet] 2017;70(5):988-95. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000500988&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500988&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Backes DS, Backes MS, Lunardi VL, Erdmann AL, Büscher A. Internationalization as a challenge to the impact of globalization: nursing contributions. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2014 [cited 2017 nov 23]; 48(5): 772-777. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-772.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-772.pdf).
- Andrade TF, Silva MMJ. Características dos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional. Enferm Foco [Internet] 2019; 10 (1): 81-86. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1444>.
- Faria HX, Dalbello-Araujo M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. Mediações [Internet]. 2011 [cited 2017 nov 23]; 1(16):142-156. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/7880/8495>.
- Druck G. Labor. Precarization and resistances: old and new challenges. Cad. CRH [Internet]. 2011 [cited 2017 nov 23]; 24(1): 37-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/corh/v24nsp1/a04v24nsp1.pdf>.
- Theme Filha MM, Costa MAS, Guilam MCR. Occupational stress and self-rated health among nurses. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 19]; 21(2):475-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0229.pdf>.

# PERCEPÇÕES DE PACIENTES ADULTOS SOBRE A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Danielle Oliveira Maciel<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5341-8481>

Karina De Oliveira Freitas<sup>3</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8708-1944>

Bruna Roberta Paixão dos Santos<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9677-6318>

Rafael Santana Costa Torres<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6682-7631>

Danielle Saraiva Tuma dos Reis<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3966-2901>

Esleane Vilela Vasconcelos<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5083-050X>

**Objetivo:** analisar e descrever as percepções sobre a unidade de terapia intensiva de pacientes adultos que estiveram internados na UTI de um Hospital Universitário de Belém do Pará. **Método:** estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizada com 10 pacientes que estiveram internados na UTI, no período de agosto a dezembro de 2017, através de entrevista semiestruturada e analisada pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** os depoimentos foram sintetizados em quatro unidades: "Percepção prévia e posterior da UTI: Risco de morte versus recuperação"; "Alterações ambientais e de hábitos em UTI: agentes estressores"; "Percepção dos cuidados: aspectos favoráveis e desfavoráveis à humanização"; e "Memórias marcantes". **Conclusão:** com este estudo foi possível observar as percepções prévias e posteriores à internação em unidade de terapia intensiva, assim como as percepções voltadas ao cuidado em saúde recebido e as principais memórias que marcaram a vida dos pacientes após a internação na UTI.

**Descritores:** Cuidado; Cuidados intensivos; Enfermagem.

## PERCEPTIONS OF ADULT PATIENTS ABOUT THE INTENSIVE THERAPY UNIT

**Objective:** To analyze and describe the perceptions about the intensive care unit of adult patients who were hospitalized in the ICU of a University Hospital of Belém do Pará. **Method:** Descriptive, exploratory qualitative approach, carried out with 10 patients who were hospitalized in the ICU, from August to December 2017, through a semi-structured interview and analyzed by the content analysis technique. **Results:** The statements were synthesized in four units: "Prior and subsequent ICU perception: Death risk versus recovery" "Environmental changes and habits in ICU: stressors"; "Perception of care: aspects favorable and unfavorable to humanization"; and "Remarkable Memories". **Conclusion:** With this research it was possible to observe the previous and subsequent perceptions of hospitalization in an intensive care unit, as well as the perceptions regarding health care received and the main memories that marked the life of patients after ICU stay.

**Descriptors:** Care; intensive care; nursing.

## PERCEPCIONES DE PACIENTES ADULTOS SOBRE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

**Objetivo:** Analizar y describir las percepciones sobre la unidad de terapia intensiva de pacientes adultos que estuvieron internados en la UTI de un Hospital Universitario de Belém do Pará. **Método:** Investigación descriptiva, exploratoria de abordaje cualitativo, realizada con 10 pacientes que estuvieron internados en la UTI, en el período de agosto a diciembre de 2017, a través de entrevista semiestruturada y analizada por la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Los testimonios fueron sintetizados en cuatro unidades: "Percepción previa y posterior de la UTI: Riesgo de muerte versus recuperación" "Alteraciones ambientales y de hábitos en UTI: agentes estresores"; "Percepción de los cuidados: aspectos favorables y desfavorables a la humanización"; y "Memorias marcadas". **Conclusión:** Con esta investigación fue posible observar las percepciones previas y posteriores la internación en unidad de terapia intensiva, así como las percepciones volcadas al cuidado en salud recibido y las principales memorias que marcaron la vida de los pacientes después de la internación en la UTI.

**Descritores:** Cuidado; Cuidados intensivos; Enfermería.

<sup>1</sup>O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA), PA

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Pará (UEPA), PA

Autor correspondente: Karina De Oliveira Freitas E-mail: [kof-2011@hotmail.com](mailto:kof-2011@hotmail.com)

Recebido: 05/08/2018

Aceito: 23/09/2019

## INTRODUÇÃO

A partir do desenvolvimento tecnológico na década de 50, foram criadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), devido à necessidade de oferecer suporte avançado de vida às pessoas gravemente enfermas. É uma unidade hospitalar com equipe multiprofissional qualificada e que dispõe de tecnologias específicas para a monitorização contínua dos indivíduos ali internados<sup>(1-2)</sup>.

No contexto social, a UTI ainda é um local assustador e pouco acolhedor<sup>(3-4)</sup>, frequentemente, associada à morte, dado a ideia estigmatizada adotada na antiguidade e que subsiste até hoje, embora seja uma das grandes responsáveis pela redução das taxas de mortalidade hospitalar no último século.

A percepção que um indivíduo cria de uma determinada situação ou ambiente é guiada pela tomada de consciência e captação dos estímulos por meio dos sentidos, decorrente da capacidade de apreender, de distinguir e de interpretar os estímulos que lhe são expostos<sup>(5)</sup>. Assim, quando o indivíduo é internado em uma UTI sem prévias orientações sobre o ambiente e suas rotinas, seu processo de adaptação emocional é ampliado e tudo se torna mais difícil, podendo desencadear situações ditas de crise, em que ele se vê em sua finitude<sup>(6)</sup>.

Neste contexto, observa-se a necessidade de uma assistência em saúde mais completa e humanizada, na qual os profissionais de saúde sejam capacitados, atuantes e que valorizem a singularidade e a multidimensionalidade de seus pacientes, realizando quando possível a educação em saúde, tendo em vista que o cuidado em saúde deve ir além da técnica.

Assim, considerando que a internação em UTI é carregada de estigmas negativos, torna-se relevante desenvolver um estudo dessas experiências e sentimentos vividos pelos pacientes, baseado em suas percepções como forma de se ampliar o cuidado em terapia intensiva e deixá-lo cada vez mais humanizado, a fim de diminuir os aspectos negativos ligados aos pré-conceitos sobre a UTI e as suas vivências pós-internação.

Diante disso, objetivou-se analisar e descrever as percepções sobre a unidade de terapia intensiva de pacientes adultos que estiveram internados na UTI de um Hospital Universitário de Belém do Pará, o alcance desses objetivos contribuirá para o preenchimento de lacunas existentes sobre a percepção destes pacientes e possibilitará uma reflexão humanística acerca do cuidado integral e singular ao paciente internado em terapia intensiva, assim como demonstrará a mudança de pensamento dos pacientes quanto a UTI após alta da unidade.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa.

### Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por 10 pacientes que estiveram internados na UTI. Os critérios para inclusão foram: maior de 18 anos; estar consciente e orientado; haver permanecido na UTI por no mínimo 48 horas e manifestar concordância em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O não atendimento desses critérios implicou a exclusão dos sujeitos.

### Local do estudo

O estudo foi realizado em um Hospital Universitário de referência em Doenças Infecto-Parasitárias do município de Belém, estado do Pará, Brasil.

### Coleta dos dados com explicitação dos instrumentos e procedimentos

A coleta dos dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2017, por meio de entrevista semiestruturada contendo as seguintes questões: O que era a UTI para você? Como se sentiu durante a internação? Como você percebeu os cuidados que recebeu durante a internação na UTI? O que mais marcou o período em que esteve internado? As quais forneceram os subsídios necessários para interpretações e alcance dos objetivos propostos. As entrevistas foram individuais, realizadas nas enfermarias do hospital, nas quais se encontravam os pacientes após alta da UTI em dia e horário previamente agendado, com duração média de 12 minutos. Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos.

### Procedimentos de análise dos dados qualitativos

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo<sup>(7)</sup>. Tal técnica se divide nas seguintes etapas: 1) Familiarização com os dados; 2) Geração de códigos; 3) Busca por temas; 4) Revisão contínua dos temas; 5) Definição dos temas; e, 6) Síntese de uma concepção explicativa<sup>(7)</sup>. A partir desta, os depoimentos dos pacientes foram sintetizados em quatro unidades temáticas: "Percepção prévia e posterior da UTI: Risco de morte versus recuperação"; "Alterações ambientais e de hábitos em UTI: agentes estressores"; "Percepção dos cuidados: aspectos favoráveis e desfavoráveis à humanização"; e "Memórias marcantes".

### Procedimentos éticos

No desenvolvimento do estudo foram respeitados os aspectos éticos exigidos em pesquisas com seres humanos,

em conformidade com a Resolução 466/12, com número de parecer 2.035.164 do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do HUJBB.

## RESULTADOS

Dos 10 pacientes que participaram do estudo, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino. A faixa etária variou entre 18 e 58 anos, destes, sete eram solteiros e três casados. Quanto à religião, seis se declararam católicos e quatro evangélicos. A escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a superior completo. Referente ao tempo de internação, este foi de três a dezoito dias.

### Percepção prévia e posterior da UTI: Risco de morte versus recuperação

Por se tratar de um ambiente desconhecido, com alta complexidade tecnológica e carregada de estigma negativo, a UTI é normalmente condicionada ao sentimento de medo e proximidade com a morte. Nos relatos a seguir, torna-se evidente esta relação da UTI com a morte na perspectiva dos participantes:

*"Antes de ser internada lá, fiquei meio triste, angustiada, com medo (...) passou pela minha cabeça que não fosse me recuperar (...)" (P1)*

*"(...) a gente tem uma imagem que já vai para lá para morrer. Leva um monte de fantasmas, achando que vai achar o 'bicho papão.'" (P2)*

*"(...) ir pra UTI é porque estava no último estágio né. A UTI era uma passagem, dali só para o céu." (P6).*

Relatos pós-internação:

*"(...) é um ambiente pesado, de intubação." (P4)*

*"E eu pensei que lá era só intubado, só caso bem grave, mas não é assim (...) tem gente que só vai se recuperar de uma cirurgia e depois sai." (P5)*

*"Lá cuidam bem da gente, se todo cuidado fosse como na UTI, eu acho que muitas vidas poderiam ser salvas." (P7)*

Os dados mostram que as expectativas negativas trazidas pelos indivíduos antes da experiência da internação na UTI, geralmente, são influenciadas por vivências e informações recebidas. Após vivenciar a UTI, muitos mantiveram sua visão carregada de estigma, no entanto menos focada na morte, fato relacionado à visão de pessoas entubadas, em coma e que por fatalidade vieram a óbito. Dentre os participantes, houve quem associasse a UTI a um cuidado de excelência

capaz de salvar muitas vidas, visão que deve ser estimulada, pois a UTI é um local de recuperação e não de finitude, como muitos imaginam.

### Alterações ambientais e de hábitos em UTI: agentes estressores

Na fala dos participantes fica evidente as alterações da rotina decorrentes da internação, assim como a presença de fatores geradores de estresse, como dificuldade no sono, frio extremo, banho no leito, ficar parado sem nada para fazer e a falta de privacidade para as necessidades fisiológicas:

*"(...) eu não conseguia dormir, eu ficava angustiada, passava o dia todo só deitada em uma cama!" (P3)*

*"O ruim lá é o frio, muito frio, e não tem banheiro. Só tem uma arrastadeira para fazer as coisas, é meio complicado!" (P7)*

*"Não gostava dos banhos, é ruim! Achava que mexiam muito, tinha que virar de lado, e eu não conseguia, doía muito (...)" (P8)*

Assim como períodos de desorientação quanto ao tempo e espaço, geralmente desenvolvidos pela falta de orientação da equipe multiprofissional na assistência diária e/ou pela ausência de iluminação natural no ambiente, culminando assim, para alterações dos hábitos noturnos do usuário, principalmente em relação ao sono:

*"Dormia de manhã e de tarde, aí passava a noite toda acordada, era sempre uma agonia (...) para mim de manhã e tarde eu estava num local, de noite parecia que eu estava em outro. Ficava com medo (...) quando eles (profissionais) apagavam as luzes, eu não sabia se era dia, ou noite. Não sabia a hora, nada, batia um desespero!" (P5)*

Tal fala reflete a necessidade da maior comunicação entre quem cuida e o que é cuidado, como instrumento facilitador no processo das relações interpessoais, que pode exercer forte influência no modo de agir e de pensar das pessoas, de acordo com a mensagem e a maneira como ela é repassada.

### Percepção dos cuidados: aspectos favoráveis e desfavoráveis à humanização

O cuidado é o desenvolver de atitudes e comportamentos com finalidade de promover, manter e ou recuperar a saúde. Através dos relatos dos participantes, pode-se observar suas percepções sobre os cuidados recebidos durante sua estadia na UTI, nos quais se destacam aspectos positivos e favoráveis à humanização do cuidado, assim como aspectos negativos:

*“Me senti segura, devido a atenção da equipe de enfermagem. Me acolheram, me ajudaram, me deram segurança e carinho, tiraram um pouquinho do meu medo (...)” (P2)*

*“Eu senti que eu estava sendo bem cuidado (...) As meninas da enfermagem, elas estavam lá sempre disponíveis. Só posso agradecer” (P4)*

*“Elas conversavam comigo, perguntavam o que estava sentindo, o que eu estava precisando, me davam força (...)” (P7)*

#### Aspectos negativos:

*“Eu estava com esse negócio aqui, né, o cateter, e na hora do banho a mulher arrancou. Uns não têm cuidado no banho, me mexiam muito, era dolorido.” (P3)*

*“Tinha uma lá (técnica de enfermagem). Não gostava dela! Porque sempre fiquei de chamar levantando a mão e deixava a porta aberta para elas me verem. Ai toda vez ela vinha e fechava. Falava mal de mim para as outras e eu só ouvia. Ai toda vez eu rezava para ela não cair comigo.” (P5)*

Diante do exposto, os aspectos positivos do cuidado mostram a importância do estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o cliente, no processo de enfrentamento e superação dos desafios durante a internação, tendo como consequência a valorização do profissional de saúde. Quanto aos aspectos negativos do cuidado relatados, estes contradizem a essência da palavra cuidado, e aqui são apresentados com o intuito de gerar reflexões quanto à assistência prestada e a necessidade de se investir cada vez mais em práticas humanizadoras.

#### Memórias marcantes

Nos relatos apresentados abaixo, as situações que mais marcaram os usuários foram referentes aos cuidados recebidos e a visualização de outros pacientes em situação grave, experiências que lhes forçaram a uma autorreflexão sobre a fragilidade humana e sua finitude, assim como a busca por cura através de um ser maior:

*“O que me chamou atenção foi os cuidados deles (profissionais de enfermagem), pelo carinho. Elas me reanimaram, conversavam comigo quando eu ficava triste. Me davam esperança” (P1)*

*“Uma pessoa me marcou muito (...) ela era a enfermeira da noite. Nossa! (choro), ela conversava comigo sabe (silêncio) quando eu via ela me dava vontade de chorar porque ela é como se fosse uma mãe. Me identifiquei muito com ela (choro)” (P5)*

*“Foi um amigo que estava do meu lado. Ele estava com câncer, depois que ele fez uma cirurgia, ouvi a doutora dizer: “Esse senhor não está grave, está gravíssimo!” Aquilo ficou na minha cabeça “gravíssimo”. Ver aquela pessoa ali do meu lado sem poder fazer nada. Comecei a orar, pedir pra Jesus que desse a recuperação dele” (P6)*

*“Foi uma menina de 15 anos. Ela chegou de noite numa maca, aí eu fiquei pensando: Meu Deus! Eu ainda vim de cadeira de roda. De manhã deu duas paradas nela e ela faleceu (silêncio). Aí eu fiquei pensando: Como as coisas são (choro) dois meses atrás, eu estava em casa boa e naquele dia eu estava numa UTI vendo uma menina mais nova do que eu morrer.” (P8)*

Nesta unidade, é possível destacar as experiências mais significativas que o período de internação na UTI trouxe a esses participantes, assim como evidencia a falta de cuidado no repasse de informações sobre a condição clínica dos usuários, ao permitir que um paciente reflita sobre a gravidade de outro paciente ao seu redor.

#### DISCUSSÃO

A UTI centraliza o máximo de esforços humanos e tecnologias de cuidado para o restabelecimento pleno do indivíduo à sua condição clínica normal ou ao menos a redução do agravo que o conduziu à hospitalização, e embora seja o local mais recomendado para o atendimento de pacientes críticos com possibilidade de recuperação, ela aparenta ser um dos ambientes mais agressivos e traumatizantes de um hospital, dado sua alta sofisticação tecnológica, aparência do paciente internado com ventilação mecânica e a separação do núcleo familiar<sup>(8-10)</sup>.

Entende-se que a experiência do paciente na terapia intensiva começa antes mesmo dele ser internado na UTI, visto existirem diversas ideias estigmatizadas, nas quais há a associação da UTI com a morte e o sofrimento. Portanto, é importante que a equipe de saúde, durante o processo de internação, realize o acolhimento do paciente buscando compreender seus medos e preconceções do local em que se encontra, para então fornecer as devidas informações e assim lhe proporcionar mais tranquilidade e nova concepção do que vem a ser a UTI e sua finalidade<sup>(9,11)</sup>.

Em concordância com os achados aqui apresentados, o estudo realizado em um hospital público no Sul do Brasil evidencia a percepção de pacientes da UTI como um setor de atendimento a pacientes em estado crítico e com risco de morte, os quais descreveram que ser internado na UTI significa estar muito doente, mas que, através do cuidado ali recebido, eles têm a chance de se recuperar e sair melhor do que entraram<sup>(12)</sup>.

A UTI também é conhecida como um ambiente gerador de estresse, que afeta tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes ali internados. Entre os fatores desencadeantes de estresse, tem-se a: ausência de iluminação natural, perturbação dos padrões de sono relacionados aos sons emitidos pelos equipamentos, ausência de relógios para acompanhamento do tempo, privação do contato contínuo com familiares e amigos, e procedimentos clínicos que fazem o paciente experimentar diferentes tipos de desconfortos físicos e psicológicos<sup>(13)</sup>.

Tais informações corroboram com os dados aqui apresentados e reforçam a necessidade de se promover um ambiente humanizado e acolhedor nas UTI, que resultem bem-estar ao paciente, por meio de atitudes como controle da temperatura ambiente em torno de 20 e 23°C, com o intuito de atenuar os extremos da climatização artificial, promoção de acesso à luz natural, para que o usuário consiga acompanhar o ciclo dia/noite e mantenha sua orientação em relação ao tempo e espaço, assim como expor um relógio para que ele acompanhe as horas do dia, visto que quando conscientes estes usuários ficam ociosos e desprovidos de informações<sup>(14)</sup>.

Atrelado a essas recomendações, é de suma importância a preservação da privacidade e individualidade do usuário<sup>(15)</sup>, que devem estar baseadas nos valores por ele apresentadas, como: aspectos culturais, motivo da internação e percepção prévia da UTI<sup>(16)</sup>. Compreende-se que não se pode apenas elencar estratégias e aplicá-las, deve-se considerar a necessidade de adaptá-las a cada realidade e ao contexto sociocultural em que estão inseridos os atores do processo e a estrutura do hospital<sup>(17)</sup>.

Diante dos relatos, os cuidados em saúde tiveram destaque por sua execução humanizada e acolhedora, fato que permitiu que o período da internação não fosse marcado apenas pelo medo e visualização da morte. O cuidado humanizado acontece na perspectiva de se assistir o paciente, não somente em seu contexto biológico, mas de forma integral, por meio da escuta, do compartilhamento de informações, sentimentos, transmissão de respeito e afetividade<sup>(18)</sup>.

Em um estudo sobre humanização na UTI<sup>(19)</sup>, alguns profissionais destacaram que muitos aspectos no manejo com os usuários podem ser desumanizantes e, por conseguinte, dificultadores do processo que leva a execução das diretrizes do sistema único de saúde<sup>(20)</sup> quanto ao tratamento e envolvimento com os usuários. Entre os aspectos desumanizantes, estão: comentários inoportunos, barulhos constantes, falta de privacidade do usuário e a utilização de rótulos/apelidos para se referir ao usuário.

Como forma de se mudar esta realidade, é necessário,

frente a perspectiva humanística do cuidado, que os profissionais de saúde, com destaque para os de enfermagem por estarem em maior contato com o usuário, busquem cada vez mais humanizar sua assistência, de maneira a oportunizar as relações entre profissional, paciente e familiar, assim como criar vínculos de confiança, para que estes se sintam seguros e bem cuidados<sup>(21)</sup>.

Por mais importante e indispensável que sejam as tecnologias no ambiente da terapia intensiva, estas não podem substituir a essência humana<sup>(22)</sup>. Assim, para que o cuidado em saúde não se torne extremamente mecanicista, é importante o fortalecimento diário da prática humanizada do cuidado, com destaque para os aspectos biopsicossociais dos pacientes, no qual os profissionais de saúde tenham a sensibilidade de reconhecer os momentos de maior sofrimento do usuário e lhe ofertar o suporte emocional necessário<sup>(1,23-4)</sup>.

Em suma, acredita-se que a equipe de saúde, por meio de um atendimento humanizado, pode contribuir na amenização dos sentimentos de angústia do paciente em estado grave/crítico, assim como no enfrentamento do processo vivido<sup>(25)</sup>. Mas para que isto realmente aconteça, é necessário que a equipe de saúde compreenda o significado da internação em uma UTI na perspectiva do outro, e quais as implicações na vida cotidiana dos pacientes que esta ocasiona, para assim promover estratégias que visem um melhor acolhimento ao paciente na terapia intensiva e, se possível, a mudança de idealizações errôneas da UTI.

### Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações quanto a escassez de literatura relacionada às percepções do paciente sobre a terapia intensiva, informações que são relevantes para subsidiar os dados aqui evidenciados e por ter sido realizado em um único hospital representando um número restrito de participantes, porém, suficientes para responder o objetivo aqui proposto.

### Contribuições do estudo para a prática

Este estudo traz como contribuição para prática o refletir da necessidade de uma assistência mais preocupada e centrada na humanização, na qual a percepção do profissional de saúde quanto ao paciente submetido aos seus cuidados não seja apenas mais um paciente, um leito, um número, mas o de um ser humano com necessidades, desejos, capaz de pensar, agir, sentir e amar, que necessita de cuidados e, acima de tudo, respeito. Entendendo que, quanto mais a assistência for baseada na humanização, melhor será o processo de enfrentamento da doença e da UTI, visto que haverá a diminuição de medos e ansiedades ligados a unidade.

## CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível observar as percepções prévias e posteriores a internação em unidade de terapia intensiva, assim como as percepções voltadas ao cuidado em saúde recebido e as principais memórias que marcaram a vida dos pacientes após a internação na UTI, onde sentimentos, como tristeza, angústia, medo, carinho, segurança e de cuidado, foram misturados às diferentes situações vivenciadas na UTI, entre elas aquelas que necessitavam da fé em Deus para serem resolvidas.

Durante o estudo, foram poucas as insatisfações quanto ao cuidado recebido, sendo destacado o cuidado humanizado com vista na recuperação física e emocional dos pacientes, fato que colaborou para ressignificação de suas percepções em uma nova perspectiva, a de possibilidade de vida.

No entanto, este dado não foi cem por cento possível, devido ao desconhecimento do que vem a ser a UTI, o elevado

número de equipamentos e o presenciar de situações tristes como a morte de outros pacientes.

Sem a pretensão de esgotar o tema, esperamos com este estudo poder contribuir para a construção do conhecimento e para reflexão da enfermagem e de todos os profissionais de saúde que atuam na terapia intensiva, sobre a percepção dos pacientes que estiveram internados na UTI sobre a UTI.

**Contribuição dos Autores:** Danielle Oliveira Maciel: Concepção, análise e interpretação dos dados. Karina de Oliveira Freitas: Redação do artigo e revisão crítica. Bruna Roberta Paixão dos Santos: Concepção, análise e interpretação dos dados. Rafael Santana Costa Torres: Redação do artigo e revisão crítica. Danielle Saraiva Tuma dos Reis: Concepção, análise e interpretação dos dados. Esleane Vilela Vasconcelos: Concepção, análise e interpretação dos dados e revisão final do artigo.

## REFERÊNCIAS

- Nascimento KC, Erdmann AL, Nascimento ERP, Santos JLG. Representações do cuidado no limiar da vida por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva móvel. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 07];7(1):71-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/671/289>
- Puggina ACG, Ienne A, Carbonari KFBSF, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2018 nov 07];18(1):277-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0277.pdf>
- Rolim KMC, Santiago NR, Vieira TL, Sancho MC, Frota MA, Boulard H, et al. Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 07];7(1):42-46. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/664>
- Mendes VJ, Paraiso MKA, Andrade-Barbosa TL, Mourão XGL. Sentimentos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 nov 07];29(1):18-28. Available from: [scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n1/enf04113.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n1/enf04113.pdf)
- Dalgalarrondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Knobel E. *Condutas no paciente grave*. São Paulo: Atheneu; 2007.
- Braun V, Clarck V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [Internet]. 2006 [cited 2018 nov 09];3(2):77-101. Available from: [http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic\\_analysis\\_revised...](http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...)
- Proença MO, Dell Agnolo CM. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm Online* [Internet]. 2011 [cited 2018 nov 09];32(2):279-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v32n2/a10v32n2.pdf>
- Ferreira MJM, Dodt RCM, Lima AM, Marques DRF, Pinheiro SMPR. Percepção dos acompanhantes sobre dispositivos invasivos em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 09];9(2):18-22. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1031>
- Ribeiro KRA, Borges SP, Balduino JAS, Silva FA, Ramos TMST. Difficulties found by nursing to implement humanization in the intensive therapy unit. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 09];6(2):51-6. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5777>
- Reis NSP, Santos MFG, Almeida IS, Gomes HF, Leite DC, Peres EM. A hospitalização do adolescente na ótica dos profissionais de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 09];9(2):07-12. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1057>
- Maestri E, Nascimento ERP, Bertonecello KCG, Martins JJ. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2018 nov 07];46(1):75-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a10.pdf>
- Coelho AS, Custódio DCGG, Rosso G, Silva R, Silva JSC, Carmiel F. Nursing team and humanized assistance in neonatal UTI. *ReonFacema* [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 07];4(1):873-7. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/viewFile/381/176>
- Souza RP. *Manual de Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2010.
- Nunes ECDA, Lima SFI, Reis SO, Teixeira PB. O outro lado da terapia intensiva - percepções no pós alta. *Rev enferm UFPE Online* [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 07];11(Supl. 12):5252-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/22615/25470>
- Almeida Neto AB, Evangelista DTO, Tsuda FC, Piccinin MJ, Roquejani AC, Kosour C. Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da Fisioterapia e à identificação de suas necessidades. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2012 [cited 2018 nov 07];19(4):332-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n4/a07v19n4.pdf>
- Félix TA, Ferreira FV, Oliveira EN, Eloia SC, Gomes BV, Eloia SMC. Prática da humanização na visita em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm Contemp* [Internet]. 2014 [cited 2018 nov 07];3(2):143-53. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/381>
- Villa LLO, Silva JC, Costa FR, Camargo CL. A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 07];9(1):187-92. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5346>
- Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 07];70(5):1040-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt\\_0034-7167-reben-70-05-1040.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1040.pdf)
- Ministério da Saúde (BR). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Nascimento ERP, Gulini JEHMB, Minuzzi AP, Rasia MA, Danczuk RFT, Souza BC. As relações da enfermagem na unidade de terapia intensiva no olhar de Paterson e Zderad. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 07];24(2):e5817. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a16.pdf>
- Alves EF. O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2018 nov 07];15(2):115-22. Available from: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/4371>
- Parcianello MK, Fonseca GGP, Zamberlan C, Freitas HMB, Nunes SS, Siqueira HCH. Abordagem ecossistêmica em terapia intensiva: conhecimento dos enfermeiros. *R Pesq Cuid Fundam Online* [Internet]. 2013 [cited 2018 nov 09];5(2):3645-54. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2017/pdf\\_748](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2017/pdf_748)
- Santos EL, Dórea SNA, Maciel MPGS, Santos LKF, Silva MB, Moraes MGL. Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 09];32:e23680. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/23680>
- Vasconcelos EV, Freitas KO, Silva SED, Baia RSM, Tavares RS, Araújo JS. O cotidiano de familiares de pacientes internados na UTI: um estudo com as representações sociais. *J Res Fundam Care Online* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 07];8(2):4313-27. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4366>

# AValiação da Autoeficácia na Amamentação em Puérperas

Maressa Lo Bianco Souza<sup>1</sup>

Thiago Pereira Santos<sup>1</sup>

Odelle Mourão Alves<sup>1</sup>

Franciele Marabotti Costa Leite<sup>1</sup>

Eliane de Fatima Almeida Lima<sup>1</sup>

Cândida Caniçali Primo<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1167-8135>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4620-5170>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8590-3780>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6171-6972>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5128-3715>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5141-2898>

**Objetivo:** avaliar o nível de autoeficácia na amamentação de puérperas. **Método:** estudo epidemiológico, realizado em um hospital público do município de Vitória, ES, com 214 puérperas. Utilizou-se um formulário com dados sociodemográficos e clínicos e para avaliação da autoeficácia para amamentação (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form) e do nível de ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). **Resultados:** houve predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, com ensino médio completo, casadas, renda familiar baixa, sem atividade remunerada e 67% tiveram parto cesárea. As puérperas apresentaram traço-estado de média ansiedade e níveis de autoeficácia média ou alta. Houve associação significativa da autoeficácia na amamentação com as variáveis: possuir companheiro, ter amamentado anteriormente por no mínimo seis meses e apresentar médio e alto estado de ansiedade. **Conclusão:** a avaliação da autoeficácia na amamentação na maternidade pode representar uma estratégia para o enfermeiro realizar ações de promoção e apoio a amamentação.

**Descritores:** Aleitamento materno; Autoeficácia; Ansiedade; Enfermagem Materno-Infantil.

## EVALUATION OF BREASTFEEDING SELF-EFFICACY IN POSTPARTUM WOMEN

**Objective:** to evaluate the level of self-efficacy in breastfeeding of postpartum women. **Method:** epidemiological study, carried out in a public hospital in the city of Vitória, ES, with 214 postpartum women. Sociodemographic and clinical data, The Breastfeeding Self-efficacy Scale (Short Form) and Trait-State Anxiety Inventory was used. **Results:** there was a predominance of women in the age group 20 to 34 years old, with full secondary education, married, low family income, without paid activity and 67% had cesarean delivery. The puerperae presented medium trait-state anxiety and medium or high levels of self-efficacy. There was a significant association of self-efficacy in breastfeeding with the variables: having a partner, having previously breastfed for at least six months and presenting a medium and high anxiety state. **Conclusion:** the evaluation of breastfeeding self-efficacy in maternity hospital can represent a strategy for nurses to promote and support breastfeeding.

**Descriptors:** Breastfeeding; Self-efficacy; Anxiety; Maternal and Child Nursing.

## EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA EN LA LACTANCIA EN LAS MUJERES POSTPARTO

**Objetivo:** evaluar el nivel de autoeficacia en la lactancia materna de las mujeres postparto. **Método:** estudio epidemiológico, realizado en un hospital público de la ciudad de Vitória, ES, con 214 mujeres posparto. Se utilizaron datos sociodemográficos y clínicos, se utilizó la escala de autoeficacia de lactancia materna (Short Form) y el inventario de rasgos-estado de ansiedad. **Resultados:** hubo predominio de mujeres con edad de 20 a 34 años, con educación secundaria completa, casada, bajo ingreso familiar, sin actividad remunerada y 67% tuvo cesárea. Las puérperas presentaban médios niveles de rasgos-estado de ansiedad y niveles de autoeficacia medianos y altos. Hubo una asociación significativa de autoeficacia en la lactancia materna con las variables: tener pareja, haber amamantado anteriormente por lo menos seis meses y presentar un estado de ansiedad media y alta. **Conclusión:** la evaluación de la autoeficacia en el hospital puede representar una estrategia para que las enfermeras promuevan y apoyen la lactancia materna.

**Descritores:** Lactancia materna; Autoeficacia; Ansiedad; Enfermería Materno-Infantil.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo

Autor correspondente: Cândida Caniçali Primo E-mail: [candidaprino@gmail.com](mailto:candidaprino@gmail.com)

Recebido: 17/04/2018

Aceito: 23/09/2019

## INTRODUÇÃO

As taxas de amamentação no Brasil ainda permanecem abaixo dos índices recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e vários fatores de risco foram identificados como preditores da duração da amamentação, como idade mais avançada, estar casado, ter um rendimento e nível educacional mais elevado. Além disso, fatores como a forte intenção de amamentar, autoeficácia na amamentação, apoio dos profissionais, dos parceiros, das mães ou sogras, também são importantes preditores<sup>(1-2)</sup>.

A autoeficácia é definida como a convicção do indivíduo sobre a suas habilidades pessoais para executar uma determinada ação ou comportamento, a fim de alcançar o resultado pretendido. Nessa perspectiva, a autoeficácia materna é a convicção de que a mulher detém conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar o recém-nascido com sucesso<sup>(3)</sup>.

A autoeficácia materna ainda é alicerçada em quatro fontes de informações: experiência pessoal (experiência anterior positiva de amamentação); experiência vicária (vídeos educativos sobre amamentação ou a observação de uma mulher amamentando); persuasão verbal (suporte e incentivos advindos da família); respostas emocionais (respostas emocionais negativas ou positivas perante o ato de amamentar). Essas fontes de informações podem ser encontradas na rotina do alojamento conjunto e quando processadas adequadamente, e contribuem para construção da autoeficácia materna<sup>(4-5)</sup>.

Observou-se que mulheres que não tiveram dificuldades para amamentar no pós-parto apresentaram autoeficácia alta. Entretanto, as dificuldades para iniciar a amamentação repercutiram negativamente na realização desse ato e nos cuidados com o recém-nascido, contribuindo consequentemente para o desmame precoce<sup>(6)</sup>.

Diante disso, cabe ao enfermeiro ou aos profissionais de saúde, que assistem às puérperas no alojamento conjunto, avaliarem a autoeficácia materna; possibilitando a implementação de estratégias educativas que cessem suas dúvidas ou dificuldades, consequentemente reduzindo as taxas de desmame precoce<sup>(7-8)</sup>. Frente ao exposto, o presente estudo teve por objetivo avaliar o nível autoeficácia na amamentação de puérperas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, desenvolvido em uma maternidade da rede pública de saúde, situado no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil, considerada referência em gestação de alto risco. Todas as puérperas, no período de julho a setembro de 2016, foram abordadas, porém cinco recusaram-se a participar do estudo, constituindo uma população de 214 puérperas. Adotou-se os critérios de

inclusão: puérperas com até vinte e quatro horas de pós-parto; internadas em sistema de alojamento conjunto com recém-nascido de boa vitalidade; capacidade de sucção efetiva e controle térmico. Foram excluídas as puérperas com intercorrências clínicas no momento da coleta de dados; com limitação cognitiva, mental e condição materna infecciosa que contraindicam a amamentação.

As variáveis sociodemográficas e clínicas avaliadas foram: idade; estado civil; grau de instrução; renda familiar; paridade e tipo de parto; número de consultas no pré-natal; orientações sobre amamentação no pré-natal e o profissional responsável; tempo de amamentação anterior; sexo do recém-nascido; idade gestacional; peso ao nascer; contato com recém-nascido após o parto; recém-nascido posicionado para amamentar após o parto; orientações no pós-parto; traço e estado de ansiedade das puérperas. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário próprio, elaborado pelos pesquisadores. Os dados foram obtidos por meio de entrevista ou consulta ao prontuário do binômio mãe-filho.

Para mensurar a autoeficácia para amamentação, empregou-se a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form*, validada no Brasil. Esse instrumento é constituído por 14 itens, distribuídos entre o domínio técnico (08 itens) e domínio de pensamentos intrapessoais (06 itens). Cada item permite a puérpera a possibilidade de escolher entre os cinco tipos de respostas, a saber: 1= discordo totalmente; 2 =discordo; 3 = às vezes concordo; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente. O somatório das pontuações dos itens varia entre 14 a 70, podendo indicar autoeficácia baixa (14 a 32 pontos), média (33 a 51 pontos) e alta (52 a 70 pontos). Assim, quanto maior a pontuação, maior será a autoeficácia materna na amamentação. Quando a pontuação indicar autoeficácia baixa é possível direcionar intervenções para uma determinada área, a fim de obter-se êxito na amamentação<sup>(4-5)</sup>.

Quanto a avaliação da ansiedade, utilizou-se o STAI - *State Trait Anxiety Inventory*, validado e conhecido no Brasil como Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Trata-se de um instrumento capaz de avaliar o Traço e o Estado de ansiedade, sendo constituído de vinte afirmações cada parte. O traço de ansiedade refere-se como a mulher geralmente se sente; enquanto o estado de ansiedade trata do momento atual, ou seja, no pós-parto. A pontuação de cada parte pode variar de vinte a oitenta, sendo que para cada questão é atribuída um peso de 1 a 4; sendo que no traço de ansiedade as afirmações são analisadas de acordo com as opções: quase nunca = 1, às vezes = 2, frequentemente = 3, quase sempre = 4; e no Estado de ansiedade, tem-se: não = 1; um pouco = 2, bastante = 3, totalmente = 4. Desse modo, quando uma puérpera obtiver uma pontuação de 20 a 40 pontos (baixo nível de ansiedade), de 41 a 60 pontos (médio nível) e de 61 a 80 pontos (alto nível)<sup>(9)</sup>.

A análise dos dados foi realizada no Programa Stata 13.0 e aplicou-se os testes Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, e para a análise ajustada foi realizada a regressão de Poisson, com variância robusta, controlando os possíveis fatores de confusão. Para a inclusão na análise, se limitou a um valor de  $p < 0,20$ , sendo mantidas as variáveis que apresentavam significância estatística ( $p < 0,05$ ). A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalência.

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob CAAE nº 53610316.8.0000.5060.

## RESULTADOS

Em relação ao perfil sócio demográfico, 71% das puérperas possui faixa etária entre 20 a 34 anos de idade, 15,4% têm menos de 19 anos; 65,9% possuem parceiros (casadas ou vivem em união estável); 58,9% têm ensino médio e 30% ensino fundamental. Em relação à renda familiar, observou-se que 54,2% possuem renda entre um a três salários mínimos, 38% recebem um ou menos de salário mínimo e 57,5% não trabalham.

Quanto às características clínicas, 67,7% tiveram uma ou duas gestações, sendo o parto do tipo cesárea predominante (63,5%). Realizaram o pré-natal 96,7% das puérperas, 71% fizeram 7 consultas, ou mais, e 71,5% não receberam orientação sobre a amamentação no pré-natal. Entretanto, 28,5% das puérperas orientadas destacaram a importância da amamentação exclusiva (65,6%), sendo o médico o

principal orientador (62,3%). Pode-se observar que o tempo de amamentação anterior de 45,3% das puérperas foi menor que seis meses de vida. Destaca-se que 54,7% das puérperas foram orientadas sobre amamentação após o parto e 50,4% ressaltaram as informações sobre pega correta e posição para amamentar.

Em relação aos recém-nascidos, 52,8% do sexo feminino, 87,8% com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, 92,1% com peso ao nascer de 2500 gramas ou maior. O estudo revelou que 86,4% dos recém-nascidos tiveram contato com a mãe na primeira hora de vida e que 61,2% foram posicionados para mamar após o parto.

Na Tabela 2, verificou-se que 90,7% das mulheres apresentaram traço de média ansiedade; 53,7% obtiveram estado de média ansiedade e 57,5% obtiveram escores compatíveis com a autoeficácia alta na amamentação.

As variáveis sociodemográficas e clínicas da puérpera, do recém-nascido e o traço-estado de ansiedade, foram avaliadas quanto a autoeficácia média e alta para amamentação. Constatou-se que a idade ( $p = 0,028$ ), situação conjugal ( $p = 0,001$ ), tempo de amamentação ( $p = 0,003$ ) e o estado de ansiedade (0,000) demonstraram significância.

De acordo com os dados da análise bivariada na Tabela 1, observa-se a relação entre a autoeficácia na amamentação com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Foi constatado que houve associação estatisticamente significativa entre a alta eficácia da amamentação com a situação conjugal, tempo de amamentação anterior e ao estado de ansiedade ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 1** - Análise bruta e ajustada variáveis dependentes segundo a autoeficácia alta na amamentação. Vitória, Espírito Santo, 2017.

Variáveis	N (%)	RP bruta (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p
<b>Idade</b>					
≤19	33 (15,4)	1,0		1,0	
20-34	152 (71,0)	1,68 (1,05-2,69)	0,030	1,25 (0,77-2,05)	0,363
≥35	29 (13,6)	1,70 (1,0-2,91)	0,050	1,22 (0,68-2,19)	0,503
<b>Situação conjugal</b>					
Sem companheiro	73 (34,1)	1,0	0,004	1,0	0,023
Com companheiro	141 (65,9)	1,54 (1,15-2,06)		1,40 (1,07-1,87)	
<b>Número de gestações</b>					
Uma	73 (34,1)	1,0		1,0	
Duas	72 (33,6)	1,21 (0,90-1,64)	0,212	0,81 (0,47-1,41)	0,465
Três ou mais	69 (32,3)	1,29 (0,96-1,73)	0,086	0,70 (0,39-1,26)	0,228
<b>Tempo de amamentação</b>					
< 6 meses	97 (45,3)	1,0	0,004	1,0	0,008
≥6 meses	117 (54,7)	1,44 (1,12-1,85)		1,38 (1,09-1,75)	
<b>Contato com o recém-nascido na primeira hora de vida</b>					
Não	29 (13,6)	1,0	0,189	1,0	0,175
Sim	185 (86,4)	1,32 (0,87-2,02)		1,30 (0,89-1,91)	
<b>Estado</b>					
Baixo estado de ansiedade	98 (45,8)	1,0	0,000	1,0	0,000
Médio/alto estado de ansiedade	116 (54,2)	1,63 (1,26-2,11)		1,63 (1,28-2,09)	

Mulheres com companheiro e com histórico de amamentação anterior, por seis meses ou mais, tem cerca de 40% e 38%, respectivamente, maior prevalência de eficácia alta na amamentação, quando comparado ao grupo que não possui companheiro e amamentou por menos de seis meses ( $p=0,023$ ;  $p=0,008$ ). Outro achado interessante foi o estado de ansiedade que se apresentou altamente associado à eficácia na amamentação ( $p=0,000$ ). As pacientes que apresentaram médio/alto estado de ansiedade têm cerca de 1,63 vezes mais ocorrência de alta eficácia do que aquelas cujo estado de ansiedade é baixo.

## DISCUSSÃO

Em relação ao perfil das puérperas e recém-nascidos, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos nacionais e internacionais<sup>(2,8,10-17)</sup>. Destaca-se o número significativo de mulheres que referem não ter recebido orientação sobre amamentação no pré-natal, e comparando esse dado com estudos desenvolvidos na região sudeste do Brasil, evidenciou que 25%<sup>(18)</sup> e 30%<sup>(12)</sup> das participantes informaram que não receberam orientações sobre amamentação. Outra pesquisa no Brasil, identificou que 63,8 % das puérperas negaram ter recebido orientação acerca do aleitamento materno no pré-natal<sup>(19)</sup>. Vale lembrar que o pré-natal é um momento oportuno para que o profissional de saúde promova, dialogue e apoie a amamentação na gestação<sup>(1,6)</sup>.

Estudo em hospital universitário no Brasil mostrou que, dentre as 105 puérperas que foram informadas sobre amamentação, o enfermeiro surge como o principal ator (66,7%),<sup>(18)</sup> divergindo com o nosso estudo, onde o médico é citado como responsável por 62,3% das orientações. Evidenciou-se que mulheres amamentaram por um período menor que seis meses (45,3%), corroborando com estudo que encontrou prevalência amamentação exclusiva de 62% em 30 dias, 52,59% em 60 dias e 16% em 180 dias pós-parto<sup>(20)</sup>.

No entanto, no período do pós-parto, destaca-se que a maioria das mulheres referem ter recebido orientação sobre amamentação. Estudos que investigaram os fatores que influenciam na autoeficácia materna relacionados ao pré-natal e ao puerpério, mostrou que mais de 65% das puérperas foram instruídas sobre a amamentação no pós-parto<sup>(7,12)</sup>.

Acredita-se que essa situação possa contribuir de forma positiva na rotina da maternidade, possibilitando a construção de um processo sólido e eficiente para a prática do aleitamento materno. Pois, espera-se que as puérperas recebam orientação acerca da amamentação pelos profissionais de saúde durante as primeiras mamadas do recém-nascido, levando em consideração as condições clínicas do pós-parto da mulher para que as orientações sobre a amamentação sejam assimiladas<sup>(7,12,21)</sup>.

Observou-se nível de médio ansiedade (traço-estado de ansiedade) nas mulheres avaliadas. Resultados semelhantes foram verificados em estudo desenvolvido na maternidade municipal da Serra, no Espírito Santo, onde também se comprovou, no pós-parto, nível médio de ansiedade<sup>(22)</sup>. Pesquisa no Canadá encontrou prevalência de depressão e ansiedade de 13,1% nas primeiras 8 semanas pós-parto e na análise multivariada, a alta autoeficácia da amamentação, autoestima materna e suporte de parceiro foram associados com menor risco de desenvolver a comorbidade<sup>(23)</sup>.

Quanto a autoeficácia materna para amamentação, pode-se constatar que nenhuma puérpera apresentou níveis baixos e 57,5% tiveram alta autoeficácia, corroborando com outros estudos<sup>(2,12,21)</sup>. Por outro lado, estudo com mulheres chinesas encontrou níveis moderados de autoeficácia<sup>(17)</sup> e pesquisa com 97 mulheres espanholas verificou baixos níveis de autoeficácia para amamentação<sup>(13)</sup>. Da mesma forma, nos Estados Unidos uma investigação revelou que mulheres obtiveram pontuações compatíveis com autoeficácia média e alta, entretanto apresentou autoeficácia baixa para amamentação<sup>(16)</sup>.

Mulheres com companheiro têm cerca de 40% mais prevalência de autoeficácia alta na amamentação quando comparado ao grupo que não possui companheiro. Durante o período da amamentação a mulher precisa sentir-se amparada, por isso o apoio do companheiro é fundamental para o seu êxito durante esse período<sup>(21)</sup>. O suporte social percebido e a atitude de outras pessoas significativas, incluindo o marido, as avós e os amigos, estão correlacionados com maior autoeficácia na amamentação<sup>(2,17)</sup>.

Houve uma associação significativa entre os níveis de autoeficácia e a experiência de amamentação anterior, dados semelhantes foram encontrados em um estudo desenvolvido na China<sup>(17)</sup> e na Espanha<sup>(11)</sup>. Assim, a experiência prévia satisfatória contribui para a realização de uma ação ou comportamento com o objetivo de alcançar o resultado almejado. As mulheres que possuem experiência anterior positiva apresentam maiores escores na Escala de Autoeficácia<sup>(11,17)</sup>.

Como limitação do estudo, aponta-se que o estudo foi desenvolvido em uma maternidade escola de referência em alto risco gestacional da região sudeste, e novos estudos poderiam ser realizados considerando outros contextos clínicos e regionais, e sob outros desenhos metodológicos.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu avaliar a autoeficácia para amamentação de puérperas no alojamento conjunto, verificando que as mulheres obtiveram pontuações

compatíveis com autoeficácia média ou alta, e que nenhuma puérpera apresentou escores baixos. Entretanto, deve-se considerar que um alto nível de autoeficácia após o parto contribui para a adesão à amamentação, mas não garante sua continuidade pelo período de seis meses, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, constatou-se que as puérperas apresentaram traço-estado de média de ansiedade.

Por meio da análise bivariada, identificou-se associação estaticamente significativa da autoeficácia para amamentação com o fato da puérpera possuir

companheiro, ter amamentado anteriormente e apresentar médio e alto estado de ansiedade.

Finalmente, a utilização da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-ShortForm* no cotidiano da assistência de enfermagem e no alojamento conjunto pode representar uma estratégia para o enfermeiro identificar junto à puérpera o nível da autoeficácia para amamentação e os fatores dos domínios técnicos e pensamentos intrapessoais relacionados a baixa autoeficácia. Nessa perspectiva, o conhecimento prévio possibilita implementar ações educativas para proteger, promover e apoiar a amamentação.

## REFERÊNCIAS

- Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breastfeeding rates: A longitudinal study. *Midwifery* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 15];36:96-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27106949>
- Guimarães CM, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MO, Monteiro JC. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 15]; 30(1):109-15. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700016>
- Dodt RCM, Joventino ES, Aquino PS, Almeida PC, Ximenes LB. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 15];23(4):725-732. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt\\_0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf)
- Ori. MO, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 15]; 23(2):230-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/13.pdf>
- Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2017 Set 10];32(6):734-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649593>
- Uchoa JL, Rodrigues A, Joventino ES, Almeida PC, Oriá MOB, Ximenes LB. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 10]; 6(1):10-20. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769217687>
- Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2017 Set 10];18(2):257-61. Available from: [www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0257.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0257.pdf)
- Lopes BB, Lopes AFC, Soares DG, Dodou HD, Castro RCMB, Oriá MOB. Assessment of maternal self-efficacy in breastfeeding in the immediate puerperium. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 15];18(6):818-24. Available from: DOI: 10.15253/2175-6783.2017000600016
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE*. Rio de Janeiro: Cepa, 1979.
- Santos JO, Pacheco TS, Oliveira PS, Pinto VL, Gabrielloni MC, Barbieri M. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. *Rev pesq cuid fundam* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 15];7(1):1936-1945. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3547/pdf\\_1432](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3547/pdf_1432)
- Marco Alegria TD, Martínez MD, Muñoz GMJ, Sayas OI, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 19]; 37(2):203-211. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200003>
- Silva MFFS, Pereira LB, Ferreira TN, Souza AAM. Breastfeeding self-efficacy and interrelated factors. *Rev Rene* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 19];19:e3175. Available from: DOI: 10.15253/2175-6783.2018193175
- Muñoz CR, Rodríguez MM. Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. *Enfermería* [online]. 2017 [cited 2018 Jun 19];6(1): 19-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1366>
- Belo MNM, Azevedo PTÁCC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2014 [cited 2017 Set 10]; 14(1):65-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n1/1519-3829-rbsmi-14-01-0065.pdf>
- Burguillo MPT, Campos ZV, Marín Sánchez C, Pedregal GM, Muñoz SMI, Álvarez PMP. Prevalencia de la Lactancia Materna en Huelva, duración y factores relacionados. *Enferm Global* [Internet]. 2016 [cited 2017 Set 10];15(4):127-40. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/225331>
- Joshi A, Trout KE, Aguirre T, Wilhelm S. Exploration of factors influencing initiation and continuation of breastfeeding among Hispanic women living in rural settings: A multi-methods study. *Rural and Remote Health* [Internet]. 2014 [cited 2017 Set 10];14(3):1-9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/55b7/611cc22ef3744229e5d1edc9de48bbf37f8f.pdf>
- Zhu J, Chan WCS, Zhou X, Ye B, He H. Predictors of breast feeding self-efficacy among Chinese mothers: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery* [Internet]. 2014 [cited 2017 Set 10]; 30(6): 705-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24439394>
- Fonseca-Machado MO, Paula MSR, Parreira BDM, Stefanello J, Gomes-Sponholz F. Comparação do conhecimento sobre aleitamento materno entre mulheres no período pós-parto. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2013 [cited 2017 Set 12]; 21(1):66-72. Available from: [www.facen.uerj.br/v21n1/v21n1a11.pdf](http://www.facen.uerj.br/v21n1/v21n1a11.pdf)
- Visintin AB, Primo CC, Amorim MHC, Leite FMC. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. *Enferm Foco* [Internet]. 2015 [cited 2017 Set 12];6(1/4):12-16. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/570>
- Conde RG, Guimarães CM, Gomes-Sponholz FA, Oriá MO, Monteiro JC. Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 15];30(4):383-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700057>
- Souza EFC, Fernandes RAQ. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 10]; 27(5):465-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400076>
- Primo CC, Amorim MHC. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2017 Jun 10];16(1):36-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100006>
- Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis C. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J affective disorders* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 10]; 198:142 -7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27016657>

# VIVÊNCIA DE PRAZER E SOFRIMENTO NA EQUIPE TÉCNICA EM ENFERMAGEM DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

Rafael Mondego Fontenele<sup>1</sup>

Célia Maria Santos Rezende<sup>2</sup>

Hariane Freitas Rocha Almeida<sup>3</sup>

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão<sup>3</sup>

Aline Sharlon Maciel Batista Ramos<sup>3</sup>

Cristina Maria Douat Loyola<sup>4</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8086-740X>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5717-1578>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1685-7012>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3376-5678>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7648-2857>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2824-6531>

**Objetivo:** conhecer a vivência de prazer e sofrimento na equipe técnica em enfermagem do centro de terapia intensiva. **Método:** pesquisa do tipo qualitativa com observação participante e sistemática e entrevistas realizadas com técnicos de enfermagem do CTI de um hospital em São Luís - MA. Foram entrevistados 26 técnicos de enfermagem com histórico de atestados médicos entre julho de 2016 e julho de 2017. Utilizou-se a análise de conteúdo para e hermenêutica-dialética para tratamento dos resultados. **Resultados:** verificou-se a vivência de prazer por trabalhar com pacientes graves, relacionando a profissão com atos de heroísmo. Contudo, identificou-se a vivência de sofrimento físico por usar o corpo como ferramenta de trabalho, e o sofrimento psíquico traduzido em rotinas carregadas de cobranças excessivas, e medo de perder o emprego levando à prática de presenteísmo. **Conclusão:** conclui-se que os técnicos de enfermagem do centro de terapia intensiva vivenciam prazer por sentimentos de heroísmo na profissão, e sofrimento relacionado ao trabalho devido a cobranças excessivas, vigilância permanente, problemas nas relações com a gestão de enfermagem, absenteísmo e sentimento de exclusão.

**Descritores:** Esgotamento Profissional; Saúde do Trabalhador; Profissionais de Enfermagem; Técnicos de Enfermagem; Enfermagem de Cuidados Críticos.

## PLEASURE AND SUFFERING LIVING IN THE TECHNICAL TEAM IN NURSING CENTER OF INTENSIVE THERAPY

**Objective:** to know the experience of pleasure and suffering in the nursing team of the intensive care unit. **Method:** qualitative research with participant and systematic observation and interviews with nursing technicians from the ICU of a hospital in São Luís, Maranhão, Brazil. 26 nursing technicians with a history of medical certificates were interviewed between July 2016 and July 2017. Content analysis for and dialectic hermeneutics was used to treat the results. **Results:** the experience of pleasure was verified by working with serious patients, relating the profession with acts of heroism. However, the experience of physical suffering was identified by using the body as a work tool, and the psychic suffering translated into routines loaded with excessive charges, and fear of losing the job leading to the practice of presentism. **Conclusion:** it is concluded that the nursing technicians of the intensive care center experience pleasure from feelings of heroism in the profession, and work-related suffering due to excessive collections, permanent vigilance, problems with nursing management, absenteeism and feelings of exclusion.

**Descriptors:** Burnout; Occupational Health; Nurse Practitioners; Licensed Practical Nurses; Critical Care Nursing.

## VIVENCIA DE PLACER Y SUFRIMIENTO EN EL EQUIPO TÉCNICA EN ENFERMERÍA DEL CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

**Objetivo:** conocer la vivencia de placer y sufrimiento en el equipo técnico en enfermería del centro de terapia intensiva. **Método:** investigación del tipo cualitativo con observación participante y sistemática y entrevistas realizadas con técnicos de enfermería del CTI de un hospital en São Luís, Maranhão, Brasil. Se entrevistó a 26 técnicos de enfermería con historial de atestados médicos entre julio de 2016 y julio de 2017. Se utilizó el análisis de contenido para y hermenéutica-dialéctica para tratamiento de los resultados. **Resultados:** se verificó la vivencia de placer por trabajar con pacientes graves, relacionando la profesión con actos de heroísmo. Sin embargo, se identificó la vivencia de sufrimiento físico por usar el cuerpo como herramienta de trabajo, y el sufrimiento psíquico traducido en rutinas cargadas de cobranzas excesivas, y miedo de perder el empleo llevando a la práctica de presenteísmo. **Conclusión:** se concluye que los técnicos de enfermería del centro de terapia intensiva experimentan placer por sentimientos de heroísmo en la profesión, y sufrimiento relacionado al trabajo debido a cargos excesivos, vigilancia permanente, problemas en las relaciones con la gestión de enfermería, absentismo y sentimiento la exclusión.

**Descritores:** Agotamiento Profesional; Salud Laboral; Enfermeras Practicantes; Enfermeros no Diplomados; Enfermería de Cuidados Críticos.

<sup>1</sup>Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF-MA)

<sup>2</sup>Faculdade Gianna Beretta

<sup>3</sup>Universidade Ceuma, MA

<sup>4</sup>Universidade Ceuma e Universidade Federal do Rio de Janeiro

Autor correspondente: Rafael Mondego Fontenele E-mail: [fhaelmondego@gmail.com](mailto:fhaelmondego@gmail.com)

Recebido: 19/11/2018

Aceito: 23/09/2019

## INTRODUÇÃO

O trabalho da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) necessita de forte envolvimento afetivo em virtude da necessidade de vigilância constante que se faz necessária para a produção do cuidado holístico proposto pela enfermagem como ciência. Esta visão de trabalho holístico produz inúmeras outras atribuições para a equipe de enfermagem, contudo, não deve ser um fator dificultador para a assistência destes profissionais<sup>(1)</sup>.

Considerando a gravidade dos doentes internados em uma UTI, cabe à enfermagem garantir a segurança dos pacientes, pois se trata de um compromisso ético da formação. Sendo assim, se este pré-requisito não é atendido, a qualidade da assistência de enfermagem pode ser prejudicada, afetando o cuidado necessário para a recuperação dos doentes<sup>(2)</sup>. Para a preservação destes fundamentos, é necessária a concentração de esforços dos membros da equipe de enfermagem, fato que pode estar levando estes trabalhadores a vivenciar prazer e sofrimento relacionado ao trabalho.

Sobre o risco de adoecimento dos profissionais da equipe de enfermagem, o prazer e o sofrimento relacionado ao trabalho ganham destaque, como descrito na psicodinâmica do trabalho em que há um misto de prazer e sofrimento, este, quando maior que o prazer, pode levar os trabalhadores dessa categoria profissional a graves problemas de saúde<sup>(3)</sup>.

Sobre a vivência de prazer e sofrimento pela equipe de enfermagem, vários fatores influenciam esses sentimentos, os quais estão vinculados à relação interpessoal entre pacientes, ou à perda dos mesmos, o que pode traduzir sentimento de frustração, além do estresse da dificuldade de inserir as famílias dos pacientes no contexto, impossibilidade de crescimento, sobrecarga de trabalho, jornada extensa e baixo salário<sup>(4)</sup>.

A justificativa para este estudo baseia-se na necessidade de conhecer a vivência de prazer e sofrimento para que se possa implementar continuamente as medidas de prevenção e promoção à saúde dos profissionais de enfermagem, tendo em vista que estes profissionais estão em constantes situações de estresse, condições precárias de trabalho ou baixas remunerações, e pouco ou nenhum reconhecimento profissional que viabilizam o sofrimento psíquico predispondo os cuidados inseguros que podem comprometer a qualidade da assistência de enfermagem<sup>(5)</sup>.

Sendo assim, considerando os problemas que se produzem quando as relações não são fortalecidas com o intuito de gerar prazer em relação ao trabalho, o objetivo do presente estudo foi conhecer a vivência de prazer e sofrimento na equipe técnica em enfermagem de um centro de terapia intensiva.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, com observação participante e observação sistemática, entrevistas semiestruturadas e análise documental.

### Participantes da pesquisa

Foram entrevistados os técnicos de enfermagem que trabalhavam no CTI, e utilizou-se o método de saturação teórica em pesquisa qualitativa<sup>(6)</sup> como critério para finalização de obtenção de dados empíricos. Foram incluídos no estudo os técnicos de enfermagem de ambos os sexos que apresentaram pelo menos um afastamento de suas atividades por motivo de doença, ao qual apresentou justificativa da falta ao trabalho por meio de atestado médico no período de julho de 2016 a julho de 2017. Foram excluídos do estudo todos os profissionais que estavam em gozo de férias, licença por doença, licença maternidade ou paternidade no período da coleta de dados. A amostra final foi constituída por 26 técnicos de enfermagem.

### Local do estudo

A presente pesquisa foi realizada em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital privado no município de São Luís no Estado do Maranhão.

### Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de agosto de 2017 a janeiro de 2018. Inicialmente, realizou-se levantamento documental junto ao serviço de medicina do trabalho, que procedeu à emissão do relatório de técnicos de enfermagem com histórico de pelo menos um afastamento por motivo de doença no período de julho de 2016 a julho de 2017. Em seguida, foi iniciada a observação participante e sistemática com registro em diário de campo.

A observação participante acompanhou os profissionais durante a rotina de plantões nos três turnos. Neste método, o pesquisador participa e interfere no contexto investigado, com ênfase nas ações dos participantes e não no ambiente propriamente dito<sup>(7)</sup>.

Para a realização da observação sistemática, utilizou-se um checklist<sup>(8)</sup> contendo itens de observação, neste estudo, adotados como: aspectos e fatores que produzem prazer ou sofrimento, ambos relacionados ao trabalho, e cujo registro foi realizado em diário de campo, a fim de compreender as interpretações do grupo acerca dos acontecimentos.

Ambas as técnicas de observação foram realizadas nos três turnos no período de 27 de agosto de 2017 a 16 de outubro de 2017, antes que fosse iniciada a etapa de entrevistas

individuais para garantir a invisibilidade do pesquisador e distanciar respostas pré fixadas pelos participantes da pesquisa, e totalizaram 253 horas de registro em diário de campo. As observações permitiram identificar os potenciais participantes para o presente estudo.

As entrevistas individuais foram realizadas em um ambiente fora do hospital para diminuir possível constrangimento dos depoentes, gravadas, conforme o método de pesquisa qualitativa, e em seguidas transcritas pelo próprio pesquisador, entre o período de 7 de novembro de 2017 a 23 de janeiro de 2018. O local da entrevista foi definido pelo entrevistado, e cada entrevista durou, em média, 25 minutos. As falas dos participantes foram identificadas pela letra "T", os fragmentos das anotações do diário de campo foram identificados no corpo do texto seguidos de "DC".

### Procedimentos de análise dos dados

A análise do material empírico foi realizada a partir da triangulação dos dados obtidos pela observação participante e sistemática, entrevistas e referencial teórico. Para análise do material empírico, utilizou-se a técnica de análise temática, através da pré-análise, que consistiu na leitura dos textos das entrevistas transcritas, para a retomada de hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nesta etapa, a leitura fluante permitiu a escolha das entrevistas que seriam utilizadas, com base na definição dos núcleos de sentido. Em seguida, realizou-se a categorização, a partir da exploração do material ou codificação dos dados, que se caracteriza pela transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta etapa, agruparam-se os núcleos de sentido com a construção de categorias para análise. E por fim, a interpretação através do tratamento dos resultados obtidos, baseando-se na proposição de inferências e interpretações previstas no quadro teórico<sup>(9)</sup>.

Os dados foram analisados à luz da hermenêutica – dialética, a partir da subjetivação do objeto e da objetivação do sujeito<sup>(10)</sup>.

### Procedimentos éticos

O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 67664217.6.0000.5085, sob o parecer nº 2.234.735. A coleta de dados foi iniciada após explicação dos processos éticos que envolvem o estudo, baseado em regulamentações pertinentes, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por ambas as partes. Este artigo foi extraído de uma dissertação de mestrado com o recorte de duas categorias operacionais.

## RESULTADOS

### 1. Caracterização dos participantes da pesquisa

A maioria dos participantes do estudo foram mulheres jovens, com idade entre 24 e 49 anos, casadas ou solteiras, com ensino superior completo ou graduação em curso, entre 1 a 3 vínculos de emprego, perfazendo renda individual entre R\$1.201,00 e R\$2.500,00 por mês.

### 2. Sentimentos de prazer por trabalhar na UTI

O prazer repercutiu, pois a maioria desses profissionais gosta do trabalho na UTI. O gostar geralmente estava relacionado com a existência de equipamentos necessários ao cuidado de enfermagem e cuja falta produz ansiedade e expõe o paciente ao risco, como destaca a fala a seguir:

*"Gosto. Por causa dos recursos que são disponibilizados aqui para todos nós, principalmente para prevenção" (T04).*

O trabalho na UTI remete a sentimentos de heroísmo, como destacou o profissional, em um discurso de zelo:

*"Eu amo trabalhar na UTI, na correria, na adrenalina, salvando vida, recebendo o paciente que 'não vai nem amanhecer' e passar o plantão com o paciente vivo" (T05).*

A gestão de enfermagem compreende as faltas por motivo de doença. Esta compreensão produz admiração e exacerbação da competência desses gestores, na perspectiva dos entrevistados, porém com contradições:

*"Sempre foi uma relação de muita compreensão. É só avisar que você não vai poder vir. Elas não gostam de ser pegas de surpresa" (T06),*

*"Mesmo quando avisamos que estamos doentes e que vamos faltar, elas não gostam" (T03).*

### 3. Vivência de sofrimento na UTI

#### 3.1 Cobranças excessivas de normas e rotinas

A insatisfação pelo trabalho aparece em questionamentos sobre normas e rotinas:

*"É chato. Cheio de regras. Se você acerta, não tem elogios. Mas se você vacila, é chamada a atenção" (T02).*

Destacaram-se cobranças excessivas, sobretudo, quanto à mudança de decúbito em aprazamentos que ocorrem de duas em duas horas. Há uma desproporção entre as estaturas dos clientes a serem mobilizados e a estatura dos profissionais de saúde. Há um consenso da ligação desta realidade com problemas de coluna e afastamentos do serviço:

*“É bom para o paciente, mas prejudica o funcionário [...] tem gente lá que só vive com problemas na coluna” (T18).*

Para os participantes do estudo, ter que mudar o decúbito do paciente a cada duas horas é um fator que predispõe o estresse, qualificando esta atribuição como penosa e dolorosa.

### 3.2 Vigilância permanente

A existência de uma câmara de filmagem, criando um ambiente de vigilância permanente onde nada pode escapar aos coordenadores e supervisores, tem produzido ansiedade e insatisfação, como descrita no discurso:

*“A gente trabalha debaixo dessas câmeras com a sensação de estar sendo vigiado o tempo inteiro” (T08).*

### 3.3 Sofrimento traduzido em absenteísmo

O absenteísmo produz estresse na equipe de técnicos de enfermagem. E quando as faltas são frequentes, é preciso explicar. Explicar a doença pode estar produzindo sofrimento psíquico nos trabalhadores:

*“Um dia eu avisei que meu filho estava internado e nesse dia me questionaram ‘de novo atestado?’. Isso faz a gente ficar um pouco abalada emocionalmente” (T10).*

### 3.4 Sofrimento pelas relações com a gestão de enfermagem

Há problemas interpessoais na relação entre os enfermeiros supervisores e técnicos em enfermagem:

*“Eu tenho uns conflitos com uma supervisora específica. Faz comentários, trata as pessoas sem educação” (T15).*

Destacam-se relatos de desconfortos nos profissionais que se sentem, por vezes, expostos:

*“Tem uns relatórios dos supervisores que indicam os nomes das pessoas e eu acho uma exposição desnecessária. Isso me deixa insatisfeita e com medo de perder o emprego” (T16).*

Este modelo de gestão dos recursos humanos tem produzido insatisfação e sentimento de revolta:

*“Teve um tempo que eu me desentendia com supervisor. Agora eu os deixo falando sozinho” (T18).*

Há contradições quanto a comunicar faltas com antecedência:

*“Eles não estão preocupados não. Se você está doente, você tem que ir trabalhar, você tem que se virar” (T02). Outro profissional destacou: “Entendem na maioria das vezes como desculpa esfarrapada” (T04).*

Observou-se uma gestão focada em resultados e que as cobranças pelo alcance de metas e estatísticas produzem ansiedade nos trabalhadores:

*“Sinto que fui contratado para fazer meu trabalho e ir embora, ninguém se preocupa com minha doença” (T03).*

### 3.5 Sofrimento pelo sentimento de exclusão

Os discursos dos participantes apresentam, por vezes, sentimentos de “serem excluídos” dos demais membros da equipe pelo fato de serem reconhecidos apenas como “executores de tarefas” dentro do contexto hospitalar:

*“Quando tem aniversário, lanche, pizza, essas coisas aqui no hospital, os técnicos não são convidados” (T01).*

A segregação de níveis, entre técnico e superior, é real e deixa o técnico em enfermagem sempre na condição de subordinação, pois sempre estará submisso às ordens dos demais níveis acadêmicos, acentuando seu afastamento da equipe.

A relação de trabalho entre enfermeiros e técnicos de enfermagem parece sem significação para “equipe de enfermagem”, pois o técnico sente-se excluído dessa equipe:

*“Parece que há uma separação de níveis que é um absurdo de existir dentro da própria equipe de enfermagem. Por exemplo, o enfermeiro não se mistura com os técnicos porque parece que a gente suja eles” (T01).*

## DISCUSSÃO

No presente estudo, o prazer pelo trabalho está destacado por sentimentos de heroísmo, como salvar vidas e com a disponibilização de recursos materiais que tornam a assistência de enfermagem segura e motiva a dedicação da equipe de enfermagem ao paciente grave. A partir desta perspectiva, e ao correlacionar os achados da presente pesquisa com sentimentos de prazer destacados por profissionais da terapia intensiva<sup>(11)</sup>, é possível refletir que o prazer pelo trabalho é incentivado pela motivação para o trabalho.

Em contrapartida, o excesso de normas e cobranças, torna o trabalho mais burocrático e também produz insatisfação para o mesmo, corroborando com achados da presente pesquisa<sup>(12)</sup>.

Ao estudar as vivências de prazer e sofrimento em uma equipe de profissionais de saúde em Mato Grosso do Sul, foi possível reforçar que a ausência de insumos, ou a demora na aquisição destes, produz descontentamento no profissional<sup>(13)</sup>. Desta forma, a precariedade do sistema de saúde com baixa oferta de serviços ou de materiais para realização de procedimentos também pode influenciar na relação de experiência de prazer e sofrimento.

Em relação ao esforço físico, técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital de Porto Alegre, destacaram que existe uma demanda de esforço físico inerente ao trabalho da enfermagem, principalmente em pacientes acamados, produzindo distúrbios osteomusculares nos trabalhadores<sup>(14)</sup>. Diante deste fato, vale ressaltar que os serviços de saúde precisam empregar maiores possibilidades para a execução das tarefas fundamentais da assistência de enfermagem, minimizando o esforço da equipe de enfermagem em procedimentos rotineiros na UTI, como a mudança de decúbito devido ao risco de integridade da pele prejudicada.

Os distúrbios osteomusculares atingem mais diretamente os auxiliares e técnicos de enfermagem do que os enfermeiros, pois geralmente o enfermeiro assume papéis administrativos que o distancia da assistência ao paciente<sup>(15)</sup>.

Sobre o sentimento de estar vigiado constantemente, pesquisa destacou que a vigilância por vídeo no trabalho tem representado a perda da privacidade do trabalhador, aumentando o índice de insatisfação no trabalho<sup>(16)</sup>. Por outro lado, a existência de câmeras de vigilância torna-se importante aliada no que diz respeito a segurança do paciente ao possibilitar a comprovação da realização do cuidado pela equipe multiprofissional.

Sobre o absenteísmo, a compreensão das faltas da equipe é um ponto positivo para os chefes, corroborando os discursos dos entrevistados no presente estudo que a partir desta compreensão, entendem que a relação com a gestão torna-se flexível<sup>(17)</sup>. Contudo, a flexibilização de atrasos e faltas pode comprometer a qualidade da assistência de enfermagem.

Sobre as ausências e flexibilização de faltas e atrasos, um hospital universitário brasileiro destacou o comprometimento da qualidade da assistência prestada<sup>(18)</sup>. Deve-se considerar ainda que as ausências no plantão têm potencial de desestruturar toda a dinâmica da equipe pelo fato de sobrecarregar as atividades dos demais trabalhadores e favorecer a produção de estresse e sofrimento.

Pesquisa sobre gestão da enfermagem, destacou que a interação entre gestores e membros da equipe com o meio ambiente de trabalho facilitaram a gerência<sup>(19)</sup>. Contudo, as relações interpessoais e a falta de capacitação dos gestores e supervisores foram apontadas como formas de gerar insatisfação para o trabalho<sup>(20)</sup>.

O medo de perder o emprego também foi descrito em estudo que corrobora com os achados desta pesquisa<sup>(21)</sup>.

Cabe ressaltar que o medo de perder o emprego caracteriza sofrimento para o trabalhador e predispõe a problemas de saúde de ordem psíquica, quando o trabalhador se submete às pressões, ameaças ou exigências como forma de garantir o trabalho.

Sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem, técnicos de enfermagem relataram o sentimento de exclusão da equipe multiprofissional, sentindo-se por vezes apenas como executor de tarefas, corroborando com as falas dos participantes da presente pesquisa<sup>(22)</sup>.

A pressão por resultados está entre os principais fatores que produzem sofrimento relacionado ao trabalho, pois o fracasso no alcance das metas estipuladas está intimamente conectado a uma demissão imediata<sup>(23)</sup>, este fenômeno evidencia-se, sobretudo, quando a gestão do trabalhador está sob a responsabilidade de lideranças centralizadoras que podem contribuir para o adoecimento psíquico.

### Limitações do estudo

A limitação deste estudo refere-se às múltiplas faces do sofrimento psíquico para o trabalhador de enfermagem, pois a tensão laboral pode estar relacionada a fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e/ou econômicos, que exercem efeitos geralmente a partir de ações simultâneas e interações entre tais fatores que dificulta a vivência de prazer relacionado ao trabalho.

### Contribuições para a prática

Esta pesquisa serve de alerta para locais com condições insalubres e poderá contribuir para o enriquecimento das discussões acerca da implementação de medidas de rastreamento e diminuição do sofrimento relacionado ao trabalho da equipe de enfermagem, favorecendo a saúde mental destes trabalhadores.

### CONCLUSÕES

O prazer pelo trabalho na UTI está relacionado a gostar do que se faz e, por consequência, ao fato de salvar vidas como evento desencadeador de sentimentos de heroísmo.

A existência de câmeras de vídeo produz ansiedade e prejudica a individualidade do profissional, tornando a assistência mecanicista. Há foco na segurança do paciente, mas deve-se implementar medidas que possam contribuir para a qualidade de vida e prazer pelo trabalho para os técnicos de enfermagem, devolvendo sua individualidade e privacidade.

Concluiu-se, ainda, que o excesso de normas e exigências tenha produzido sofrimento. Os depoentes apontam a utilização do corpo como ferramenta de trabalho responsável por dores físicas e sofrimento no trabalho, o que reflete no absenteísmo e sugere maior investigação.

Ademais, os problemas interpessoais e o sentimento de

exclusão entre a equipe de enfermagem também configuram fontes geradoras de sofrimento no trabalho, podendo, consequentemente, elevar as taxas de absenteísmo no hospital.

Portanto, sugerem-se a adoção de estratégias como

ginástica laboral regular, além de treinamentos com a equipe multiprofissional e lideranças, de modo a melhorar os vínculos entre as equipes, prevenindo ações e atitudes que possam estar produzindo sofrimento psíquico nestes trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

1. Ferreira MJM, Dodt RCM, Lima AM, Marques DRF, Pinheiro SMPR. Percepção dos acompanhantes sobre dispositivos invasivos em uma unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [Cited 2017 16]; 9 (2): 18-22. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1031>.
2. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T, Sauthier M. Práticas de cuidado de enfermagem na terapia intensiva: análise segundo a ética da responsabilidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 10]; 20(4):e20160095. Available from: [www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160095.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160095.pdf).
3. Worm FAA, Pinto MAAO, Schiavenato D, Ascari RA, Trindade LL, Silva OM. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 9]; 7(2):1279-1287. Available from: [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732016000200006&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200006&lang=pt).
4. Caram CS, Rezende LC, Montenegro LC, Amaral JM, Brito MJM. Ambiguidades no trabalho da equipe de saúde no contexto de uma unidade de terapia intensiva. *Sanare*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 13]; 15(1):15-24. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/923>.
5. Lira MAM. Os efeitos na saúde das condições de trabalho da equipe de enfermagem da estratégia saúde da família: uma revisão de literatura. *Multi Scient Journal* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 13]; 9(3):51-62. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-trabalho>.
6. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 20]; 24(1):17-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
7. Marietto ML. Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. *Iberoamerican Journal Of Strategic Management (IJSM)* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 20]; 17(4): 05-18. Available from: <http://dx.doi.org/10.5585/ijsm.v17i4.2717>.
8. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Almeida MI. O emprego das tecnologias leves no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 20]; 22(3): 1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0169>.
9. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. / Maria Cecília de Sousa Minayo. - 14. Ed. - São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.
10. Cardoso MF, Batista-dos-Santos AC, Alloufa JML. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos em administração. *R. Adm. FACES Journal* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 20]; 14(2):74-93 Available from: <http://dx.doi.org/10.21714/1984-6975FACES2015V14N2ART2112>.
11. Padilha KG, Barbosa RL, Andolhe R, Oliveira EM, Ducci AJ, Bregalda RS et al. Carga de trabalho de enfermagem, estresse/Burnout, satisfação e incidentes em unidade de terapia intensiva de trauma. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 24]; 26(3):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1720016.pdf>.
12. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia da saúde da família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 20]; 26(3):1-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>.
13. Azevedo APF, Figueiredo VCN. Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Psicol., Organ. Trab.*, [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 23]; 15(1):30-42. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v15n1/v15n1a04.pdf>.
14. Möller G, Magalhães AMM. Banho no leito: carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 24]; 24(4): 1044-52. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt\\_0104-0707-tce-24-04-01044.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01044.pdf).
15. Portela NLC, Ross JR. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e sua associação com condições de trabalho da enfermagem. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 20]; 4(4):82-87. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2754/pdf>.
16. SoutoYF, Araújo JM. Direito à privacidade do trabalhador e o uso do correio eletrônico: violação de direitos fundamentais ou legítimo exercício do poder direito do empregador? *Revista Eletrônica da Escola Judicial do TRT 13ª Região* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 27]; 1(1):210-232. Available from: [http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/direito\\_a\\_privacidade\\_do\\_trabalhador\\_e\\_o\\_uso\\_do\\_correio\\_eletronico\\_violacao\\_de\\_direitos\\_fundamentais\\_ou\\_legitimo\\_exercicio\\_do\\_poder\\_diretivo\\_do\\_empregador.pdf](http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/direito_a_privacidade_do_trabalhador_e_o_uso_do_correio_eletronico_violacao_de_direitos_fundamentais_ou_legitimo_exercicio_do_poder_diretivo_do_empregador.pdf).
17. Kurogant P, Passos AR, Oliveira JML, Pereira IM, Costa TF. Absenteísmo do pessoal de enfermagem: decisões e ações de enfermeiros gerentes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 24]; 49(Esp2):35-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800005>.
18. Marques DO, Pereira MS, Souza ACS, Vila VSC, Almeida CCOF, Oliveira EC. Absenteísmo - illness of the nursing staff of a university hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 25]; 68(5):594-600. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156805161>.
19. Rabenschlag LA, Lima SBS, Eberthardt TD, Kessler M, Soares RSA, Camponogara S. Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em unidades de clínica cirúrgica. *Rev Enferm USFM* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 25]; 5(2): 235-246. Available from: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769215891>.
20. Fortes ECN, Pires DEP. Enfermeiras na atenção básica: entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 24]; 15(3):709-724. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol000083>.
21. Batista MA, Lima MEA, Antipoff RBF. A preservação da saúde em situações patológicas de trabalho: um estudo de caso na siderurgia. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 20]; 19(1):45-59. Available from: <http://www.revistas.usp.br/cpspt/article/view/125901/122755>.
22. Samudio AKM, Loureiro MDR, Ferreira Júnior MAF. O processo de trabalho da equipe de enfermagem em cuidados continuados integrados. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 24]; 10(7):2453-62. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11302/12970>.
23. Máximo TACO, Araújo AJS, Zambroni-de-Souza PC. Vivências de sofrimento e prazer no trabalho de gerentes de banco. *Psicol. Cienc. Prof.* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 20]; 34(1):96-111. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932014000100008>.

# OS DETERMINANTES SOCIAIS DO SOFRIMENTO MENTAL INFANTIL

Joyce Soares e Silva<sup>1</sup>

Híllda Dandara Carvalho Santos Leite<sup>1</sup>

Márcia Astrês Fernandes<sup>1</sup>

Lídyia Tolstenko Nogueira<sup>1</sup>

Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino<sup>1</sup>

Silvana Santiago da Rocha<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6544-9632>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8095-2874>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9781-0752>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4918-6531>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9835-6034>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1325-9631>

**Objetivo:** analisar os determinantes sociais influenciadores do sofrimento mental infantil. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa com buscas realizadas nos meses de abril e maio de 2019, por meio de três bases eletrônicas de dados. Na seleção inicial, foram encontrados 70 artigos, que após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restringiram-se a nove artigos primários que foram considerados para fins de pesquisa. **Resultados:** percebeu-se que os determinantes sociais corroboram para o sofrimento mental infantil, dentre eles destacam-se as experiências traumáticas e distúrbios familiares. Tais determinantes, influenciam de maneira negativa a vida dessas crianças quando adultas, caso não sejam percebidas e tratadas de forma adequada. **Conclusão:** observa-se, ainda, que tal temática é pouco discutida no meio científico na ênfase que é posta neste estudo, mas, ressalta-se que no decorrer dos últimos anos têm-se ganhado notoriedade mundial pela sua importância no meio social e de saúde.

**Descritores:** Determinantes Sociais da Saúde; Estresse Psicológico; Criança; Saúde Mental; Saúde Pública.

## THE SOCIAL DETERMINANTS OF CHILD MENTAL SUFFERING

**Objective:** To analyze the social determinants influencing child mental suffering. **Method:** This is an integrative review with searches conducted in April and May 2019, through three electronic databases. In the initial selection, 70 articles were found, which after applying the inclusion and exclusion criteria were restricted to nine primary articles that were considered for research purposes. **Results:** It was noticed that the social determinants corroborate the child mental suffering, among them the traumatic experiences and family disorders. Such determinants negatively influence the lives of these children as adults, if they are not properly perceived and treated. **Conclusion:** It is also observed that such theme is little discussed in the scientific environment in the emphasis that is placed in this study, but it is noteworthy that over the last years have gained worldwide notoriety for its importance in the social and health environment.

**Descriptors:** Social Determinants of Health; Stress Psychological; Child; Mental Health; Public Health.

## LOS DETERMINANTES SOCIALES DEL SUFRIMIENTO MENTAL INFANTIL

**Objetivo:** Analizar los determinantes sociales que influyen en el sufrimiento mental infantil. **Metodología:** Esta es una revisión integradora con búsquedas realizadas en abril y mayo de 2019, a través de tres bases de datos electrónicas. En la selección inicial, se encontraron 70 artículos, que después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se restringieron a nueve artículos principales que se consideraron con fines de investigación. **Resultados:** Se observó que los determinantes sociales corroboran el sufrimiento mental del niño, entre ellos las experiencias traumáticas y los trastornos familiares. Tales determinantes influyen negativamente en la vida de estos niños como adultos si no son percibidos y tratados adecuadamente. **Conclusión:** También se observa que este tema es poco discutido en el entorno científico en el énfasis que se pone en este estudio, pero es notable que en los últimos años haya ganado notoriedad mundial por su importancia en el entorno social y de salud.

**Descritores:** Determinantes Sociales de la Salud; Estrés Psicológico; Niño; Salud Mental; Salud Pública.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, PI.

Autor correspondente: Híllda Dandara Carvalho Santos Leite E-mail: hilldadandara@hotmail.com

Recebido: 18/09/2019

Aceito: 07/01/2020

## INTRODUÇÃO

O Brasil, até o início do século XXI, contemplava poucas políticas públicas de saúde e saúde mental voltadas à população infanto juvenil. Na contemporaneidade, os cuidados voltados às crianças em sofrimento mental são orientados pelos serviços vinculados à Rede de Atenção Psicossocial, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>(1-2)</sup>.

O desenvolvimento do sofrimento mental em crianças e adolescentes está relacionado a fatores biológicos, que englobam anormalidades do sistema nervoso central, causados por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas; fatores genéticos, que envolvem a história familiar de depressão e esquizofrenia, dentre outros; fatores psicossociais, relacionados a disfunções na vida familiar, discórdia conjugal, psicopatologia materna, criminalidade paterna, falta de laços afetivos entre pais e filhos; eventos de vida estressantes, relacionados à morte ou à separação dos pais; exposição a maus-tratos, como abuso físico, emocional e sexual, e fatores ambientais, relacionados a comunidades desorganizadas<sup>(3-6)</sup>.

O baixo nível socioeconômico também contribui para o aumento do sofrimento mental em crianças, devido a combinação de baixa renda, analfabetismo, desemprego, más condições de moradia e acesso limitado à saúde e à educação<sup>(1,3,7)</sup>.

As crianças expostas a traumas psicológicos estão sujeitas na vida adulta a riscos para o desenvolvimento de condições clínicas diversas, tais como transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtorno de estresse pós-traumático, comportamentos suicidas de alto-risco, violência conjugal, maus tratos a crianças e transtornos de personalidade<sup>(7,8)</sup>.

Quando o sofrimento mental da criança é percebido pela família, são muitas as dificuldades enfrentadas: energia despendida na busca de ajuda; o investimento do tempo do familiar; a dependência econômica; a privação das necessidades de outros membros da família; o corte das atividades sociais; a diminuição das relações com o mundo exterior e as dificuldades em identificar alternativas para hospitalização, ou espaços residenciais fora de sua casa dificultam a tomada de decisão da família<sup>(1,9)</sup>.

Ao tempo que procuram ajudar o indivíduo em sofrimento mental, as dificuldades encontradas fazem com que a família desista, prejudicando ainda mais a vida da criança<sup>(9)</sup>. Devido a todas essas dificuldades, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi implantado no Brasil para garantir os direitos da criança e do adolescente, entretanto há necessidade de muitos avanços para garantir um desenvolvimento mais sadio da população<sup>(6,8)</sup>.

As consequências do trauma e da violência contra crianças e adolescentes não se restringem ao âmbito da saúde das pessoas, mas também podem retardar o desenvolvimento econômico e social de um país. O gasto com hospitalizações de pacientes com transtornos mentais no Brasil é bastante elevado e consome cerca de 32% do orçamento do SUS (Sistema Único de Saúde)<sup>(2,8)</sup>.

Ressalta-se que é necessário identificar as diferentes formas e causas de sofrimento mental na infância, e as suas consequências na vida adulta para que seja fornecidos subsídios para ações preventivas em diferentes níveis de atenção à saúde.

Diante do exposto, optou-se por abordar o sofrimento mental nas crianças, por ser uma fase caracterizada por pessoas entre 6 a 12 anos de idade, que estão passando por novos desafios sociais e afetivos, devido à proximidade com a adolescência, com o afastamento parcial do contato parental direto, criação de novos laços de amizades, normas, rotinas, dentre outros pontos que podem incidir como fator estressor. Portanto, o objetivo do estudo é analisar, a partir da literatura científica, os determinantes sociais que influenciam o sofrimento mental infantil.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como revisão integrativa. Este método permite buscar, avaliar e sintetizar estudos primários relacionados a um determinado objeto de investigação, a fim de promover uma análise crítica e traçar um estudo secundário sobre a literatura nacional e internacional pesquisada<sup>(10)</sup>.

### Seleção do estudo

A fim de operacionalizar o estudo de revisão integrativa, seguiu-se as seguintes etapas: identificação da questão norteadora; busca dos dados e determinação dos critérios de inclusão e exclusão; categorização dos estudos; avaliação crítica dos estudos incluídos; discussão e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento<sup>(11)</sup>.

A elaboração da questão norteadora foi realizada por meio do acrônimo PICo (Problema, Interesse, Contexto), ao considerar P (determinantes sociais), I (sofrimento mental) e Co (crianças). Dessa forma, a pesquisa foi norteada pela seguinte questão de pesquisa: Quais determinantes sociais influenciam no sofrimento mental nas crianças?

A busca foi realizada no mês de abril e maio de 2019, nas bases eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PubMed), *Cumulative Index of Nursing and Allied Health* (CINAHL), e SciVerse Scopus.

Ressalta-se que também houve buscas na Literatura Latino-Americana, no Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entretanto, os pesquisadores não obtiveram resultados em tais bases.

Os descritores controlados foram extraídos da lista de vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Heading* (MESH) e list CINAHL, sendo eles: a) MEDLINE via PubMed: *Social Determinants of Health; Stress, Psychological; Child*; b) CINAHL: *Social Determinants of Health; Stress, Psychological; Children*; c) SciVerse Scopus: *Social Determinants of Health; Stress, Psychological; Child*.

A estratégia de busca utilizada em cada base de dados com os descritores controlados e não controlados podem ser visualizadas no Quadro 01.

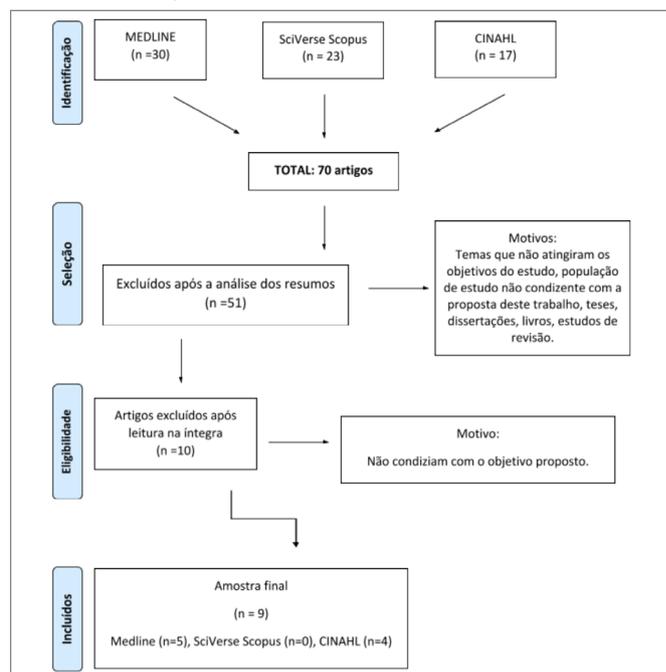
**Quadro 01** - Estratégia de busca segundo base de dados. Teresina (PI), Brasil, 2019.

Base de dados	Estratégia de busca
MEDLINE via Pubmed	(((social determinants of health[MeSH Terms]) OR health social determinant[MeSH Terms]) OR health social determinants[MeSH Terms]) AND (((((((((((((((stress, psychological) OR psychological stress) OR psychological stresses) OR stresses, psychological) OR life stress) OR life stresses) OR stress, life) OR stresses, life) OR stress, psychologic) OR psychologic stress) OR stressors, psychological) OR emotional stress) OR stress, emotional) OR mental suffering) OR suffering, mental) OR suffering) OR sufferings) OR anguish)) AND ((child) OR children)
CINAHL	"Social Determinants of Health" AND "Stress, Psychological" AND "Children"
SciVerse Scopus	(((social determinants of health[MeSH Terms]) OR health social determinant[MeSH Terms]) OR health social determinants[MeSH Terms]) AND (((((((((((((((stress, psychological) OR psychological stress) OR psychological stresses) OR stresses, psychological) OR life stress) OR life stresses) OR stress, life) OR stresses, life) OR stress, psychologic) OR psychologic stress) OR stressors, psychological) OR emotional stress) OR stress, emotional) OR mental suffering) OR suffering, mental) OR suffering) OR sufferings) OR anguish)) AND ((child) OR children)

Foram incluídos artigos disponíveis de forma completa nas bases de dados sem delimitação temporal ou idiomática. Foram excluídos teses, dissertações, livros, artigos de revisão e estudos duplicados nas bases de dados.

Foram recuperados 70 artigos, que após leitura de títulos, resumos e artigos na íntegra resultou em uma amostra de nove produções. Para melhor visualização das etapas de seleção e análise dos dados, utilizou-se o fluxograma Prisma Statement, conforme Figura 01.

**Figura 01** - Fluxograma Prisma Statement da sistematização da busca nas bases de dados MEDLINE, SciVerse Scopus e CINAHL. Brasil, 2019.



**Procedimentos de análise dos dados**

Os artigos selecionados neste estudo foram organizados em um quadro que contemplou informações sobre a identificação da produção (autor principal, periódico e ano de publicação); delineamento metodológico; e principais resultados, desfechos e conclusões.

**Procedimentos éticos**

Ressalta-se que, em virtude do presente estudo, tratar-se de uma revisão de literatura, foi dispensado a necessidade de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, destaca-se que todos os autores dos artigos selecionados foram citados de forma adequada.

**RESULTADOS**

A amostra foi composta por nove artigos, todos estes, contemplados no Quadro 02 com sua devida identificação para discussão.

**Quadro 02** - Artigos caracterizados conforme título, ano, periódico, delineamento e desfecho. Teresina (PI), Brasil, 2019. N=9.

Título	Autores e periódico	Ano País	Delineamento	Desfecho	Base de dados
Critical conversation: Toxic stress in children living in poverty.	Cox et al. Nursing outlook	2018	Estudo reflexivo	Famílias, crianças e comunidades podem ser fortalecidas por programas baseados em evidências que abordam os determinantes sociais, e que trabalhem contra a pobreza, abuso, negligência, encarceramento, deportação e disfunção familiar.	MEDLINE
Association between childhood health, socioeconomic and school-related factors and effort-reward imbalance at work: a 25-year follow-up study.	Wang et al. Occupational and Environmental Medicine	2018	Estudo de coorte	Determinantes sociais com enfoque socioeconômico influenciam no surgimento de estresse infantil, e este pode influenciar negativamente na vida adulta durante o exercício laboral.	MEDLINE
Addressing Adverse Childhood Experiences Through the Affordable Care Act: Promising Advances and Missed Opportunities	Srivastav; Fairbrother; Simpson Academic Pediatrics	2017	Estudo reflexivo	As experiências adversas na infância decorrem de traumas e estresses tóxicos, adoecimento mental infantil que podem ter efeito a longo prazo na vida do indivíduo.	MEDLINE
Making the Health-Wealth Connection in Contra Costa County's Maternal and Child Health Programs	Parthasarathy et al. Maternal and Child Health Journal	2014	Relato de experiência	Profissionais de saúde materno-infantil vêm buscando abordagens para integrar os determinantes sociais da saúde em seu trabalho. Dessa forma, reconhecer os determinantes sociais que influem na saúde infantil e materna torna-se necessário para criar estratégias de diminuição das disparidades sociais e adoecimento mental e físico dos indivíduos. Com isso, vários programas foram criados para essa perspectiva.	MEDLINE
Chaos as a social determinant of child health: Reciprocal.	Dush et al. Social science & medicine	2013	Estudo descritivo, transversal	O caos é um importante determinante social no adoecimento na infância. A saúde infantil pode ser melhorada ao apoiar-se as famílias de maneira que ocorra redução do caos em seus lares e ambientes de trabalho. Isso pode influenciar na estrutura social, racial e saúde e familiar.	MEDLINE
Influence of adverse childhood experiences on anxiety and depression in children aged 6 to 11 years	Zare et al. Pediatric nursing	2018	Estudo descritivo, transversal	As dificuldades econômicas, a saúde mental/comportamental dos pais, a exposição à violência ou a discriminação racial/ étnica aumentaram o risco de depressão e/ ou ansiedade em crianças de 6 a 11 anos de idade.	CINAHL
Implications of climate change for children in developing countries.	Hanna; Oliva Future of children	2016	Estudo de reflexão	A mudança climática pode ser particularmente perigosa para crianças em países em desenvolvimento. Esses países muitas vezes têm redes de segurança social limitadas, pobreza generalizada, sistemas de saúde frágeis e instituições governamentais fracas, tornando mais difícil a adaptação ou resposta às mudanças climáticas, podendo causar estresse psicológico. Dessa forma, essas crianças apresentam riscos mais elevados do que no mundo desenvolvido.	CINAHL
Climate Change, conflict, and Children.	Akresh Future of children	2016	Estudo de reflexão	A mudança climática pode ser particularmente perigosa para crianças em países em desenvolvimento. Esses países muitas vezes têm redes de segurança social limitadas, pobreza generalizada, sistemas de saúde frágeis e instituições governamentais fracas, tornando mais difícil a adaptação ou resposta às mudanças climáticas, podendo causar estresse psicológico. Dessa forma, essas crianças apresentam riscos mais elevados do que no mundo desenvolvido.	CINAHL
Born into adversity: psychological distress in two birth cohorts of second-generation Irish children growing up in Britain.	Das-Munshi et al. Journal of public health	2013	Estudo de coorte	As crianças irlandesas imigrantes vivenciaram altos níveis de morbidade psicológica, isso foi explicado por circunstâncias materiais adversas na infância e sofrimento psicológico nos pais. Iniciativas de saúde pública com foco em experiências de assentamentos podem reduzir as desigualdades de saúde em crianças imigrantes.	CINAHL

## DISCUSSÃO

As experiências adversas na infância incluem uma gama de eventos traumáticos e tóxicos, como desastres naturais e aqueles provocados pelo homem, eventos médicos traumáticos, discriminação racial, contato com famílias disfuncionais, separação parental física e emocional, dentre outros. Testemunhar ou vivenciar eventos violentos, como violência na vizinhança, violência sexual, abuso físico e psicológico, e viver na pobreza ou viver dentro de famílias que lutam para satisfazer necessidades físicas básicas, incluindo comida e abrigo, podem levar as crianças a sentimentos de ansiedade e tristeza<sup>(12-17)</sup>.

A riqueza ou a pobreza são fortes preditores de saúde e bem-estar. As pessoas que crescem sob baixas condições socioeconômicas morrem mais jovens e ficam mais doentes ao longo de suas vidas do que aqueles que nascem em melhores condições. Essas condições também afetam o bem-estar e o desenvolvimento das crianças, incluindo sua saúde, comportamento e desempenho educacional. Além disso, o status socioeconômico na infância tem sido vinculado à saúde na vida adulta, com exposição precoce e contínua ao estresse crônico devido à instabilidade financeira, sendo considerados fatores de risco para traumas psicológicos futuros<sup>(18,19)</sup>.

Outro fator que ocasiona sofrimento mental é a migração. Em um estudo sobre crianças irlandesas que migraram e cresceram na Grã-Bretanha, detectaram que a prevalência de depressão e de suicídio foram elevadas em Irlandeses que viviam na Grã-Bretanha, em comparação aos Irlandeses que viviam na Irlanda<sup>(20)</sup>.

Dessa forma, as crianças que acompanham os pais no processo de migração crescem sob condições de adversidade material acentuadas, ficam vulneráveis a conflitos, que as expõem à violência e ao trauma. Além disso, o cuidado destinado a elas é interrompido, os arranjos familiares ficam fragilizados, e tornam-se sujeitas ao sofrimento psicológico, em especial nas idades de 7, 11 e 16 anos quando comparado com crianças sem história de migração<sup>(13,20)</sup>.

Outro ponto abordado nos estudos primários analisados, refere-se aos fatores ambientais (calor, poluição), que também são importantes determinantes que afetam em potencial as crianças. Especialmente, quando estas moram em países em desenvolvimento, cujas mudanças climáticas afetam diretamente a agricultura, visto que em alguns lugares, esta, ainda é a principal fonte de renda e apresenta um grande efeito sobre o Produto Interno Bruto (PIB) do país<sup>(14)</sup>.

Ademais, as mudanças climáticas podem comprometer ainda mais o já vulnerável estado de saúde das crianças nos países em desenvolvimento. Pois, experimentam calor extremo, doenças infecciosas, câncer de pele, erupções cutâneas, perda temporária de consciência (síncope), do que as crianças em países desenvolvidos que possuem melhores estruturas sociais, de saúde e menos variações climáticas. Além disso, observa-se uma interferência na capacidade cognitiva das crianças, com grande probabilidade de desenvolvimento de estresse pós-traumático<sup>(14)</sup>.

Dentre os fatores ambientais, o caos também influencia a saúde infantil através de várias vias: aumenta o estresse parental e infantil, reduz o apoio emocional dos familiares; reduz a capacidade dos pais de prevenir e tratar efetivamente doenças; reduz a quantidade e a qualidade da supervisão dos pais, necessária para evitar acidentes e incentivar comportamentos saudáveis<sup>(12)</sup>.

Quando as crianças ficam muito tempo expostas a tais experiências adversas, experimentam respostas prolongadas de estresse fisiológico, ocorrem mudanças químicas e físicas nas redes neurais e nos processos metabólicos das crianças e refletem nos aspectos físicos, mentais e comportamentais<sup>(14,17)</sup>.

Os problemas de saúde físicos, mentais e comportamentais relacionados à experiência adversa na infância que começam na infância e se estendem até a idade adulta são numerosos. Eles incluem asma; obesidade; distúrbios cardiovasculares e pulmonares, imunológicos em adultos; transtornos de humor, depressão, ansiedade e abuso de substâncias<sup>(13,14,16,17)</sup>.

Aumento da depressão e da ansiedade em crianças menores, em particular, são preocupantes, dados seus efeitos deletérios em longo prazo. O bem-estar na adolescência e na vida adulta cria um problema substancial de saúde pública dentro do contexto de programas e recursos limitados de saúde mental<sup>(17,18)</sup>.

Outro ponto observado corresponde à experiência escolar durante a infância. Esta é considerada determinante do estresse no trabalho durante a fase adulta, visto que o ambiente escolar se estabelece como uma preparação da criança para a inserção no mercado de trabalho quando adulto. O bom desempenho escolar prediz maior controle emocional sobre o trabalho, maior status educacional, melhor ocupação e, conseqüentemente, menor exposição aos fatores de risco relacionados ao estresse ocupacional<sup>(19)</sup>.

Profissionais enfermeiros possuem um papel importante na prevenção e/ou identificação do sofrimento psíquico. Em geral, são os primeiros a suspeitarem de sofrimento mental quando, durante as consultas de rotina, é observado ou relatado algum evento adverso que a criança vivenciou. Com isso, os enfermeiros podem alertar o pediatra ou fazer encaminhamentos para programas de serviços de apoio a saúde mental<sup>(16,17)</sup>.

Destaca-se a importância de se educar pais, professores, treinadores, e prestadores de cuidados infantis sobre como podem ser úteis para as crianças, no sentido de utilizarem de suas habilidades de escuta ativa, conhecimento e resiliência para fornecer diretamente os cuidados que essas crianças precisam. Como também adotarem medidas para evitar que as hospitalizações e os procedimentos médicos sejam traumáticos para crianças, por meio de uma assistência mais humanizada<sup>(16,17)</sup>.

### Limitações do Estudo

Com base no exposto, os estudos primários selecionados e analisados resultaram em dados sobre os determinantes sociais que influenciam o surgimento de sofrimento psíquico infantil.

Entretanto, como limitação, o presente estudo elenca que o fato de todos os artigos selecionados serem internacionais, impediu que fosse realizado um comparativo entre os determinantes sociais brasileiros com o de outros países, a fim de se detectar possíveis divergências e convergências.

### Contribuições do estudo

O estudo atenta-se para a atualização e atuação dos profissionais de saúde e pesquisadores da área de saúde pública, com vistas a prestação de cuidados mais ampliados ao público infantil.

### CONCLUSÃO

O estudo em tela constatou que os determinantes sociais que corroboram para o sofrimento mental infantil são as experiências traumáticas, desordens familiares, violência e abuso físico e psicológico, pobreza, migração, experiência escolar prévia, mudanças climáticas e o caos. Muitos dos quais influenciavam em vários aspectos da vida da criança de forma individual e coletiva, e podem ser amenizados por meio de intervenções direcionadas aos aspectos individuais destes, buscando minimizar o sofrimento

psíquico que as crianças podem vir a desenvolver.

Conclui-se, portanto, que o sofrimento mental nas crianças, apesar de ser um tema pouco discutido, tem ganhado notoriedade mundial, em especial pelos profissionais de enfermagem, talvez por estarem mais próximos e acessíveis à população, detectando mais rapidamente os sinais resultantes de experiências adversas nessa fase da vida. Por fim, chama-se a atenção para a necessidade da realização de novos estudos acerca da temática, em especial no Brasil, visto a pouca disponibilidade de dados na literatura científica.

**Contribuição dos Autores:** Joyce Soares e Silva: concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. Hillda Dandara Carvalho Santos Leite: concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. Márcia Astrês Fernandes: concepção e/ou desenho do manuscrito; revisão crítica e revisão final. Lidya Tolstenko Nogueira: Revisão crítica e revisão final. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino: Revisão crítica e revisão final. Silvana Santiago da Rocha: Revisão crítica e revisão final.

### REFERÊNCIAS

- Delfini PSS, Bastos IT, Reis AOA. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cad saúde pública* [Internet]. 2017 [Cited 2019 May 02]; 33(12): e00145816. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00145816>
- Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LCSO. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [Cited 2019 May 02]; 26(3): e1890014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>
- Batista KA, Oliveira PRS. A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE. *Pesqui prát psicossociais* [Internet]. 2017 [Cited 2019 May 02]; 12(3): e1361. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082018000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100006)
- Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde doença. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [Cited 2019 May 02]; 42 (4): 175-186. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S414>
- Burke NN, Finn DP, McGuire BE, Roche M. Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: Clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms. *Journal of Neuroscience Research* [Internet]. 2017 [Cited 2019 May 02]; 95:1257-1270. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jnr.23802>
- Taño BL, Matsukura TS. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cad Ter Ocup UFSCar* [Internet]. 2015 [Cited 2019 May 02]; 23(2):439-447. Available from: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARO479>
- Dimenstein M, Siqueira K, Macedo JP, Leite J, Dantas C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arq bras psicol*. [Internet]; 2017 [Cited 2019 May 02]; 69 (2): 72-87. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006)
- Walkamp V, Serralta FB. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Cienc. Psicol* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jun 12]; 12(1): 137-144. Available from: <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
- Monteiro ARM, Teixeira LA, Silva RSM, Rabelo KPS, Tavares SFV, Távora RCO. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [Cited 2019 Jun 12]; 16(3): 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300014>
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2019 [Cited 2019 Jun 12]; 28: e20170204. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0204>
- Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health* [Internet]. 1987 [Cited 2019 Jun 12]; 10(spe): 1-11. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
- Dush K, Schmeer KK, Taylor M. Chaos as a social determinant of child health: Reciprocal. *Soc Sci Med* [Internet]. 2013 [Cited 2019 Jun 14]; 95(spe): 69-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.038>
- Akresh R. Climate Change, conflict, and Children. *Future of children* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jun 14]; 26(1): 51-71. Available from: <https://www.jstor.org/stable/43755230>
- Hanna R, Oliva P. Implications of climate change for children in developing countries. *Future of children* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jun 15]; 26(1): 115-132. Available from: [http://scholar.harvard.edu/files/remahanna/files/implications\\_of\\_climate\\_change.pdf](http://scholar.harvard.edu/files/remahanna/files/implications_of_climate_change.pdf)
- Srivastav A, Fairbrother G, Simpson LA. Addressing Adverse Childhood Experiences Through the Affordable Care Act: Promising Advances and Missed Opportunities. *Acad Pediatr* [Internet]. 2017 [Cited 2019 Jun 15]; 17(7): 136-143. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.007>
- Cox KS, Sullivan CG, Olshansky E, Czubaruk K, Lacey B, Scott, Dijk JWV. Critical conversation: Toxic stress in children living in poverty. *Nursing outlook* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jun 15]; 66(2): 204 -209. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.02.009>
- Zare M, Narayan M, LAsway A, Kitsantas P, Wojtusiak J, Oetien CA. Influence of adverse childhood experiences on anxiety and depression in children aged 6 to11 years. *Pediatric nursing* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jun 15]; 44(6): 267-269. Available from: <https://www.pediatricnursing.net/ce/2020/article4406267274.pdf>
- Parthasarathy P, Dailey DE, Young MED, Lam C, Pies C. Building Economic Security Today: Making the Health-Wealth Connection in Contra Costa County's Maternal and Child Health Programs. *Matern Child Health J* [Internet]. 2014 [Cited 2019 Jun 15]; 18 (spe): 396-404. Available from: <http://doi.org/10.1007/s10995-013-1309-7>
- Wang S, Sanderson K, Venn A, Dwyer T, Gall S. Association between childhood health, socioeconomic and school-related factors and effort-reward imbalance at work: a 25-year follow-up study. *Occup Environ Med* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jun 15]; 75(1): 37-45. Available from: <http://doi.org/10.1136/oemed-2017-104308>
- Das- Munshi J, Clark C, Dewey ME, Leavey G, Stansfeld SA, Prince MJ. Born into adversity: psychological distress in two birth cohorts of second-generation Irish children growing up in Britain. *J Public Health (Oxf)* [Internet]. 2014 [Cited 2019 Jun 15]; 36(1):92-103. Available from: <http://doi.org/10.1093/pubmed/ftd034>

# O CUIDAR DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Joyce Soares e Silva<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6544-9632>

Hellany Karolliny Pinho Ribeiro<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3157-7924>

Márcia Astrês Fernandes<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9781-0752>

Daniel de Macêdo Rocha<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1709-2143>

**Objetivo:** descrever a contribuição das boas práticas dos cuidados de enfermagem para o desenvolvimento da saúde mental após a reforma psiquiátrica. **Método:** trata-se de estudo de revisão integrativa, realizado nas bases de dados MEDLINE via PUBMED, LILACS E CINAHL, com análise e síntese de 14 estudos primários. **Resultados:** as boas práticas de enfermagem, em seu amplo espectro de possibilidade, incluem a disponibilidade pessoal da equipe para entender o sujeito; o acolhimento inicial na admissão; a construção de projetos terapêuticos individualizados e adequados para as necessidades do indivíduo; além da busca por utilização de dispositivos que atinjam a complicitade, respeito e confiança cliente-equipe de enfermagem. **Conclusão:** com a reforma psiquiátrica os profissionais de enfermagem buscaram se adequar às novas condições de assistência terapêutica, distanciando-se da assistência prestada no século passado.

**Descritores:** Cuidados de enfermagem; Saúde mental; Psiquiatria.

## CARING FOR MENTAL HEALTH NURSING FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHIATRIC REFORM

**Objective:** To describe the contribution of good nursing care practices to the development of mental health after psychiatric reform. **Method:** This is an integrative review study conducted in the Medline databases via Pubmed, Lilacs and Cinahl, with analysis and synthesis of 14 primary studies. **Results:** Good nursing practice in its broad spectrum of possibility includes staff's personal willingness to understand the subject; the initial reception upon admission; the construction of individualized therapeutic projects and appropriate to the needs of the individual; beyond the search for use of devices that reach the complicity, respect and trust client-nursing team. **Conclusion:** With the psychiatric reform, nursing professionals sought to adapt to the new conditions of therapeutic care, moving away from the care provided in the last century.

**Descriptors:** Nursing care; Mental health; Psychiatry.

## CUIDAR LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

**Objetivo:** Describir la contribución de las buenas prácticas de atención de enfermería al desarrollo de la salud mental después de la reforma psiquiátrica. **Método:** Este es un estudio de revisión integradora realizado en las bases de datos Medline a través de Pubmed, Lilacs y Cinahl, con análisis y síntesis de 14 estudios primarios. **Resultados:** Las buenas prácticas de enfermería en su amplio espectro de posibilidades incluyen la disposición personal del personal para comprender el tema; la recepción inicial a la admisión; la construcción de proyectos terapéuticos individualizados y adecuados a las necesidades del individuo; más allá de la búsqueda del uso de dispositivos que alcanzan la complicitad, el respeto y la confianza del equipo de atención al cliente. **Conclusión:** Con la reforma psiquiátrica, los profesionales de enfermería buscaron adaptarse a las nuevas condiciones de la atención terapéutica, alejándose de la atención brindada en el siglo pasado.

**Descriptorios:** Atención de enfermeira; Salud mental; Psiquiatria.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, PI.

Autor correspondente: Joyce Soares e Silva E-mail: joycesoaresc@yahoo.com

Recebido: 09/10/2019

Aceito: 07/01/2020

## INTRODUÇÃO

Os cuidados psiquiátricos até meados do século XXI estiveram restritos aos hospitais psiquiátricos, caracterizados por internações prolongadas e segregativas da pessoa com transtorno mental. Esse modelo assistencialista, passou a ser questionado por meio do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Mundo, sendo caracterizado por dois períodos na História. O primeiro diz respeito ao Processo de crítica à estrutura asilar com o surgimento das comunidades terapêuticas na Inglaterra e Estados Unidos e Psicoterapia na França. E o segundo, na prevenção e promoção da saúde mental com a Psiquiatria comunitária ou preventiva na França e Estados Unidos. Entretanto, apenas em 2001, no Brasil, com a aprovação da Lei Federal nº 10.216, que foi iniciado as reformulações das internações psiquiátricas, com a criação de programas de reinserção social da pessoa com transtornos psíquicos e da Rede de Atenção Psicossocial, com o surgimento dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Residências terapêuticas, dentre outros (GUIMARÃES et al., 2015).

Antes da aprovação dessa lei, os cuidados de enfermagem se baseavam em cuidados gerais de saúde, higiene, alimentação e administração de medicamentos aos pacientes psiquiátricos. Esses profissionais não tinham preparo adequado para lidar com situações rotineiras, e dessa forma, agiam com agressividade e violência para com os pacientes<sup>(1,2)</sup>.

Com a atual política de saúde mental funcionando, os profissionais de enfermagem necessitam estar capacitados para prestarem assistência adequada à população, tendo como meta o planejamento de cuidados que busque compreender, se relacionar de forma holística e a reinserção social da pessoa com transtorno mental. Nesta perspectiva, requer conhecimento científico mais consolidado em relação aos transtornos mentais, a fim de prestar uma assistência de enfermagem mais qualificada por meio de uma relação interpessoal adequada com pacientes, familiares, equipe multi e interdisciplinar e a comunidade, contribuindo para a efetiva melhora clínica<sup>(3,4)</sup>.

Sabe-se que a relação terapêutica entre enfermeiro e paciente é reconhecida como um componente essencial da assistência psiquiátrica, não somente no Brasil, mas no mundo. Um bom envolvimento entre o paciente e a equipe de enfermagem, marcada por profissionalismo, cuidado e dedicação, corrobora para o atendimento integral das necessidades humanas básicas dos pacientes. Além disso, a escuta terapêutica, dentre outros métodos de intervenção no processo de enfermagem, contribui para a reabilitação das pessoas com transtornos mentais<sup>(5,6)</sup>.

## OBJETIVO

Descrever a contribuição das boas práticas dos cuidados de enfermagem para o desenvolvimento da saúde mental após a reforma psiquiátrica.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de estudo de revisão integrativa realizada no mês de abril a junho de 2018. Este método permite a síntese

de vários estudos publicados, com a finalidade de promover conclusões gerais sobre os mesmos, tornando-se um método valioso para a enfermagem ao atualizar os profissionais sobre o conhecimento científico disponível<sup>(7)</sup>.

### Seleção do estudo

As buscas nas bases de dados foram norteadas pela seguinte questão: De que forma as boas práticas de cuidados de enfermagem contribuem para o desenvolvimento da saúde mental após a reforma psiquiátrica?

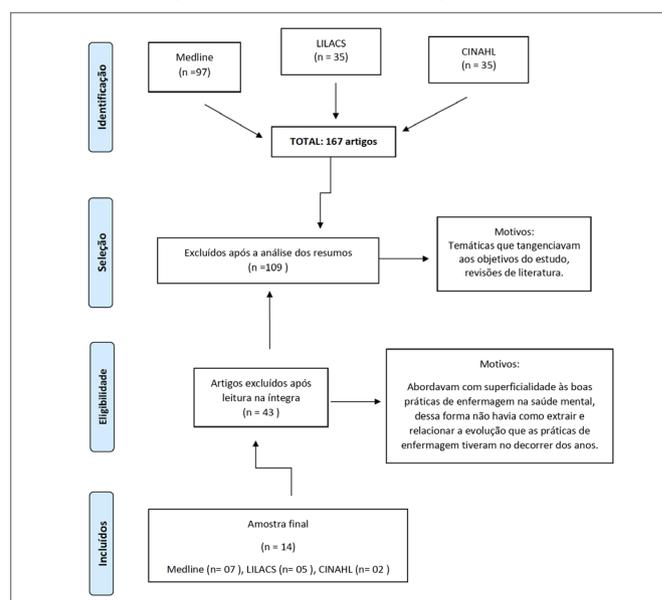
As bases de dados utilizadas foram: Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health). E como descritores: cuidados de enfermagem, saúde mental e psiquiatria no LILACS. Descritores Mesh (Medical Subject Heading) no Medline com os termos nursing care, mental health e psychiatry. E como títulos: CINAHL os termos nursing care, mental health e psychiatry, sendo todos operacionalizados pelo operador booleano AND.

Para critérios de inclusão, elencaram-se os artigos que abordavam as boas práticas da enfermagem na saúde mental e que estavam disponíveis de forma completa nas bases de dados. Foram excluídos aqueles que tangenciam ao tema proposto, artigos repetidos, teses e dissertações.

### Procedimento de análise dos dados

A coleta dos dados deu-se pela leitura dos resumos de cada artigo encontrado, observando os critérios de inclusão e exclusão, com isso, os artigos que foram triados nesse primeiro momento foram lidos na íntegra posteriormente para desfecho final de aprovação ou não. Assim, inicialmente foram encontrados 167 artigos nas três bases de dados estudadas (FIGURA 01). Após leitura dos resumos e dos artigos na íntegra restaram-se 14 artigos a corresponderem às seguintes bases analisadas.

**Figura 1** - Fluxograma da sistematização da busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS e CINAHL. Brasil, 2018.



**Procedimentos éticos**

Ressalta-se que por se tratar de um estudo secundário não houve necessidade de apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

**RESULTADOS**

Foram analisados 167 estudos, destes, após leitura restaram 14 artigos que foram caracterizados conforme apresentados no Quadro 1 por meio do título, autores, periódico, ano de publicação, delineamento do estudo, considerações.

**Quadro 1** - Artigos caracterizados conforme título, autores, periódico, ano, delineamento e considerações. N=14.

Título	Autores - Periódico - Ano	Delineamento	Considerações
Reconnecting with oneself while struggling between life and death: The phenomenon of recovery as experienced by person at risk of suicide	Sellin et al. International Journal of Mental Health Nursing v.26, p.200-207 2017	Estudo reflexivo	Cuidadores profissionais precisam reconhecer a vida dos pacientes, de uma forma que permita aos pacientes se sentirem capazes de gerenciar suas próprias vidas.
A comunicação do estudante de enfermagem na escuta de pacientes em hospital psiquiátrico	Azevedo et al. Escola Anna Nery v.21, n.3, p.1-6 2017	Estudo qualitativo	O raciocínio clínico apresentou-se como uma competência importante à escuta que favoreceu o reconhecimento das desordens na fala e no pensamento.
Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study	Lantta et al. International Journal of Mental Health Systems v.10, n.27, p.1-10 2016	Estudo descritivo e exploratório	Sugestões para a prevenção da violência foram identificadas e incluíram, por exemplo, interação mais qualificada entre enfermeiros e pacientes.
MAHILA: a protocol for evaluating a nurse-delivered Health intervention for women with HIV and psycho social risk factors in India	Reynolds et al. BMC Health Services Research v.16, p.1-9 2016	Pesquisa randomizada	A intervenção do telefone móvel para melhoria do autocuidado entre mulheres com infecção pelo HIV que têm depressão e/ou vulnerabilidades psicossociais, se torna útil e viável para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.
Cuidados de enfermería y el ejercicio de los derechos humanos: Un análisis a partir de la realidad em Portugal	Moll et al. Escola Anna Nery v.20, n.2, p.236-242 2016	Estudo qualitativo	A valorização do acolhimento dos pacientes possibilita a sistematização da assistência de enfermagem, proporciona atividades que favorecem a estabilização e a reabilitação psicossocial; abordagem familiar e estratégias de inserção social.
Perceptions on psychiatric nursing care at a general hospital inpatient unit	Oliveira, Siqueira, Furegato Acta Scientiarum v.38, n.1, p.39-47 2016	Estudo descritivo e exploratório	Tanto profissionais quanto pacientes valorizam o cuidado contínuo, a proximidade, a transmissão de segurança e serenidade nos cuidados de enfermagem.
Gordon's model applied to nursing care of people with depression	Temel Nursing Review v.62, p.563-572 2015	Pesquisa experimental	O Modelo de Enfermagem de Gordon foi eficaz na melhoria da saúde de pessoas com depressão e poderia ser introduzido como tratamento de rotina com avaliação contínua em clínicas psiquiátricas.
Yoga and tales in mental health	Beaufils Soins v.59, n.787, p.33-36 2014	Relato de experiência	As práticas do corpo-mente dão sentido ao trabalho do enfermeiro diante de situações difíceis e sobrecarga emocional dos pacientes.
Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention - A pilot study	Quee et al. Schizophrenia Research v.158, p.12-125 2014	Pesquisa experimental	Os resultados indicam que o Treinamento de Adaptação Cognitiva como uma intervenção de enfermagem pode melhorar os resultados em pacientes com esquizofrenia, incluindo pacientes hospitalizados a longo prazo.

Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem	Tavares, Cortez, Muniz Revista RENE v.15, n.2, p.282-290 2014	Estudo qualitativo	Apesar dos sujeitos da pesquisa atuarem ainda no modelo hospitalar, foi possível que observar percepção do cuidado de forma humana e integral.
Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise	Willrich et al. Revista Brasileira de Enfermagem v.67, n.1, p.97-103 2014	Estudo qualitativo	Identifica a postura do enfermeiro em eleger instrumentos de trabalho que resgate a condição de sujeito de direitos, de cidadão das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com sua prática manicomial.
A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios.	Esperidião et al. Revista Brasileira de Enfermagem v.66, n.spe, p.171-176 2013	Estudo reflexivo	Neste panorama, o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, criado pela Associação Brasileira de Enfermagem se instala como uma estratégia para congregar e consolidar o trabalho dos especialistas, visando a excelência da Atenção Especializada em Psiquiatria e Saúde Mental.
A Comparison of the Practices of Psychiatric Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners Who Are Certified to Provide Mental Health Care for Children and Adolescents	Weiss, Talley Journal of the American Psychiatric Nurses Association v.15, n.2, p.111-119 2009	Estudo quantitativo	Foram avaliados 2 grupos. Ambos gastaram a maior parte do tempo em medicação, sendo a depressão o problema mais frequente que eles trataram. Contudo, os Praticantes da Enfermagem Psiquiátrica Familiar associavam com mais frequência a prescrição e a terapia aos pacientes. Já os enfermeiros de saúde mental de crianças e adolescentes prescreviam mais psicoterapia.
Integrating Nursing Care into Systems of Care for Children with Emotional and Behavioral Disorders	Evans JCAPN v.19, n.2, p.62-68 2006	Pesquisa documental	Programas de educação avançada para enfermeiros psiquiátricos em saúde mental e enfermeiros comunitários devem conter informações mais detalhadas sobre os papéis da enfermagem nesses sistemas de atenção e fornecer aos alunos habilidades aprimoradas em avaliações físicas e de desenvolvimento, bem como psicopatologia e tratamentos baseados em evidências.

## DISCUSSÃO

A reforma psiquiátrica, instituída em 2001, por meio da lei federal nº10.216, redirecionou a assistência de enfermagem na saúde mental para serviços de base comunitária, oferecendo suporte para o surgimento da Política Nacional de Saúde Mental cujas diretrizes incluem a desinstitucionalização, expansão e consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inclusão de atividades de promoção de saúde na atenção básica; atenção integral ao usuário de crack, dentre outras medidas que puderam ser implantadas com a aprovação da Portaria nº3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental<sup>(6)</sup>.

Como reflexo, a assistência de enfermagem passa por mudanças inovadoras com vistas a adequar-se aos padrões mundialmente aceitos. Os cuidados devem ser pautados por embasamentos teóricos que respeitem o ser humano em todas as suas necessidades e direitos. Segundo estudo realizado em hospital psiquiátrico no Estado do Rio de Janeiro, o cuidado de enfermagem em saúde mental requer

que a equipe desenvolva a escuta qualificada, cuja técnica envolve o saber ouvir; usar terapeuticamente o silêncio; interessar-se pelo que é dito; e aceitação. Trata-se, portanto, de uma ferramenta terapêutica que se distancia das terapias de outrora, que utilizavam como regra contenção física aos pacientes considerados agitados, desobedientes, agressivos, métodos considerados normais à época<sup>(9-10)</sup>.

Ressalta-se que as boas práticas de enfermagem em seu amplo espectro de possibilidade incluem a disponibilidade pessoal da equipe para entender o sujeito; o acolhimento inicial na admissão; a construção de projetos terapêuticos individualizados e adequados para as necessidades do indivíduo; além da busca por utilização de dispositivos que atinjam a cumplicidade, respeito e confiança cliente-equipe de enfermagem. Entretanto, ainda é possível notar resistência por parte de profissionais mais tradicionais que defendem a assistência mais repressiva e tendem a resistir ao novo<sup>(8,10)</sup>.

Estudo realizado em Portugal, defende que o acolhimento inicial, especialmente, é essencial para que o cliente e a família

criem o primeiro vínculo com o profissional enfermeiro para que, em seguida, alcancem juntos um plano assistencial que proporcione atividades que favoreçam a estabilização psicossocial e o seguimento terapêutico. Ademais, as estratégias de inserção social desenvolvidas por enfermeiros correspondem à outra boa prática da enfermagem. O plano terapêutico voltado a cada cliente, passeios a pontos turísticos, atividades coletivas, atividades de relaxamento e reflexão como ioga, também são recursos utilizados pelos enfermeiros<sup>(12,13)</sup>.

Intervenções tradicionais que se concentram na avaliação e observação precisam ser complementadas com intervenções que contribuam para a recuperação. Pesquisa realizada em clínica psiquiátrica na Suécia, abordando o cuidado de enfermagem a pessoas em risco de suicídio, apontou que ajudar os pacientes a se reconectarem com eles mesmos, levando em conta o apoio familiar, é de suma importância no sentido de encorajar os pacientes em risco, fornecendo atenção, abertura e sensibilidade às variações individuais<sup>(14)</sup>.

Ademais, outros estudos ratificam ser essencial que toda a equipe de enfermagem adote postura que implique na construção do compromisso, na disponibilidade, na intimidade e na relação de confiança para romper com a cultura da atenção psiquiátrica anterior a da reforma psiquiátrica<sup>(11,15-17)</sup>. Acredita-se que a figura do enfermeiro emerge como importante agente de mudanças no modo psicossocial, desde que esteja consciente de seu papel em um contexto de um novo arranjo de políticas, o qual exige a apreensão de instrumentos de trabalho que visem o resgate da condição de sujeito-cidadão de portadores de sofrimento psíquico<sup>(11)</sup>. Acrescenta-se o fato de que o trabalho interdisciplinar requer definição coletiva de metas que integrem todos os membros da equipe, bem como, proporcione outro entendimento sobre o usuário e sobre sua vida<sup>(16)</sup>.

A propósito disto, pesquisa realizada na Holanda investigou a eficácia e viabilidade de um treinamento de adaptação cognitiva como intervenção de enfermagem que abrangia o cuidado colaborativo e integrado, apontando melhora nos desfechos em pacientes com esquizofrenia<sup>(18)</sup>. Assim, a assistência envolve toda a equipe, e o ambiente promove uma sensação de segurança e respeito. Ratifica-se que a melhor maneira de envolver e ganhar a colaboração dos membros da equipe é envolvê-los no planejamento da expansão de cuidados de saúde mental. Os representantes da família, em particular, são essenciais para o desenvolvimento de planos e para defender a mudança, sendo que cada vez mais assumem participação primordial na recuperação dos pacientes<sup>(19)</sup>.

Neste contexto, a equipe de enfermagem de saúde mental deve considerar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais

do paciente. Em relação a isso, estudo realizado na Turquia com pessoas depressivas, abordou como mais uma prática de intervenção no cuidado ao paciente com adoecimento mental, o Modelo de Padrão de Saúde Funcional de Marjory Gordon, que garante uma abordagem holística para o paciente, com o intuito de reduzir os sintomas depressivos, e aumentar a esperança em pessoas com depressão<sup>(19,20)</sup>.

Nota-se, portanto, que intervenções que melhoram a adesão e reduzem as barreiras enfrentadas se fazem necessárias, bem como, a abordagem multidimensional centrada no paciente que constrói a relação paciente-provedor, estabelece fontes de apoio e habilita a resolução de problemas para barreiras situacionais e psicossociais ao cuidado<sup>(21)</sup>.

### Limitações do estudo

As limitações do estudo referem-se ao quantitativo diminuto de estudos primários encontrados, tendo em vista o tema como fator limitador no processo de busca. Entretanto, ressalta-se que apesar dessa limitação, os artigos selecionados para discussão desta pesquisa conseguiram responder a questão norteadora proposta.

### Contribuições do estudo para a prática

O estudo contribui para a prática da enfermagem no sentido de promover uma reflexão sobre as boas práticas da assistência de enfermagem psiquiátrica, ao passo que faz um comparativo do que mudou após a reforma na psiquiatria e o que ainda permanece nos dias atuais e precisa ser alterado.

### CONCLUSÃO

Com a reforma psiquiátrica os profissionais de enfermagem buscaram se adequar às novas condições de assistência terapêutica. A equipe de enfermagem passou a desenvolver boas práticas para assistência em saúde mental, aplicando o cuidado embasado na literatura científica e direcionada, em especial, ao cuidado social do indivíduo com adoecimento/transtorno mental, objetivando prepará-lo aos poucos para o retorno à vida em sociedade. Por fim, conclui-se que são muitas as atividades desempenhadas pela enfermagem que se distanciam da assistência prestada no século passado.

**Contribuição dos Autores:** Joyce Soares e Silva: concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. Hellany Karolliny Pinho Ribeiro: concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. Márcia Astrês Fernandes: concepção e/ou desenho do manuscrito; revisão crítica e revisão final. Daniel Macedo Rocha: desenho do manuscrito e análise dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. Guimarães NA, Borba LO, Maftum MA, Laroca LM, Nimtz MA. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 2015 [cited 2018 May 20];14(1):830-838. Available from: [http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22187/pdf\\_303](http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22187/pdf_303).
2. Wetzel C, Pavani FM, Olschowsky A, Camatta MW. Avaliação de Quarta Geração no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Atas CIAIQ*. 2017 [cited 2018 May 20], 2(spe):185-190. Available from: <http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1208/1169>.
3. Fernandes MA, Pereira RMF, Leal MSM, Sales JMF, Silva JS e. Nursing care to psychiatric patients in a general hospital emergency. *Rev Enferm UFPI*. 2016 [cited 2018 May 20];5(2):41-45. Available from: <http://ww7w.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5241/pdf>.
4. Oliveira IC, Rocha J, Rocha RA, Lopes VA, Corrêa DP, Bellanda PR, Budin T. As Percepções Do Cuidado Em Saúde Mental Pelos Profissionais De Saúde De Uma Unidade Básica De Saúde Do Município De Itajaí-SC. *Sal & Transf Soc*. 2016 [cited 2018 May 20], 6(2):44-53. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2653/265345668006/>.
5. Moll MF, Pires FC, Ventura CAA, Boff NN, Silva NF. Psychiatric Nursing Care in a General Hospital: Perceptions and Expectations of the Family/Caregiver. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018 [cited 2018 May 20];14:1-6. Available from: <https://doi.org/10.3928/02793695-20180305-04>.
6. Browne G, Hurley J. Mental Health Nurses as therapists in a rehabilitation setting: A phenomenological study. *Int J Ment Health Nurs*. 2018 [cited 2018 May 20], 27(3):1109-1117. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12423>.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm*. 2008 [cited 2018 May 20];17(4):758-64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)
8. Esperidião E, Silva NS, Caixeta CC, Rodrigues J. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. *Rev Bras Enferm*. 2013 [cited 2018 Jun 20];66(esp):171-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea22.pdf>
9. Azevedo AL, Araújo STC, Pessoa Jr JMP, Silva J, Santos BTU, Bastos SSF. A comunicação do estudante de enfermagem na escuta de pacientes em hospital psiquiátrico. *Escola Anna Nery*. 2017 [cited 2018 Jun 20], 21(3):1-6. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0325.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0325.pdf)
10. Tavares CMM, Cortez EA, Muniz AP. Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem. *Rev Rene*. 2014 [cited 2018 Jun 20], 15(2):282-90. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263013>
11. Willrich JQ, Kantorskil LP, Antonaccill MH, Corteslll JM, Chiavagatti FG. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Rev Bras Enferm*. 2014 [cited 2018 Jun 20], 67(1): 97-103. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0097.pdf>
12. Beaulfils I. Yoga and tales in mental health. *Soins*. 2014 [cited 2018 Jun 20], 59(787):33-36. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/25158450>
13. Moll MF, Mendes AC, Ventura CAA, Mendes IAC. Cuidados de enfermagem y el ejercicio de los derechos humanos: Un análisis a partir de la realidad em Portugal. *Escola Anna Nery*. 2016 [cited 2018 Jun 20], 20(2):236-242. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0236.pdf>
14. Sellin L, Asp M, Wallsten T, Gustin LW. Reconnecting with oneself while struggling between life and death: The pheno menon of recovery as experienced by persons at risk of suicide. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2017 [cited 2018 Jun 20], 26:200-207. Available from: <https://onlinelibrary-wiley.ez17.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/inm.12249>
15. Lantta T, Anttila M, Kontio R, Adams CE, Valmaki M. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *Int J Ment Health Syst*. 2016 [cited 2018 Jun 20];10 (27):1-10. Available from: [file:///C:/Users/J%20C3%BAlio%20Soares/Downloads/Violent\\_events\\_ward\\_climate\\_.an.PDF](file:///C:/Users/J%20C3%BAlio%20Soares/Downloads/Violent_events_ward_climate_.an.PDF)
16. Oliveira RMO, Siqueira Jr AC, Furegato ARF. Perceptions on psychiatric nursing care at a general hospital inpatient unit. *Acta Scientiarum*. 2016 [cited 2018 Jun 20], 38 (1):39-47. Available from: [file:///C:/Users/J%20C3%BAlio%20Soares/Downloads/Perceptions\\_on\\_psychiatric\\_nur.PDF](file:///C:/Users/J%20C3%BAlio%20Soares/Downloads/Perceptions_on_psychiatric_nur.PDF)
17. Evans ME. Integrating Nursing Care into Systems of Care for Children with Emotional and Behavioral Disorders. *JCAPN*. 2006 [cited 2018 Jun 20], 19(2):62-68. Available from: <https://onlinelibrary-wiley.ez17.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/j.1744-6171.2006.00053.x>
18. Quee PJ, Stiekema APM, wigman JTW, Schneider H, Meer L, Mapples J et al. Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention – A pilot study. *Schizophrenia Research*. 2014 [cited 2018 Jun 20];158:120-125. Available from: [https://ac.els-cdn.com/S0920996414003120/1-s2.0-S0920996414003120-main.pdf?\\_tid=e81fc276-2191-43e1-8251-153e3278baed&acdnat=1529545566\\_7c5a787097a1c0b9a44e8282cbbdc983](https://ac.els-cdn.com/S0920996414003120/1-s2.0-S0920996414003120-main.pdf?_tid=e81fc276-2191-43e1-8251-153e3278baed&acdnat=1529545566_7c5a787097a1c0b9a44e8282cbbdc983)
19. Weiss SJ, Talley S. A Comparison of the Practices of Psychiatric Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners Who Are Certified to Provide Mental Health Care for Children and Adolescents. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2009 [cited 2018 Jun 20], 15(2):111-119. Available from: <http://journals.sagepub.com.ez17.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/1078390309333546>
20. Temel M. Gordon's model applied to nursing care of people with depression. *International Nursing Review*. 2015 [cited 2018 Jun 20];62: 563-572. Available from: <https://onlinelibrary-wiley.ez17.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/inr.12217>
21. Reynolds NR, Satyanarayana V, Duggal M, Varghese M, Liberti L, Singh P et al. s. MAHILA: a protocol for evaluating a nurse-delivered mHealth intervention for women with HIV and psychosocial risk factors in India. *BMC Health Services Research*. 2016 [cited 2018 Jun 20], 16:352. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4973541/pdf/12913\\_2016\\_Article\\_1605.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4973541/pdf/12913_2016_Article_1605.pdf)

# VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES A PARTIR DA LITERATURA

Antônia Tainá Bezerra Castro<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9126-8990>

Sibele Pontes Rocha<sup>2</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9001-7265>

**Objetivo:** identificar na literatura científica o que aponta sobre a violência obstétrica e os cuidados de enfermagem para prevenção desta ocorrência. **Método:** trata-se de uma revisão de integrativa, norteada pela pergunta: "Quais as práticas de violência obstétrica e suas implicações no bem-estar das mulheres, e quais os cuidados de enfermagem frente à violência obstétrica?". Os dados foram coletados em abril de 2019, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no Portal Capes, a partir de dois cruzamentos, utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCs): Violência; Parto; Parto humanizado; Assistência de Enfermagem. **Resultados:** constatou-se a ocorrência de humilhações no momento do parto e a realização de procedimentos desnecessários. O cuidado de enfermagem destaca-se na redução destes procedimentos invasivos, através de métodos não farmacológicos, o acolhimento digno, escuta ativa e apoio físico e emocional. **Conclusão:** é necessário políticas públicas eficazes e o fornecimento de capacitação para os profissionais de enfermagem, tendo em vista uma assistência humanizada.

**Descritores:** Violência; Cuidados de Enfermagem; Parto Humanizado; Parto.

## OBSTETRIC VIOLENCE AND NURSING CARE: REFLECTIONS FROM THE LITERATURE

**Objective:** To identify in the scientific literature what points about obstetric violence and nursing care to prevent this occurrence. **Method:** This is an integrative review, guided by the question "What are the practices of obstetric violence and its implications on women's well-being, and what nursing care in the face of obstetric violence?" Data were collected in April 2019, in the Virtual Health Library (VHL) and at Capes Portal, from two crossings, using the descriptors in health sciences (DeCs): Violence; Childbirth; Humanized birth; Nursing care. **Results:** It was found the occurrence of humiliation at the time of delivery and the performance of unnecessary procedures. Nursing care stands out in reducing these invasive procedures through non-pharmacological methods, decent reception, active listening and physical and emotional support. **Conclusion:** Effective public policies and the provision of training for nursing professionals are needed for humanized care.

**Descriptors:** Violence; Nursing care; Humanized birth; Delivery.

## VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA: REFLEXIONES DE LA LITERATURA

**Objetivo:** identificar en la literatura científica qué puntos acerca de la violencia obstétrica y los cuidados de enfermería para prevenir este hecho. **Método:** Esta es una revisión integradora, guiada por la pregunta "Cuáles son las prácticas de violencia obstétrica y sus implicaciones en el bienestar de las mujeres, y qué cuidados de enfermería frente a la violencia obstétrica?". Los datos se recopilieron en abril 2019, en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y en Capes Portal, a partir de dos cruces, utilizando los descriptores en ciencias de la salud (DeCs): violencia; Parto Parto humanizado; Cuidados de enfermería. **Resultados:** se encontró la aparición de humillaciones en el momento del parto y la realización de procedimientos innecesarios. La atención de enfermería se destaca en la reducción de estos procedimientos invasivos a través de métodos no farmacológicos, recepción decente, escucha activa y apoyo físico y emocional. **Conclusión:** Se necesitan políticas públicas efectivas y la provisión de capacitación para profesionales de enfermería para la atención humanizada.

**Descriptorios:** Violencia; Cuidados de Enfermería; Parto Humanizado; Parto.

<sup>1</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC), CE.

Autor correspondente: Tainá Bezerra Castro E-mail: [tainacastro02@hotmail.com](mailto:tainacastro02@hotmail.com)

Recebido: 03/11/2019

Aceito: 11/02/2020

## INTRODUÇÃO

O parto se configura como um momento significativo na vida da mulher, pois estabelece a transição da mulher para um novo papel social: o de ser mãe. Entretanto, esse evento perpassa por aspectos psicológicos, emocionais e sociais, sendo vivida de forma individual para cada mulher, onde a cultura tem forte influência<sup>(1)</sup>.

Anteriormente, o processo de nascer era exercido por parteiras, também conhecidas por comadres, no próprio espaço domiciliar da parturiente, na companhia de pessoas conhecidas e de confiança da mesma. Sendo um evento natural, no qual eram desempenhados todos os esforços para que este momento fosse de conforto e alegria<sup>(1)</sup>.

No entanto, com os passar dos anos o parto se tornou institucionalizado, e o saber médico se tornou predominante, dando origem à medicalização do parto. A institucionalização do parto cresceu nos anos quarenta, a partir da Segunda Guerra Mundial, onde no final do século cerca de 90% dos partos era realizado nos hospitais, com o uso de prática mecanizada, fragmentada, desumana, com intervenções desnecessárias, ou sem nenhum embasamento científico, o que acarretou perda de autonomia da mulher no momento do parto. Nos últimos anos, dados apontam que 98 % dos nascimentos que ocorrem no Brasil são em instituições de saúde<sup>(1-2)</sup>.

A violência obstétrica é considerada como uma invasão do corpo feminino pelos profissionais de saúde, ou por pessoas íntimas e estranhas durante o processo do pré-parto, parto e pós-parto, por meio de práticas desumanizadas, inadvertência na assistência, utilização de procedimentos dolorosos ou constrangedores, sem o consentimento da mãe, bem como violência verbal e psicológica, o que implica na autonomia e saúde da mulher<sup>(1-2)</sup>.

De acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2010, 25% das mulheres brasileiras sofrem violência no parto<sup>(3)</sup>. E segundo a pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, uma em cada quatro mulheres sofre alguma forma de violência durante o parto<sup>(4)</sup>.

Dados apontam que no Brasil uma em cada quatro mulheres sofre violência no parto, e as cesarianas atingem a taxa de 53,7%<sup>(1,4)</sup>. Na Espanha, estudos revelam que a cada quatro partos, um parto é realizado por meio de cesariana, e na Itália, evidenciou-se intensa medicalização no parto de mulheres acompanhadas em centros privados, o que não resultou em melhores resultados perinatais<sup>(4)</sup>.

No intuito de discutir as práticas de assistência ao parto e nascimento, o Ministério da Saúde desenvolveu ações de saúde, no qual foi instituído em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e em 2011 a Rede Cegonha, com o objetivo de garantir a melhoria no acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-

natal, parto e puerpério, com atenção humanizada à mulher e à criança<sup>(2,6,13)</sup>.

O enfermeiro é respaldado pela Lei do exercício profissional n. 7.498 de 25 de junho de 1986 para atuar diretamente no cuidado à mulher em trabalho de parto e parto<sup>(5)</sup>. Dessa forma, é necessário que o profissional de enfermagem forneça assistência pautada no cuidado integral, humanizado e na redução de práticas desnecessárias no contexto do parto e nascimento, com o intuito de prevenir a violência obstétrica.

Assim, com base no exposto, delimitaram-se os seguintes objetivos: buscar evidências científicas sobre as práticas de violência obstétrica e identificar na literatura os cuidados de enfermagem para a prevenção desta ocorrência.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de literatura, a qual sintetiza resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado<sup>(14)</sup>.

### Procedimento de análise de dados

No presente estudo, foram seguidas as seis etapas propostas por Mendes; Silveira; Galvão, a saber: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) Categorização dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos; 5) Interpretação dos resultados e 6) Apresentação da revisão e síntese do conhecimento<sup>(13)</sup>.

Após, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: Quais as práticas de violência obstétrica e suas implicações no bem-estar das mulheres, e como os enfermeiros podem ajudar na prevenção dessa violência?

A busca de artigos foi desenvolvida durante o mês de abril de 2019, por meio das Bases de Dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na Scopus através do Portal Capes, a partir de cruzamentos dos descritores: Violência and Parto and Parto humanizado, retirados dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo encontrados 58 artigos na BVS e 38 artigos na SCOPUS.

Como critérios de inclusão, foram utilizados os artigos publicados entre 2014 a 2018, na língua portuguesa, inglesa e espanhola, assim como aqueles que estavam disponíveis na versão completa, totalizando uma amostra de 12 e 15 artigos na BVS e Scopus, respectivamente. Como critérios de exclusão, materiais duplicados e não relacionados diretamente à temática pesquisada. Assim, a amostra final

foi constituída por 8 artigos na BVS e 6 na Scopus, os quais foram lidos e analisados na íntegra.

Posteriormente, foi realizada uma busca de artigos por meio das Bases de Dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sobre os cuidados de enfermagem para a prevenção da violência obstétrica. Dessa maneira, realizou-se a combinação dos descritores em ciências da saúde (DeCs) e dos operadores booleanos: Violência and Parto and “Cuidados de Enfermagem”, sendo detectados 40 artigos.

Como critérios de inclusão, foram utilizados os artigos publicados entre 2016 a 2018, na língua portuguesa e espanhola, e que estavam disponíveis em texto completo, totalizando uma amostra 31 artigos, desses foram excluídos os materiais duplicados e que não condizem com a questão da pesquisa, bem como teses, monografias e dissertações.

Ao final, foram utilizados 2 artigos para leitura e análise. Para complementar a análise dos cuidados de enfermagem para a prevenção da violência obstétrica, foi realizada a consulta do Manual de Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto.

### Aspectos éticos

Ressalta-se a não necessidade do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) neste estudo, tendo em vista que a resolução 510/2016 dispensa o parecer em revisões de literatura.

### RESULTADOS

Na análise da produção científica sobre as práticas de violência obstétrica e os cuidados de enfermagem para a prevenção desta ocorrência, foram selecionados treze artigos para a construção desta revisão. Os artigos foram organizados e apresentados no quadro abaixo.

**Quadro 1** - Distribuição das informações de identificação sobre as produções científica. Sobral, CE, 2019.

Número do artigo	Título do artigo	Tipo do estudo	Autores/ano	Objetivo
A1	Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escolado interior do Estado de São Paulo.	Estudo transversal descritivo.	Biscegli ST, Grio MJ, Melles CL, Ribeiro IMRS, Gonsaga TAR 2015	Verificar a prevalência de violência obstétrica (VO) na Maternidade de um hospital escola e descrever as características do atendimento.
A2	Violência obstétrica como questão de saúde pública no Brasil: origem, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para a sua prevenção.	Revisão crítico narrativa.	Diniz et al. 2015	Introduzir o leitor no debate de forma a auxiliá-lo na busca sobre aspectos específicos que podem ser abordados como temas de pesquisa e intervenção.
A3	A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico.	Pesquisa descritiva, exploratória.	Rodrigues PG, Alves HV, Penna GHL, Pereira, VA, Branco RLBM, Silva AL 2015	Analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seus direito de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento.
A4	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife.	Estudo transversal.	Andrade NOP, Silva PQS, Diniz MMC, Caminha CFM 2016	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife.
A5	Práticas da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem.	Pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa.	Pompeu CK, Scarton J, Cremonese L, Flores GR, Landerdahl CM, Ressel BL. 2017	Identificar o conhecimento de puérperas sobre a episiotomia e como se deu a realização dessa prática no parto.
A6	Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	Carvalho SI, Brito SR 2017	Identificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.
A7	Cuidados de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica	Revisão integrativa	Moura et al. 2018	Identificar, na literatura científica nacional, a assistência de enfermagem na prevenção da violência
A8	Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins	Estudo exploratório, de natureza qualitativa	Amaral GORL, Jonas E, Guimarães EBL 2017	Identificar as percepções das mulheres sobre violência obstétrica no processo de parto

A9	Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha	Estudo descritivo com abordagem quantitativa	Almeida CP, Mitros SMV, Freitas VLA, Magalhães AP, Lira GVS, Rodrigues CAF 2017	Analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas a Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.
A10	A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes	Estudo quantitativo transversal, de cunho exploratório	Souza VW, Miranda DMG, Mendes GCA, Silva ALA 2017	Avaliar a qualidade da atenção ao parto na rede pública hospitalar, na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, mediante a satisfação das suas usuárias.
A11	O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica	Pesquisa descritivo-exploratória, de natureza qualitativa	Souza PMR, Branco RLBM, Pereira VA, Penna GHL, Alves HV, Rodrigues PD 2017	Analisar a percepção das mulheres acerca do descumprimento da Lei do Acompanhante, com foco no seu direito constituído legalmente e nos sentimentos por elas vivenciados durante o parto e o nascimento.
A12	Ginecologia e Obstetrícia no México: entre "parto humanizado" e violência obstétrica	Abordagem antropológica e a análise de gênero	Pozzio RM 2016	Descrever as diferentes posições que os atores adotaram em torno da introdução de práticas de parto humanizado
A13	Os maus-tratos a mulheres durante o parto em estabelecimentos de saúde em todo o mundo: uma revisão sistemática de métodos mistos	Revisão sistemática	Gülmezoglu et al 2015	Sintetizar evidências qualitativas e quantitativas sobre os maus-tratos a mulheres durante o parto em unidades de saúde para informar o desenvolvimento de uma tipologia baseada em evidências do fenômeno

## DISCUSSÃO

Após a leitura na íntegra dos estudos selecionados, emergiram as seguintes categorias: práticas de violência obstétricas e suas implicações no bem-estar das mulheres e cuidados de enfermagem para a prevenção da violência obstétrica.

### Práticas de violência obstétricas e suas implicações no bem-estar das mulheres

Evidenciou-se a existência de eventos desumanos durante o ciclo gravídico puerperal, que podem ser de origem verbal e/ou psicológica e física. Na violência verbal, as mulheres são destratadas por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto através de xingamentos, ameaças, gritos e humilhações, tais como: "não chora que no ano que vem você está aqui de novo"; "na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, por que está chorando agora?"; "Se gritar eu paro agora o que estou fazendo" e "Se ficar gritando vai fazer mal pro seu nenê, ele vai nascer surdo"<sup>(3,8,10)</sup>.

Além disso, as mulheres são impedidas de ser acompanhada por uma pessoa familiar de sua escolha em algum momento durante a sua internação, tendo em vista que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, desde 1985, que a mulher tenha um acompanhante, devido os benefícios que esta prática oferece à mulher e ao bebê, no que diz respeito o suporte emocional contínuo e sensação de segurança à parturiente, conforme direito

legais pela Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, sejam no SUS ou na rede privada<sup>(3,17)</sup>.

Contatou-se a manifestação de procedimentos obstétricos sem o consentimento ou explicação, como o uso da ocitocina, a rotura precoce das membranas, o uso rotineiro da episiotomia, que consiste no corte da região do perineo da mulher, a manobra de Kristeller que compreende na pressão no fundo do útero, uso de fórceps abusivamente, toques vaginais constantes e de forma dolorosa realizados por diferentes pessoas, negação de algum tipo de alívio para a dor, restrição ao leito, proibição de ingerir alimentos ou bebidas, enema, tricotomia, cesarianas sem justificativa e a posição horizontal no parto, que além de retardar o trabalho de parto, aumenta as dores da contração<sup>(3,7-8)</sup>.

A peregrinação no processo reprodutivo representa uma forma de violência obstétrica. Essa violência é resultado da precariedade do acesso aos serviços de saúde, fazendo com que a mulher vivencie uma jornada em busca de atendimento na rede pública hospitalar, peregrinando até conseguir assistência, o que favorece a ocorrência de desfechos negativos no parto e aumento dos índices de mortalidade materna e neonatal, caso esse atendimento não ocorra em tempo hábil<sup>(7)</sup>.

Dessa forma, a mulher perde a sua autonomia no momento do parto, devido à ausência de informação nos atendimentos de pré-natal e/ou o acesso tardio às informações relativas ao período gravídico-puerperal. Sendo assim, isso implica em danos emocionais e

psicológicos, tornando a mulher insatisfeita diante do parto normal e a desistir de futuras gestações. Além das consequências sobre a morbimortalidade materna-infantil, evidenciam-se os efeitos negativos sobre vínculo binômio mãe-filho<sup>(1,16)</sup>.

### **Cuidados de enfermagem para a prevenção da violência obstétrica**

O profissional de enfermagem deve realizar boas práticas obstétricas durante o parto e o nascimento, com o intuito de prevenir a violência obstétrica. Dessa forma, observou-se a importância da prática do acolhimento digno e de respeito, no que se refere à apresentação do profissional, explicar o papel do enfermeiro nos cuidados, o apoio físico e emocional, o fornecimento de condições adequadas de ambiente para que a mulher sintam-se à vontade, bem como proporcionar uma escuta ativa, a saber, dúvidas ou preocupações sobre o trabalho de parto e assim para promover o controle da ansiedade, visto que nesse momento é comum a mulher vivenciar esses sentimentos<sup>(9,18)</sup>.

Outro cuidado é assegurar a redução de procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher. Dentro desse contexto, salienta-se encorajar a mulher quanto ao uso dos métodos não-farmacológicos como o banho de imersão e aspersion, massagens lombares, utilização de bolas de nascimentos, o "cavalinho", exercícios respiratórios e as técnicas de aromaterapia e musicoterapia, que além de contribuírem para o alívio da dor, proporcionam um cuidado humanizado e livre de intervenções desnecessárias<sup>(11)</sup>.

Destarte, é papel do enfermeiro orientar e esclarecer desde o pré-natal métodos não farmacológicos e os seus benefícios, para que assim a parturiente possa vivenciar o parto de forma humanizada e respeitosa, de forma a exercitar sua autonomia durante o trabalho de parto e o parto. Uma vez que o desconhecimento da mulher acerca do próprio corpo e do processo fisiológico do parto, e a forte influência da cultura familiar, ditam a prática da episiotomia como necessária para a evolução do parto<sup>(7,17)</sup>.

Salienta-se também a importância da mulher entender as formas de violência obstétrica, a educação em saúde ganha destaque por promover momentos informativos às gestantes, pois a ausência de informação acerca dos procedimentos invasivos, pode ser compreendida pela

mulher como rotinas da instituição e que irá salvar o feto<sup>(1)</sup>. Além disso, destaca-se o conhecimento antes da unidade de saúde que irá "dar a luz" antes do parto, conforme a Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade com a finalidade de proporcionar segurança à mulher<sup>(6,19)</sup>.

### **Limitação do estudo**

Este estudo possui como limitação a insuficiência de artigos disponíveis relacionadas às condutas de enfermagem para a prevenção da violência obstétrica, limitando-se na maioria das vezes apenas a descrição da violência obstétrica. Isso sugere o desenvolvimento de mais estudos sobre essa temática, sobretudo sob o enfoque da prática do enfermeiro, o que contribui para um cuidado baseado em evidências científicas e a visibilidade desde profissional no contexto da violência obstétrica.

### **Contribuições para a prática**

O estudo traz importante contribuição para a área da enfermagem por explicitar a violência obstétrica e os cuidados de enfermagem para a prevenção desta prática. Logo, com essa pesquisa, pretende-se que os profissionais reflitam sobre a temática, e possa exercer um cuidado humanizado durante o parto e nascimento.

### **CONCLUSÃO**

Em suma, conclui-se que a violência obstétrica provoca sofrimento e repercussões na saúde de quem vivencia essa situação, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Sendo assim, se faz necessário políticas públicas eficazes no combate a este tipo de violência, por meio de uma avaliação contínua e permanente da assistência obstétrica oferecida pelos serviços.

Frente a esses achados, torna-se essencial o desenvolvimento de ações de sensibilização e orientação para dos profissionais de saúde, com destaque, para os profissionais de enfermagem que está mais próximo do cliente, por meio de programas de capacitação e campanhas de prevenção, para que assim seja oferecida uma assistência humanizada e adequada para o cuidado à saúde no contexto do parto e nascimento.

**Contribuição dos Autores:** Antonia Tainá Bezerra Castro: contribuiu no planejamento, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Sibeles Pontes Rocha: contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Leal PYS, Lima ALV, Silva FA, Soares LFDP, Santana RL, Pereira A. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enfermagem* [internet]. 2018 [acesso em 15 abril de 2019]; 23(2): 1-7 Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883486/52473-231497-1-pb.pdf>
2. Andrade NOP, Silva PQS, Diniz MMC, Caminha CFM. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [internet]. 2016 [acesso em 15 de abril de 2019]; 16(1): 1-9 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>
3. Biscegli ST, Grio MJ, Melles CL, Ribeiro IMRS, Gonsaga TAR. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escolado interior do Estado de São Paulo, Rev. Cuidarte. Enfer. [internet]. 2015 [acesso em 15 de abril de 2019]; 9 (1): 18- 25 Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidartenfermagem%20v.%209%20n.1%20jan.%20jun%202015.pdf>
4. Oliveira JO, Penna MMC, O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde, *Texto & contexto enferm.* [internet]. 2017 [acesso em 15 de abril de 2019]; 26(2): 2-10 Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf](http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf)
5. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Lei do exercício profissional n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [internet]. Brasília, DF; 1986. [acesso em 23 de abril de 2019] Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
6. Rodrigues PG, Alves HV, Penna GHL, Pereira, VA, Branco RLBM, Silva AL. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery* [internet]. 2015 [acesso em 15 de abril de 2019]; 19(4): 614-620 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>
7. Pompeu CK, Scarton J, Cremonese L, Flores GR, Landerdahl CM, Ressel BL. Práticas da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* [internet]. 2017 [acesso em 0 de abril de 2019]; 7(1): 2-8 Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1142/1302>
8. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [internet]. 2015 [acesso em 0 de abril de 2019]; 25(3): 377-384 Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf)
9. Moura RCM, Pereira TF, Reboças FJ, Costa CM, Lernades AMG, Silva LKA, et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. *Enferm. foco (Brasília)* [internet]. 2018 [acesso em 23 de abril de 2019]; 9(4): 60-65 Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333/480>
10. Carvalho SI, Brito SR. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. *Enferm. glob.* [internet] 2017 [acesso em 23 de abril de 2019]; 16(47): 71-79 Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt\\_1695-6141-eg-16-47-00071.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00071.pdf)
11. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto. 1ª ed. Brasília- DF; 2017 [acesso em 24 de abril de 2019] Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
12. Ministério da Saúde (BR). Humanização no Pré-Natal e Nascimento. 1ª ed. Brasília- DF; 2002 [acesso em 24 de abril de 2019] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pd>
13. Ferreira MAS, Santos RS, Soares OGJAM, Rosenstock VIK. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem* [internet]. 2011[acesso em 30 de abril de 2019]; 16(4): 727-33 Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25444/17067>
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2008 [acesso em 30 de abril de 2019] 17(4):758-64 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
15. Souza VW, Miranda DMG, Mendes GCA, Silva ALA. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cadernos de saúde pública* [internet]. 2017 [acesso em 29 de abril de 2019] 33(12): 1-14 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00175116.pdf>
16. Pozzio RM. Ginecologia e Obstetrícia no México: entre "parto humanizado" e violência obstétrica. *Revista estudos feminista* [internet]. 2016 [acesso em 29 de abril de 2019] 24(1): 101-117 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2016000100101&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000100101&lng=es&tlng=es)
17. Souza PMR, Branco RLBM, Pereira VA, Penna GHL, Alves HV, Rodrigues PD. O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. *Texto & Contexto Enfermagem* [internet] 2017 [acesso em 30 de abril de 2019] 26(3): 2-10 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e5570015.pdf>
18. Amaral GORL, Jonas E, Guimarães EBL. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos feministas* [internet] 2017 [acesso em 30 de abril de 2019] 26(1):1-11 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v26n1/1806-9584-ref-26-01-e43278.pdf>
19. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP et al. Os maus-tratos a mulheres durante o parto em estabelecimentos de saúde em todo o mundo: uma revisão sistemática de métodos mistos. *Plos medicine* [internet] 2015 [acesso em 29 de abril de 2019] Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/comments?id=10.1371/journal.pmed.1001847>

Enferm. Foco 2020; 11 (1) ENFERMAGEM EM FOCO VOL 10 Nº 5 BRASÍLIA  
SET/OUT 2019 EPUB ABR 2020  
Eletrônico ISSN: 2357-707X Impresso ISSN: 2177-4285  
DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n5>

Artigo 26 **“TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: DESPINDO AS PERCEPÇÕES ACERCA DO ACESSO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE”** DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n5.2370> publicado na Revista Enfermagem em Foco, Vol. 10 (5): 167-172.

Página 167: no nome da autora e na nota de rodapé,

**Onde se lê:** Michelle Kuntz Durand<sup>1</sup>

1 Universidade Estadual de Santa Catarina, SC.

**Leia-se:** Michelle Kuntz Durand<sup>2</sup>

2Universidade Federal do Paraná - UFPR, PR

